

## DAFTAR ISI

Kata Pengantar.....	ii
Daftar Isi.....	iii
Daftar Singkatan.....	iv
Daftar Tabel.....	v
Abstrak.....	vi
1. Pendahuluan.....	1
2. Tujuan survei .....	4
3. Tinjauan Pustaka .....	5
3.1 Kriteria Penyalahguna narkoba: coba pakai; teratur; pecandu .....	5
3.2 Komponen biaya sosial-ekonomi narkoba.....	7
4. Metodologi .....	10
4.1 Desain studi.....	10
4.2 Komponen biaya studi .....	12
4.3 Prosedur dan komponen estimasi jumlah penyalahguna narkoba .....	12
4.4 Prosedur dan komponen estimasi kerugian biaya ekonomi narkoba .....	14
4.5 Pelaksanaan kegiatan studi.....	17
4.6 Analisis Data .....	18
5. Perkiraan Jumlah Penyalahguna Narkoba, 2011.....	19
5.1 Perkiraan Jumlah Penyalahguna Narkoba .....	19
5.2 Kategorisasi pengguna narkoba .....	21
5.3 Angka Penyalahgunaan Narkoba menurut provinsi .....	24
6. Karakteristik Penyalahguna .....	26
7. Perilaku & konsekuensi akibat narkoba .....	28
8. Biaya sosial-ekonomi penyalah-gunaan narkoba per tahun.....	33
8.1 Biaya individual (private cost).....	33
8.2 Biaya sosial .....	35
9. Peredaran gelap narkoba dan upaya penegakkan hukum.....	38
9.1 Besaran masalah peredaran narkoba .....	38
9.2 Kecenderungan narkoba saat ini .....	40
9.3 Cara Transaksi Narkoba.....	42
9.4 Narkoba selalu tumbuh karena sumber bisnis yang “seksi” .....	42
9.4 Narkoba di Penjara.....	44
10. Kesimpulan .....	45
11. Daftar pustaka .....	47
12. Lampiran.....	50

## DAFTAR SINGKATAN

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ATS	Amphetamine Type Stimulants
BNN	Badan Narkotika Nasional
BNP	Badan Narkotika Provinsi
BNK	Badan Narkotika Kabupaten
BPS	Biro Pusat Statistik
GDP	Gross Domestic Product
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IDU	Injecting Drug User
LSD	Lysergic Acid Diethylamide
LSM	Lembaga Swadaya Masyarakat
NAPZA	Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif
NARKOBA	Narkotika Psikotropika dan Bahan Adiktif Lain
NSDUH	National Survey on Drug Use and Health
NTB	Nusa Tenggara Barat
OD	Over Dosis
Puslitkes UI	Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia
Pemda	Pemerintah Daerah
RDS	Respondent Driven Sampling
RP	Rupiah
SAMSHA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
SLTA	Sekolah Lanjut Tingkat Atas
SMU	Sekolah Menengah Umum
SLTP	Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama
SD	Sekolah Dasar
TB	Tuberculosis

## DAFTAR TABEL

Tabel 1-1 Estimasi kerugian biaya akibat penyalahguna Narkoba di berbagai negara .2	2
Tabel 3-1 Cutting points dan kriteria tingkat ketergantungan dari berbagai sumber ..6	6
Tabel 3-2 Lokasi, penulis, metode, dan komponen biaya studi kerugian ekonomi dan sosial akibat penyalahgunaan narkoba.....9	9
Tabel 4-1 Komponen biaya yang dikalkulasi dalam studi ini .....12	12
Tabel 5-1 Estimasi Jumlah penyalahguna narkoba menurut periode waktu, angka prevalensi, dan wilayah di Indonesia, 2011.....19	19
Tabel 5-2 Jumlah penyalahguna setahun terakhir dan angka prevalensi menurut jenis kelamin dan kelompok sosial, 2011 .....21	21
Tabel 5-3 Jumlah penyalahguna setahun terakhir menurut jenis kelamin, kelompok umur, dan angka prevalensi, 2011.....21	21
Tabel 5-4 Jumlah penyalahguna narkoba menurut jenis kelamin dan jenis penyalahgunaan, 2011.....22	22
Tabel 5-5 Distribusi persentase penyalahguna narkoba menurut jenis dan sasaran survei, 2011.....22	22
Tabel 5-6 Jumlah penyalahguna narkoba menurut jenis penyalahgunaan dan provinsi, 2011.....25	25
Tabel 8-1 Total kerugian biaya ekonomi dan sosial akibat penyalahgunaan narkoba di Indonesia, 2008 dan 2011 (dalam jutaan rupiah).....34	34
Tabel 12-1 Lampiran .....50	50
Tabel 12-2 .....51	51
Tabel 12-3 Distribusi Kerugian Biaya Ekonomi Akibat Narkoba menurut komponen biaya individual menurut provinsi, 2011 .....52	52
Tabel 12-4 Distribusi Kerugian Biaya Ekonomi Akibat Narkoba menurut komponen biaya sosial menurut provinsi, 2011 .....53	53

## Abstrak

**Pendahuluan.** Dampak sosial dan ekonomi perdagangan dan penyalahgunaan narkoba sangat mengkhawatirkan dunia. Di Indonesia, kerugian diperkirakan Rp.23,6 triliun (2004) meningkat menjadi Rp.32,4 triliun (2008) (BNN & Puslitkes UI, 2008). Dalam periode tahun 2001 sampai 2010, penyalahgunaan narkoba meningkat, baik dari jumlah sitaan barang bukti maupun jumlah tersangka. Angka-angka yang dilaporkan ini hanya puncak gunung es dari masalah narkoba yang jauh lebih besar.

**Tujuan.** Tujuan studi ini adalah: 1) memperkirakan besaran angka penyalah-gunaan narkoba menurut tingkat penggunaan coba pakai, teratur pakai, dan pecandu (suntik dan bukan suntik); 2) menentukan probabilitas perilaku berisiko penyalahgunaan narkoba dan biaya satuan konsekuensi akibat narkoba; 3) mempelajari pola peredaran narkoba; 4) menilai besaran biaya ekonomi dan sosial penyalah-gunaan narkoba.

**Metodologi.** Lokasi studi di 17 provinsi, yaitu Kalimantan Barat, Sumatera Utara, Kepulauan Riau, Sumatera Selatan, Lampung, DI Jakarta, Jawa Barat, Kalimantan Timur, Bali, Jawa Timur, DI Yogyakarta, Nusa Tenggara Barat, Sulawesi Selatan, Sulawesi Utara, Sulawesi Tenggara, Maluku, & Papua. Rancangan studi seperti rancangan studi sebelumnya, yang dilaksanakan tahun 2004, dengan tiga tahapan analisis (Godfrey dkk, 2002). *Pertama*, memperkirakan jumlah pengguna narkoba menurut tingkatan, seperti coba-pakai, teratur-pakai, dan pecandu (suntik & bukan suntik) dan menurut jenis narkoba yang dipakai per provinsi. *Kedua*, mendapatkan angka probabilitas perilaku berisiko penyalahguna dan rata-rata biaya satuan (*unit cost*) per orang per tahun. *Terakhir*, mengkalkulasi hasil perhitungan point 1 dengan point 2 diatas. Data dikumpulkan melalui survei dikalangan penyalahguna narkoba, pengamatan prospektif penyalahguna, serta studi kualitatif ke berbagai sumber seperti penyalahguna/mantan, keluarga penyalahguna, kepolisian, bandar, LSM, panti rehabilitasi, dan lembaga pemasyarakatan. Selain itu, dilakukan analisis ulang

hasil survei sebelumnya dari kelompok pekerja, pelajar/mahasiswa, wanita pekerja seks, anak jalanan, dan rumah tangga.

**Hasil.** Diperkirakan jumlah penyalahguna narkoba sebanyak 3,7 juta sampai 4,7 juta orang atau sekitar 2,2% dari total seluruh penduduk Indonesia yang berisiko terpapar narkoba di tahun 2008. Jumlah dan angka prevalensi tersebut mengalami kenaikan dibandingkan tahun 2008. Dari sejumlah penyalahguna tersebut, terdistribusi atas 27% coba pakai, 45% teratur pakai, 27% pecandu bukan suntik, dan 2% pecandu suntik.

Penyalahgunaan narkoba pada kelompok pekerja jauh lebih tinggi dibandingkan pelajar/mahasiswa, rumah tangga, WPS, dan anak jalanan. Menurut jenis kelamin, laki-laki (81%) jauh lebih besar dari perempuan (19%). Estimasi kerugian biaya ekonomi akibat narkoba tahun 2011 lebih tinggi sekitar 49% dibandingkan tahun 2008. Dengan total kerugian biaya sekitar Rp.48,2 triliun (2011) terdiri atas Rp. 44,4 triliun kerugian biaya individual (*private*) dan Rp. 3,8 triliun adalah biaya sosial. Pada biaya *private*, sebagian besar (39%) untuk biaya konsumsi narkoba. Sedangkan pada biaya sosial sebagian besar (90%) diperuntukan untuk kerugian biaya akibat kematian karena narkoba (*premature death*). Saat ini peredaran narkoba semakin marak, terutama jenis Amphetamin (shabu). Bila pemerintah tidak segera bertindak secara serius, maka dampak dan kerugian biaya yang ditimbulkan akan jauh lebih besar lagi. Fakta bahwa sebagian besar penyalahguna merupakan remaja dan berpendidikan tinggi yang merupakan modal bangsa yang tidak ternilai, besaran biaya yang sesungguhnya jauh lebih besar dari biaya hitungan studi ini. Dampak ekonomi dan sosial penyalahgunaan narkoba yang sangat besar ini menggarisbawahi upaya pencegahan dan penanggulangan narkoba sebagai upaya yang sangat mendesak.

## 1. Pendahuluan

UNODC memperkirakan sekitar 149 sampai 272 juta orang atau 3,3% sampai 6,1% dari penduduk usia 16-64 tahun di dunia pernah menggunakan narkoba sekali selama hidupnya. Sekitar separuh dari jumlah pengguna tersebut, saat ini masih menggunakan narkoba minimal satu kali dalam sebulan terakhir sebelum survei dilakukan. Tingkat prevalensi sebagian besar tetap stabil dari tahun-tahun sebelumnya, dimana jumlah pengguna narkoba bermasalah diperkirakan antara 15 sampai 39 juta.

Tingkat prevalensi tahunan ganja sekitar 2,8% sampai 4,5% yang diikuti oleh ATS (amphetamine-type stimulants, terutama metamfetamin, amfetamin dan ekstasi), opioid (termasuk opium, heroin dan opioid resep) dan kokain. Meskipun ada kecenderungan stabil atau menurun untuk heroin dan penggunaan kokain di daerah penghasil utama, namun hal itu diimbangi dengan peningkatan dalam penggunaan obat sintetik dan resep.

Di Indonesia diperkirakan jumlah penyalahguna narkoba setahun terakhir sekitar 3,1 juta sampai 3,6 juta orang atau setara dengan 1,9% dari populasi penduduk berusia 10-59 tahun di tahun 2008. Diperkirakan tingkat penyalahgunaan narkoba akan semakin marak dalam beberapa tahun ke depan. Hasil proyeksi memperkirakan angka prevalensi penyalahguna narkoba akan meningkat sekitar 2,6% di tahun 2013 (BNN, 2011).<sup>1</sup> Fakta tersebut di dukung oleh adanya kecenderungan peningkatan angka sitaan dan pengungkapan kasus narkoba. Data pengungkapan kasus di tahun 2006 sekitar 17.326 kasus, lalu meningkat menjadi 26.461 kasus di tahun 2010. Demikian pula data sitaan narkoba untuk jenis utama yaitu ganja, shabu, ekstasi, dan heroin.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> BNN (2011). Journal of Data on the prevention and eradication of drug abuse and illicit trafficking 2011.

<sup>2</sup> BNN (2011). Jurnal Data 2011.

**Tabel 1-1 Estimasi kerugian biaya akibat penyalahguna Narkoba di berbagai negara**

Negara	Tahun survei	Komponen Biaya	Total biaya*	% GDP
Amerika Serikat	2002	Biaya langsung (\$15.8); biaya tidak langsung (\$128.6); Biaya Lainnya \$36.4)	\$180.8 (in billion)	1.7
Kanada	2002	Biaya langsung (\$3565.7); biaya tidak langsung (\$7,537.2)	\$11102.9 (in billion)	0.98
Australia	2004/2005	Biaya terlihat (\$6,915.4); biaya tidak terlihat (\$1,274.5)	\$8189.9 (in billion)	0.88**
Perancis	1997	Biaya pelayanan kesehatan (1,524.51); Biaya selain pelayanan kesehatan (11,825.77)	13350.28 (in million france)	0.16
Inggris&Wales	2003/2004	Pengguna rekreasi usia muda (£ 52 million); pengguna reguler usia dewasa (£ 9 million); pengguna bermasalah (£ 15.3 billion)	£ 15.4 (billion)	***

\* Biaya dalam nilai mata uang negara berkaitan

\*\* Collins hanya membandingkan beberapa biaya dengan GDP (1. Biaya tenaga kerja di lingkungan kerja, 2. Net biaya pelayanan kesehatan, 3. Kecelakaan jalan raya, 4. Kriminalitas, 5. Sumber daya yang digunakan dalam penyalahgunaan narkoba)

\*\*\* Gordon tidak membandingkan dengan GDP

Studi tentang kerugian biaya ekonomi dan sosial akibat narkoba pernah dilakukan di berbagai negara dengan berbagai metode dan pendekatan. Besaran kerugian, tahun pelaksanaan, dan komponen biaya yang dihitung dapat dilihat dalam tabel 1. Di Indonesia survei serupa pernah dilaksanakan pada tahun 2004 dan 2008. Hasilnya cenderung terjadi kenaikan kerugian biaya ekonomi akibat penyalahgunaan narkoba dari Rp.23 triyun menjadi Rp.32 trilyun di tahun 2008. Dari studi ini, selain kerugian biaya diperoleh juga perkiraan dan proyeksi jumlah penyalahguna narkoba, besaran masalah dan pola peredaran narkoba yang diperlukan sebagai bahan untuk penyusunan kebijakan dan program dalam upaya penanggulangan dan pemberantasan narkoba.

Indonesia telah menandatangani komitmen dengan PBB dan ASEAN untuk memberantas dan menanggulangi narkoba. Bahkan, target terpendek adalah Indonesia Bebas Narkoba pada tahun 2015 yang dicanangkan oleh Presiden pada

tahun 2010.<sup>3</sup> Sebagai salah satu tolak ukur keberhasilan program maka diperlukan berbagai bukti empiris yang berbasis evidence. Atas dasar itu, maka untuk ketiga kalinya studi kerugian biaya ekonomi dan sosial ini perlu dilakukan sebagai bahan untuk pemuktahiran dana sekaligus sebagai bahan monitoring dan evaluasi untuk mencapai Indonesia Bebas Narkoba 2015.

---

<sup>3</sup>BNN. 2011.

<http://www.bnn.go.id/portal/index.php/konten/detail/humas/pressrelease/9807/rangkaian-kegiatan-dalam-rangka-pencanangan-indonesia-bebas-narkoba-2015>



## 2. Tujuan survei

Tujuan umum studi adalah diketahuinya estimasi angka penyalahgunaan narkoba dan besaran kerugian biaya ekonomi dan sosial akibat penyalahgunaan narkoba di Indonesia Tahun 2011. Secara khusus tujuan yang akan dicapai adalah sebagai berikut:

- Diperolehnya perkiraan dan proyeksi angka penyalahguna narkoba di Indonesia
- Diperolehnya gambaran pola pakai, pola edar, dan tempat peredaran narkoba dikalangan penyalahguna
- Diperolehnya pola perilaku berisiko dan pola perilaku dimasyarakat terkait konsekuensi akibat penyalahgunaan narkoba, seperti kesakitan, tindak kriminalitas, penegakan hukum, dan waktu produktif yang hilang
- Diperolehnya biaya ekonomi dan sosial, baik *real cost* maupun *oportunity cost* yang harus dipikul oleh penyalahguna, keluarga, dan masyarakat akibat penyalahgunaan narkoba.
- Diperolehnya informasi pola kegiatan dan penegakkan hukum dan pola kegiatan intervensi program P4GN yang telah dilakukan pihak BNN/BNP/BNK

### 3. Tinjauan Pustaka

#### 3.1 Kriteria Penyalahguna narkoba: coba pakai; teratur; pecandu

Banyak konsep dan definisi operasional penyalahgunaan narkoba, ada yang melalui pedekatan frekuensi pemakaian narkoba ataupun tingkat ketergantungan melalui pengukuran berbagai indikator psikologis maupun mental. Menurut Ritter & Anthony (1991) coba pakai (*new initiation*) didefinisikan apabila frekuensi penggunaan 6 kali atau kurang per tahun. Sedangkan Todorov et al. (2006) menetapkan 5 kali atau kurang sebagai mencoba, lebih dari 5 kali per tahun sebagai *lebih dari mencoba*, disebut *pengguna teratur* bila memakai setiap hari selama minimal selama 2 minggu. Menurut Meyer (1975), penggunaan narkoba lebih dari satu kali sehari dalam periode 10 sampai 14 hari atau lebih termasuk kategori ketergantungan obat. SAMHSA (2008) membagi perilaku pakai atas tiga kategori yaitu 1) penyalahguna seumur hidup (*lifetime use*), minimal sekali pakai narkoba dalam seumur hidup, termasuk penyalahgunaan 30 hari atau 12 bulan lalu. 2) penyalahguna tahun lalu (*past year use*), waktu pakai narkoba terakhir kali dalam 12 bulan lalu termasuk 30 hari lalu sebelum wawancara, 3) penyalahguna sebulan lalu (*past month use*), waktu pakai narkoba terakhir dalam 30 hari lalu sebelum wawancara.

**Tabel 3-1 Cutting points dan kriteria tingkat ketergantungan dari berbagai sumber**

<i>Experimental</i>	<i>Occasional</i>	<i>Casual</i>	<i>Moderate use</i>	<i>Regular</i>	<i>Heavy users</i>	<i>Habitual, cronic</i>
1-2 kali (Mizner, 1973)	3-9 kali (Mizner)	1-20 kali (Stanton)	10-29 kali (Mizner)	Minimal 1 kali per minggu (Johnson)	21-199 kali (Stanton)	> 200 kali (Stanton)
1-2 kali (Josephson, 1973)		3-59 kali (Josephson, 1973)	Satu atau lebih dari 1 bulan (Johnson)		>30 kali (Mizner)	3 kali seminggu dalam 3 tahun atau lebih atau pakai tiap hari selama 2 tahun (Hochman & Brill, 1973)
1-9 kali (Josephson, 1972)		10-59 kali (Josephson, 1972)			> 60 kali (Josephson)	
< 1 kali dlm 1 bulan (Johnson)		10 kali satu tahun terakhir (Hochman & Brill, 1973)			3 kali per minggu atau > 1 bln pakai (Robins)	
		min 1 kali/ bulan (Johnson)				

- Sumber : Kandel, 1975

Secara garis besar *cutting points* dan kriteria tingkat ketergantungan dimulai dari bukan penyalahguna hingga coba pakai (*eksperimental*), menengah (*moderate*), penyalahguna berat (*heavy use*). Tinjauan atas beberapa penelitian dilakukan oleh Elinson (1974) seperti yang ditelusuri oleh Kandel (1975), menghasilkan beberapa definisi dan kriteria yang digunakan untuk menggambarkan pola penyalahgunaan atau tingkat ketergantungan dengan lebih rinci (Tabel 1). Ada pula yang mengembangkan kombinasi pengukuran diatas, untuk mengetahui tingkat ketergantungan (dependesi) melalui kriteria DSM-IVTR (Todorov et al., 2006) dan kriteria *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (SAMSHA, 2008).

Dalam studi ini, kami memfokuskan untuk memotret lebih detail pada penggunaan narkoba dalam setahun terakhir yang dikategorikan berdasarkan frekuensi pakai dan cara pakai narkoba. Ada 4 kategori penyalahguna setahun terakhir, yaitu coba pakai adalah mereka yang pakai narkoba kurang dari 5 kali dalam setahun terakhir dari saat survei. Teratur pakai adalah mereka yang pakai narkoba sebanyak 5 sampai 49 kali dalam setahun terakhir dari saat survei. Pecandu bukan suntik adalah mereka

yang pakai narkoba lebih dari 49 kali dalam setahun dari saat survei. Terakhir, pecandu suntik adalah mereka yang pakai narkoba dengan cara suntik berapapun jumlahnya dalam setahun terakhir dari saat survei.

### **3.2 Komponen biaya sosial-ekonomi narkoba**

Komponen biaya ekonomi sosial narkoba tidak ada standarisasinya antar tiap studi di berbagai negara. Ketersediaan data merupakan kata kunci penting dalam menentukan komponen biayanya. Di negara-negara maju sumber data lebih banyak mengandalkan data rutin dari laporan tiap kementerian atau lembaga terkait dengan penyalahgunaan narkoba. Perspektif studi juga memberikan pengaruh besar ketika menentukan komponen biaya. Perspektif studi terdiri atas perspektif klien (pengguna), perspektif negara, atau perspektif sosial (masyarakat). Dalam studi ini perspektif yang digunakan adalah perspektif pengguna narkoba.

Menurut Single et al (2001)<sup>4</sup> komponen biaya sosial ekonomi penyalahgunaan narkoba terdiri atas 4 bagian besar, yaitu biaya pelayanan kesehatan (biaya untuk pelayanan ketergantungan obat dan biaya untuk penyakit & trauma terkait narkoba), biaya produktivitas (biaya kematian dini dan biaya Kematian-kehilangan pekerjaan dan produktifitas), biaya terkait hukuman dan pengadilan (Pengeluaran kriminal, waktu yang hilang akibat kriminal, dan biaya di penjara), dan biaya kehilangan harta akibat kecelakaan atau tindak kriminal.

Sementara itu menurut Pacula et.al, (2009),<sup>5</sup> ada dua pendekatan dalam melakukan penelusuran biaya ekonomi dan sosial yaitu biaya pendekatan melalui pemakaian dan atau kebijakan. Biaya pemakaian terdiri atas 3 komponen yaitu 1) biaya kesehatan (pelayanan, overdosis, kematian, HIV/AIDS, Hepatitis B & C, biaya ketergantungan yang tidak terlihat), 2) biaya produktivitas (berkaitan dengan

---

<sup>4</sup> Single et al. 2001. International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse. <http://www.pierrekopp.com/downloads/International%20guidelines%202001%20edition-4.pdf>

<sup>5</sup> Pacula, R.L., Hoorens, S., Kilmer, B., Reuter, P.H., Burgdorf, J.R., Hunt, P. 2009. Issues in estimating the economic cost of drug abuse in consuming nations. Report 3. RAND Corporation. [http://www.rand.org/pubs/technical\\_reports/TR709.html](http://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR709.html)

kematian dini, dan ketidakmampuan dalam waktu singkat), 3) biaya kejahatan (narkoba pemicu kejahatan). Dari sisi kebijakan yaitu 1) Biaya kejahatan (biaya pengadilan dan penangkapan) dan biaya lain langsung (biaya kebijakan pencegahan, biaya kebijakan pengurangan dampak buruk akibat narkoba). Secara detail komponen biaya dari berbagai studi dapat dilihat pada tabel 3.2.

**Tabel 3-2 Lokasi, penulis, metode, dan komponen biaya studi kerugian ekonomi dan sosial akibat penyalahgunaan narkoba**

Negara	Amerika Serikat	Kanada	Australia	Perancis	Inggris & Wales	Spanyol
Penulis	National Drug Control Policy, 2004 <sup>6</sup>	Rehm et al. 2006 <sup>7</sup>	Collins & Lapsley, 2004 <sup>8</sup>	Kopp & Blanchard <sup>9</sup>	Gordon et al. 2006 <sup>10</sup>	Garcia-Altes et al. 2002
Metode	Cost of Illness (Human Capital approach)	Cost of illness, Human Capital	Demographic	Cost of Illness, Human capital	Human capital	Prevalens
Komponen biaya	<p>Biaya langsung:</p> <p>1) biaya pelayanan kesehatan: a) biaya pengobatan yg disediakan federal; b) konsekuensi medis</p> <p>2) biaya lain: a) sistem pengadilan dan biaya publik; b) biaya pribadi</p> <p>Biaya tidak langsung:</p> <p>1) estimasi kehilangan produktivitas; 2) penyakit akibat penyalahgunaan narkoba; 3) dirawat di RS; 4) kehilangan produktivitas akibat mjd korban kejahatan; 5) penjara; 6) riwayat kriminalitas</p>	<p>1) Biaya langsung perawatan (morbiditas, RS, RS jiwa, kunjungan dokter umum, resep obat)</p> <p>2) Biaya langsung tindakan hukum (polisi, pengadilan, naik banding)</p> <p>3) Biaya langsung utk pencegahan dan penelitian (penelitian, program pencegahan, gaji &amp; dana operasi)</p> <p>4) Biaya langsung lainnya (kebakaran, kecelakaan lalu lintas, kerugian di tempat kerja, biaya admin &amp; pembayaran transfer)</p>	<p>Biaya terlihat:</p> <p>1) tenaga kerja di lingkungan kerja</p> <p>2) tenaga kerja di rumah tangga</p> <p>3) pelayanan kesehatan</p> <p>4) kecelakaan lalu lintas</p> <p>Biaya tidak terlihat:</p> <p>1) kehilangan hidup</p> <p>2) kecacatan akibat kecelakaan lalu lintas</p>	<p>1) Biaya pelayanan kesehatan</p> <p>2) Biaya selain pelayanan kesehatan</p> <p>3) Pengeluaran oleh badan-badan pemerintah</p> <p>4) Kehilangan pendapatan dan produktivitas</p> <p>5) Biaya lain terkait penyalahgunaan narkoba (kriminalitas dan kecelakaan)</p>	<p>1) Kejahatan terkait penyalahgunaan narkoba (penipuan, pencurian, perampokan, tertangkap tangan narkoba)</p> <p>2) Biaya kesehatan (pelayanan rawat inap (RS &amp; RSJ), kunjungan dokter umum, efek narkoba thd neonatal, penyakit infeksi)</p> <p>3) Kematian akibat narkoba</p> <p>4) Perawatan sosial</p>	<p>1) indikator kesehatan (pelayanan pengobatan, overdosis, penyakit HIV, kecelakaan disengaja, kecelakaan tidak disengaja)</p> <p>2) Indikator kejahatan (biaya pengadilan dan biaya perbaikan terkait kejahatan narkoba, serta kesejahteraan sosial)</p> <p>3) kehilangan produktivitas (kematian premature, kehilangan waktu akibat narkoba, biaya penelitian &amp; pencegahan).</p>

<sup>6</sup> Office of National Drug Control Policy. 2004. The Economic Costs of Drug Abuse in the United States, 1992-2002. Washington, DC: Executive Office of the President (Publication No. 207303). [http://www.ncjrs.gov/ondcppubs/publications/pdf/economic\\_costs.pdf](http://www.ncjrs.gov/ondcppubs/publications/pdf/economic_costs.pdf)

<sup>7</sup> Rehm, J., Baliunas, D., Brochu, S., Fischer, B., Gnam, W., Patra, J., Popova, S., Sarnocinska-Hart, A., Taylor, B. 2006. The Cost of Substance Abuse in Canada 2002. <http://www.ccsa.ca/2006%20CCSA%20Documents/ccsa-011332-2006.pdf>

<sup>8</sup> Collins, D.J. & Lapsley, H.M. 2004. The costs of tobacco, alcohol and illicit drug abuse to Australian society in 2004/2005. [http://www.health.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/Content/34F55AF632F67B70CA2573F60005D42B/\\$File/mono64.pdf](http://www.health.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/Content/34F55AF632F67B70CA2573F60005D42B/$File/mono64.pdf)

<sup>9</sup> Kopp, P. & Blanchard, N. 1997. Social costs of drug use in France. [http://www.pierre-kopp.com/downloads/Social%20Cost%20in%20France%20v6\\_.pdf](http://www.pierre-kopp.com/downloads/Social%20Cost%20in%20France%20v6_.pdf)

<sup>10</sup> Gordon, L., Tinsley, L., Godfrey, C., Parrott, S. 2006. The economic and social costs of Class A drug use in England and Wales 2003/2004. Home Office Online Report 16/06

## 4. Metodologi

### 4.1 Desain studi

Estimasi kerugian biaya ekonomi dan sosial akibat penyalahgunaan narkoba dihitung dengan pendekatan satuan biaya (*unit cost*) per konsekuensi penyalahgunaan narkoba dikalikan dengan estimasi jumlah penyalahguna narkoba (Godfrey dkk, 2002). Metode yang sama juga dipakai pada survei sejenis di tahun 2004 dan 2008. Perspektif studi yang digunakan adalah perspektif klien atau penyalahguna narkoba karena laporan data rutin terkait penyalahgunaan narkoba masih sangat terbatas. Hal ini juga telah disinyalir oleh Single et al (2001), bahwa pada negara-negara berkembang sangat sulit mengumpulkan data seperti di negara maju karena keterbatasan dan ketersediaan infrastruktur datanya, misalkan tidak tersedia angka *incidence* dan *prevalence* narkoba, kematian & kesakitan, kriminalitas, kesehatan, dan sebagainya. Langkah yang dilakukan adalah sebagai berikut.

*Pertama*, estimasi unit satuan biaya (*unit cost*) per konsekuensi diperoleh melalui survei dikalangan penyalahguna narkoba di 17 provinsi yaitu: Sumatera Utara, Kepulauan Riau, Sumatera Selatan, Lampung, DKI Jakarta, Jawa Barat, DI Yogyakarta, Jawa Timur, Bali, Nusa Tenggara Barat, Kalimantan Barat, Kalimantan Timur, Sulawesi Selatan, Sulawesi Tenggara, Sulawesi Utara, Maluku, dan Papua. Lokasi di seluruh provinsi berada di ibukota tiap provinsi. Pemilihan provinsi tersebut mendasari jumlah tangkapan kasus dan pertimbangan geografis.

Metode survei yang digunakan dengan memodifikasi dari pendekatan *respondent driven sampling* (RDS). Mula-mula sebuah wilayah studi dibagi menjadi 5 bagian. Di setiap bagian wilayah dicari 3 jenis responden yang berstatus pelajar, pekerja, tidak bekerja. Tiga kategori responden tersebut sebagai pintu masuk untuk mendapatkan responden berikutnya. Pemilihan calon responden berikutnya berasal dari nominasi nama dari responden terpilih tersebut, maksimal 2 orang nama diluar dari kelompok berkumpulnya atau tempat nongkrongnya. Proses ini diulang terus hingga jumlah minimal sampel terpenuhi di setiap

pintu masuk (antara 9-10 responden). Jumlah responden di satu lokasi studi sebanyak 130 responden sehingga total seluruh responden yang diperoleh sebanyak 2.210 orang.

Di setiap provinsi, selain dengan pendekatan RDS, kami juga melakukan pengambilan sampel secara purposive untuk mendapatkan gambaran responden coba pakai narkoba (jumlah pemakaian narkoba kurang dari 5 kali dalam seumur hidupnya) dan mereka yang sakit terkait narkoba. Jumlah responden coba pakai sebanyak 20 responden per lokasi studi, dengan total responden ada sebanyak 340 responden. Responden di telusuri dari berbagai aktor kunci (*key-informant*) yang berada dilapangan, seperti pelajar, pekerja, mitra kerja LSM, dan sebagainya. Untuk jumlah responden yang sakit diambil sebanyak 10 responden per lokasi studi, dengan total responden ada sebanyak 170 responden. Responden dipilih secara purposif dari rumah sakit/klinik atau LSM yang bergerak dibidang HIV/AIDS. Pemilihan responden dengan mempertimbangkan jenis penyakit yang diderita oleh responden, yaitu penyakit HIV/AIDS, Tuberkolosis (TBC), hepatitis, dan sebagainya.

*Kedua*, estimasi jumlah penyalahguna narkoba dihitung dengan metode langsung (*direct estimation*), yaitu perkiraan jumlah populasi penduduk berumur 10-59 tahun menurut sasaran survei dikalikan angka prevalensi penyalahgunaan narkoba menurut sasaran survei, yaitu kelompok pelajar/mahasiswa, pekerja, wanita pekerja seks (WPS), anak jalanan (anjol), dan rumah tangga.

*Ketiga*, untuk mendapatkan gambaran permasalahan narkoba secara lebih mendalam dan komprehensif di tingkat lapangan, maka dilakukan wawancara mendalam kepada berbagai pihak yang terkait, seperti penyalahguna narkoba (34 orang), keluarganya (34 orang), kepolisian (17 orang), BNNP (17 orang), panti rehabilitasi (17 orang), bandar atau pengendar narkoba (17 orang), lembaga pemasyarakatan (15 orang), dan mantan narapidana (16 orang).



## 4.2 Komponen biaya studi

Komponen biaya yang dihitung dapat dipilah menjadi 2 bagian yaitu biaya langsung terkait dengan penyalahguna narkoba dan biaya yang terjadi secara tidak langsung terkait dengan penyalahgunaan narkoba. Secara detail dapat dilihat pada tabel berikut ini:

**Tabel 4-1 Komponen biaya yang dikalkulasi dalam studi ini**

<b>Biaya Langsung</b>	<b>Biaya Tidak Langsung</b>
Konsumsi jenis narkoba	Kriminalitas
Pengobatan dan perawatan overdosis	Waktu yang hilang krn overdosis
Pengobatan karena sakit (HIV/AIDS, TB, hepatitis, dsb)	Waktu yang hilang krn kesakitan
Rehabilitasi dan detoksifikasi	Waktu yang hilang krn detok & rehab
Kecelakaan lalulintas	Waktu yang hilang krn kecelakaan
Urusan dng penegak hukum	Waktu yang hilang krn urusan dng penegak hukum
Penjara	Waktu yang hilang krn urusan penjara
	Waktu yang hilang krn aktivitasnya terganggu
	kematian akibat narkoba

## 4.3 Prosedur dan komponen estimasi jumlah penyalahguna narkoba

Estimasi jumlah penyalahguna narkoba di hitung dengan cara populasi penduduk umur 10-59 tahun dikalikan dengan angka prevalensi penyalahgunaan narkoba dari hasil tiap sasaran survei. Angka prevalensi penyalahgunaan narkoba dibagi menurut pernah pakai (ever used) dan setahun pakai (current users). Untuk penyalahguna setahun pakai, dikategorikan menjadi 4 kategori, yaitu coba pakai, teratur pakai, pecandu bukan suntik, dan pecandu suntik. Langkah yang dilakukan adalah:

**Pertama, dekomposisi penduduk Indonesia tahun 2011 menurut sasaran survei.** Jumlah penduduk Indonesia tahun 2011 yang berumur 10-59 tahun diperkirakan sebesar 173.603.397 (BPS, 2010). Jumlah tersebut sekitar 73% dari total seluruh penduduk Indonesia. Jumlah penduduk tersebut lalu dikomposisi menurut berbagai kelompok sasaran survei (pelajar/mahasiswa; pekerja; wanita pekerja seks (WPS); anak jalanan; dan sisa populasi yang dikategorikan sebagai kelompok rumah tangga), kelompok umur (<19 tahun; 20-29 tahun; 30-

39 tahun; dan 40 tahun keatas), jenis kelamin (laki; perempuan), dan provinsi (33 provinsi). Sehingga akan diperoleh sebanyak 264 sel, yang berasal dari 4 sel (umur) \* 2 sel (jenis kelamin) \* 33 sel (provinsi) di setiap sasaran survei.

Sumber data dekomposisi penduduk berasal dari berbagai sumber data. Untuk dekomposisi penduduk menurut sasaran survei, data pelajar/mahasiswa berasal dari Kementerian Pendidikan (Kemdiknas), data pekerja dari Badan Pusat Statistik (BPS), data WPS dari hasil estimasi Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN) yang dikalkulasi ulang oleh peneliti, data anak jalanan dari Kementerian Sosial, dan data populasi penduduk dari BPS. Untuk dekomposisi kelompok umur dan jenis kelamin serta kost/tidak kost menggunakan data dari hasil survei penyalahgunaan narkoba sesuai dengan sasaran survei, misalkan dekomposisi umur pelajar/mahasiswa, wps, dan anjal menggunakan survei pelajar/mahasiswa, survei wps, dan survei anjal. Demikian pula untuk jenis kelamin untuk survei anjal. Sedangkan kost/tidak kost menggunakan survei pelajar/mahasiswa dan survei pekerja.

***Kedua, dekomposisi menurut kelompok umur dan jenis kelamin.*** Setelah mendistribusikan seluruh populasi penduduk (10-59 tahun) menurut kelompok (sasaran survei) per provinsi, tahap berikutnya adalah melakukan dekomposisi menurut kelompok umur dan jenis kelamin. Dasar dekomposisi disesuaikan dengan sumber data yang ada, baik data sekunder dan hasil survei. Misalkan, pekerja menggunakan data BPS, atau pelajar/mahasiswa menggunakan data Kemdiknas. Sebagai informasi, ada data sisa populasi penduduk, yaitu jumlah penduduk dikurangi jumlah keempat populasi diatas (pekerja, pelajar/mahasiswa, WPS, dan anak jalanan). Untuk dekomposisi menurut kelompok umur digunakan angka dari hasil survei penyalahgunaan narkoba di kelompok rumah tangga tahun 2009.

***Ketiga, estimasi dan dekomposisi angka penyalah-guna narkoba dari hasil berbagai survei menurut periode penggunaan narkoba dan tingkat keparahan penyalahgunaan.*** Setelah format dekomposisi populasi diatas terbentuk, maka langkah berikutnya adalah mengisi sel-sel disetiap format tersebut dengan angka prevalensi dari berbagai survei. Ada 5 survei yang dimanfaatkan, yaitu survei pelajar/mahasiswa, pekerja, wanita pekerja seks (wps), anak jalanan (anjali), dan rumah tangga. Dari setiap survei tersebut diperoleh angka pernah pakai

dan setahun pakai. Pada angka setahun pakai dirinci menurut kategori coba pakai, teratur pakai, pecandu suntik, dan pecandu bukan suntik. Besaran angka-angka prevalensi penyalahguna tersebut harus didekomposisi menurut sel seperti sewaktu melakukan dekomposisi pada populasi penduduk, sehingga akan diperoleh jumlah sel yang sama banyak, yaitu 264 sel. Setelah semua angka prevalensi dari tiap sel diperoleh, maka langkah selanjutnya adalah mengalikan angka prevalensi tersebut dengan populasinya sehingga diperoleh estimasi jumlah penyalahguna narkoba dari tiap sel menurut jenis kelamin, kelompok umur, provinsi, dan kategori penyalahguna narkoba.

#### **Komponen biaya estimasi kerugian biaya ekonomi & sosial**

1. Estimasi biaya kerugian biaya ekonomi diperoleh dari angka penyalahguna narkoba dikalikan dengan biaya satuan (*unit cost*) per konsekuensi penyalahgunaan narkoba. Besaran tiap konsekuensi dan satuan biaya diperoleh dari survei penyalahgunaan narkoba yang dilaksanakan di 17 provinsi.
2. Untuk penghitungan satuan biaya dan konsekuensi akibat penyalahgunaan narkoba, maka dikembangkan database baru yang terdiri atas variabel jenis kelamin, kategori penyalahguna narkoba setahun terakhir, dan provinsi. Sehingga akan terbentuk sebanyak 264 sel yang terdiri atas 2 sel (jenis kelamin) \* 4 sel (kategori penyalahguna) \* 33 sel (provinsi).

#### **4.4 Prosedur dan komponen estimasi kerugian biaya ekonomi narkoba**

Estimasi biaya kerugian biaya ekonomi diperoleh dari perkalian estimasi jumlah penyalahguna narkoba (prosedur diatas) dikalikan dengan biaya satuan (*unit cost*) per konsekuensi penyalahgunaan narkoba. Besaran dari tiap konsekuensi dan satuan biaya diperoleh dari survei penyalahgunaan narkoba yang dilaksanakan di 17 provinsi.

*Pertama, metode kalkulasi satuan biaya untuk setiap komponen biaya ekonomi & sosial.*

*Biaya konsumsi narkoba* adalah nilai rata-rata dari seluruh jumlah konsumsi narkoba per orang yang nilai konsumsinya disetahunkan, lalu diuangkan nilainya menggunakan harga pasaran per jenis narkoba. Biaya konsumsi jenis narkoba dihitung rinci menurut jenis narkoba, seperti ganja, shabu, ekstasi, dan sebagainya. Cara kalkulasinya dengan membuat rata-rata konsumsi narkoba per orang per tahun dikali harga pasar per jenis narkoba.

*Biaya pengobatan rehabilitasi dan detoksifikasi* adalah biaya yang dikeluarkan untuk melakukan pelayanan dan perawatan detoksifikasi dan rehabilitasi selama setahun. Biaya ini diperoleh dari pengakuan responden atas semua biaya yang dikeluarkan untuk kegiatan ini selama setahun terakhir.

*Biaya pengobatan dan perawatan sakit* adalah seluruh biaya yang dikeluarkan oleh responden baik rawat jalan maupun rawat inap dalam upaya melakukan pengobatan penyakitnya terkait narkoba dalam setahun terakhir. Biaya ini diperoleh dari pengakuan responden atas semua biaya yang dikeluarkan untuk mengobati penyakitnya, baik perawatan maupun pengobatan. Bila responden tidak mengetahui besaran biayanya maka diganti dengan rata-rata besaran biaya dari hasil studi dikalangan mereka yang sakit akibat narkoba.

*Biaya overdosis* adalah biaya yang dikeluarkan ketika terjadi overdosis akibat penggunaan narkoba yang berlebih. Biaya ini dikalkulasi berdasarkan pengakuan responden ketika terjadi overdosis mulai dari biaya yang dikeluarkan untuk penanganan sementara, biaya pengobatan ke rumah sakit/klinik, transportasi, dsb yang terjadi dalam setahun terakhir.

*Biaya kriminalitas* adalah kerugian biaya yang terjadi akibat tindakan kejahatan/kriminalitas yang dilakukan oleh responden. Yang termasuk biaya ini adalah tindakan mencuri, mencopet, atau menjual barang-barang milik keluarganya atau orang lain. Biaya kriminalitas ini hanya dikalkulasi dalam setahun terakhir berdasarkan pengakuan dari responden ketika menjual barang atau nilai ketika mencuri uang tersebut.

*Biaya penjara* adalah seluruh biaya yang dikeluarkan oleh responden atau keluarganya ketika responden di penjara. Biaya disini termasuk biaya yang dikeluarkan ketika proses penangkapan, sidang, ataupun selama di penjara. Biaya yang dicatat berdasarkan pengakuan responden yang terjadi dalam setahun terakhir.

*Biaya kehilangan waktu produktifitas* (overdosis, sakit, penjara, dsb) prinsipnya sama. Biaya ini adalah lama waktu orang yang hilang akibat menunggu atau menemani selama responden menjalani perawatan, termasuk biaya yang dikeluarkan untuk makan dan transportasi. Cara kalkulasinya adalah lama hari yang hilang dikalikan dengan upah minimum regional (UMR) ditambah biaya konsumsi dan transportasi.

*Biaya premature death* adalah estimasi biaya yang hilang akibat kematian dini (premature). Cara kalkulasinya adalah mencari rasio tingkat perkiraan angka kematian diantara teman penyalahguna. Perkiraan umur teman yang mati tersebut lalu didistribusikan menurut kelompok umur (per 5 tahun sampai maksimal 55 tahun karena dianggap umur pensiun). Sisa umur hidup lalu dikalkulasikan dengan cara umur pensiun (56 tahun) dikurangi umur mati dikalikan dengan besaran upah minimum regional. Untuk mendapatkan besaran jumlah tingkat kematian, maka angka rasio tersebut lalu dikalikan dengan angka jumlah penyalahguna suntik.

*Kedua, kalkulasi jumlah lahun dikalikan dengan unit cost dan angka prevalensi per tiap konsekuensi.* Setelah diperoleh perhitungan unit cost dari hasil survei, lalu mengalikan unit cost dan angka prevalensi dari tiap konsekuensi tersebut dengan jumlah penyalahguna narkoba.

#### 4.5 Pelaksanaan kegiatan studi

Kegiatan pengumpulan data berlangsung selama 1,5 bulan pada bulan Juni-Juli 2011. Kegiatan pengumpulan data dilakukan secara bersamaan di 17 provinsi. Di setiap provinsi, dipimpin oleh satu orang koordinator lapangan (korlap) yang berasal dari Jakarta dan didampingi oleh 2 orang mitra lokal, satu orang dari universitas dan satunya dari Badan Narkotika Nasional Provinsi. Dikarenakan responden survei ini adalah penyalahguna narkoba yang sifatnya sangat tertutup dan tersembunyi, maka kami juga melibatkan pihak lembaga swadaya masyarakat (LSM) yang bergerak dibidang pengurangan risiko (*harm reduction*) dan narkoba di setiap daerah.

Sebelum korlap dikirim ke tiap provinsi, terlebih dahulu diberikan pelatihan selama 3 hari di Jakarta. Selanjutnya, setiap korlap harus melakukan pelatihan ulang kepada pewawancara (6 orang) dan mitra lokal (2 orang) selama 3 hari di lokasi studi. Para pewawancara yang terlibat dalam studi ini telah melalui proses seleksi, yaitu minimal berpendidikan diploma, memiliki pengalaman melakukan wawancara, memiliki akses untuk masuk ke kelompok penyalahguna, dan mampu bekerjasama dalam tim.

Strategi lapangan ketika melakukan pengumpulan data diserahkan ke setiap korlap karena setiap daerah memiliki karakter tersendiri. Ada yang menggunakan pendekatan di setiap satu pintu masuk (*wave*) satu orang pewawancara; ada yang pendekatannya mendistribusikan para pewawancara ke setiap wilayah; atau ada pula yang pendekatannya per setiap pintu masuk secara bersama-sama. Semua strategi yang dijalankan disesuaikan dengan kondisi dan situasi dilapangan. Pewawancara juga harus bersedia bekerja 24 jam (*on-call*) menyesuaikan kesediaan waktu responden. Informan kunci sangat berperan dalam menentukan pintu masuk (responden pertama) yang akan dipilih. Sebaiknya responden pertama harus cukup banyak memiliki jaringan sesama penyalahguna, karena ini akan menentukan untuk membuka ke jaringan responden berikutnya. Setiap responden hanya boleh menominasikan sebanyak 2 orang responden berikutnya.

#### **4.6 Analisis Data**

Software program Epi Info yang dikeluarkan oleh CDC-WHO digunakan untuk memasukkan data dari hasil survei, sedangkan pengolahan datanya menggunakan software data SPSS ver 13 dan Microsoft Excel. Sedangkan data dari hasil studi kualitatif diolah dan dianalisis dengan menggunakan software In-Vivo versi 7.0.

Ada 3 variabel utama yang menjadi dasar analisis studi ini, yaitu kelompok umur, jenis kelamin, kategori penyalahgunaan narkoba (coba pakai, teratur, pecandu suntik, dan pecandu bukan suntik). Data dari hasil survei dianalisis dengan cara distribusi frekuensi untuk mengecek konsistensi data. Lalu ketiga variabel utama tersebut dilakukan tabulasi silang dengan setiap konsekuensi yang terjadi akibat penggunaan narkoba. Tabulasi silang tersebut bertujuan untuk mendapatkan satuan biaya dan angka besaran masalah (persentase) di setiap konsekuensi.

## 5. Perkiraan Jumlah Penyalahguna Narkoba, 2011

### 5.1 Perkiraan Jumlah Penyalahguna Narkoba

Diperkirakan ada sebanyak 9,6 sampai 12,9 juta orang atau 5,9% dari populasi yang berusia 10-59 tahun di Indonesia pernah mencoba pakai narkoba minimal satu kali sepanjang hidupnya (*ever used*) atau dengan bahasa lain ada sekitar 1 dari 17 orang di Indonesia yang berusia 10-59 tahun pernah pakai narkoba sepanjang hidupnya dari saat sebelum survei. Dari sejumlah itu, ada sekitar 3,7 sampai 4,7 juta orang (2,2%) yang masih menggunakan narkoba dalam satu tahun terakhir dari saat survei atau ada 1 dari 45 orang yang masih pakai narkoba (*current users*). Dengan demikian, terjadi peningkatan angka prevalensi penyalahgunaan narkoba setahun terakhir dari 1,9% (2008) menjadi 2,2% (2011).

**Tabel 5-1 Estimasi Jumlah penyalahguna narkoba menurut periode waktu, angka prevalensi, dan wilayah di Indonesia, 2011**

Wilayah	Pernah		Setahun		% prevalen	
	minimal	maksimal	minimal	maksimal	Pernah	setahun
Sumatera	1,810,911	2,428,918	700,200	884,970	5.33	1.99
Jawa	6,472,695	8,741,979	2,481,187	3,129,078	6.76	2.49
Kalimantan	412,361	533,463	197,420	253,898	4.34	2.07
Sulawesi	525,534	655,757	222,919	272,911	4.33	1.82
Bali/NTB/NTT	318,127	402,424	128,620	157,139	3.52	1.39
Maluku/Papua	139,414	173,060	54,305	65,866	3.33	1.28
Total	9,679,042	12,935,601	3,784,652	4,763,862	5.90	2.23

Angka penyalahgunaan narkoba terbanyak berada di wilayah Jawa, baik secara absolut maupun prevalensi. Maraknya peredaran narkoba di Jawa karena dari sisi akses mendapatkan narkoba lebih mudah, dari sisi ekonomi dan pendidikan lebih baik, dan potensi pasarnya besar, karena jumlah penduduknya sekitar 59% dari total populasi 10-59 tahun. Di Sumatera mereka yang pernah pakai narkoba (*ever used*) angka prevalensinya lebih tinggi dibandingkan Kalimantan, namun tidak untuk angka penyalahgunaan setahun terakhir (*current users*). Ini mengindikasikan bahwa penyalahguna di Kalimantan lebih banyak yang masih terus berlanjut menjadi penyalahguna narkoba.



Angka prevalensi penyalahgunaan narkoba setahun terakhir tertinggi berada di kelompok wanita pekerja seks/WPS (28%) dan anak jalanan (16%). Namun jumlah populasi di kelompok tersebut sangat kecil, dibandingkan angka absolutnya. Jumlah penyalahguna di WPS sekitar 66ribu, dibandingkan di pelajar tidak kost angka prevalensinya hanya sekitar 3,3% setara dengan 621ribu penyalahguna. Ini mengindikasikan pada kelompok-kelompok tertentu dimasyarakat (WPS dan anak jalanan) angka penyalahgunaan narkoba akan jauh lebih tinggi dibandingkan kelompok yang lebih umum (rumah tangga, pelajar, dan pekerja). Faktor permisif, lingkungan yang lebih bebas, kemampuan ekonomi di kelompok, dan rendahnya norma sosial menjadi faktor pemicu tumbuh suburnya peredaran narkoba di tempat seperti ini.

Ada dua kelompok yang memberikan kontribusi terbesar secara absolut dalam jumlah penyalahgunaan narkoba, yaitu kelompok pekerja (70%) dan pelajar (22%). Di kelompok pekerja kontribusi tertinggi pada pekerja yang tidak kost. Tingginya penyalahgunaan di kelompok pekerja karena secara ekonomi memiliki kemampuan finansial, tekanan pekerjaan, doping untuk meningkatkan stamina kerja, dan atau dari sejak awal (sebelum kerja) telah menjadi penyalahguna narkoba.

Penyalahguna narkoba laki-laki empat kali lebih banyak dibandingkan perempuan atau ada 1 dari 28 orang laki-laki yang menjadi penyalahguna narkoba, sedangkan perempuan sekitar 1 dari 120 orang. Rasio penyalahguna laki-laki terhadap perempuan paling banyak terjadi di kelompok anak jalanan dan pekerja kost, mencapai 6 kali lipatnya.

**Tabel 5-2 Jumlah penyalahguna setahun terakhir dan angka prevalensi menurut jenis kelamin dan kelompok sosial, 2011**

	laki-laki		perempuan		% prevalensi	
	minimal	maksimal	minimal	maksimal	Laki	Perempuan
pekerja kost	829,274	924,826	134,209	148,816	9.0	2.7
pekerja tidak kost	1,582,108	1,743,573	314,445	347,340	2.9	0.9
pelajar kost	233,763	254,777	54,623	59,935	11.1	4.2
pelajar tdk kost	464,440	510,909	126,405	141,798	4.7	1.5
wps	-	-	63,191	69,719		27.6
anak jalanan	12,671	13,802	1,949	2,187	17.4	10.8
rumah tangga	176,640	203,393	63,359	70,361	1.2	0.2

Para penyalahguna narkoba kebanyakan berada di kelompok umur 20-29 tahun. Pola yang terjadi pada kelompok laki-laki dan perempuan relatif sama. Diperkirakan ada satu dari 14 laki-laki dan satu dari 57 perempuan menjadi penyalahguna narkoba di kelompok umur 20-29 tahun. Dengan semakin bertambahnya umur, maka risiko menjadi penyalahguna narkoba menjadi semakin kecil. Hal ini mungkin karena pada kelompok umur diatas 30 tahun mayoritas sudah berkeluarga sehingga semakin besar tanggungjawabnya terhadap keluarganya dan bagi mereka yang penyalahguna keinginan kuat ingin sembuh dari ketergantungan narkoba sangat besar.

**Tabel 5-3 Jumlah penyalahguna setahun terakhir menurut jenis kelamin, kelompok umur, dan angka prevalensi, 2011**

	laki-laki		perempuan		% prevalensi		
	minimal	maksimal	minimal	maksimal	Laki	prmp	Total
10-19 thn	784,597	800,759	211,734	216,677	3.4	1.0	2.27
20-29 thn	1,434,692	1,474,794	368,972	376,930	7.2	1.8	4.41
30-39 thn	619,895	641,745	94,977	97,262	3.2	0.5	1.89
40++ thn	586,418	607,425	113,965	117,821	1.8	0.3	1.06

## 5.2 Kategorisasi pengguna narkoba

Sampai saat ini belum ada definisi yang disepakati oleh para ahli terkait pengklasifikasian untuk menentukan batas seseorang sebagai pengguna teratur, rekreasional, maupun pecandu berat (lihat tinjauan pustaka). Ada yang menggunakan pendekatan medis, psikologi, frekuensi pakai, atau kombinasinya. Dalam studi kami mengklasifikasi kategori pengguna

narkoba menurut frekuensi pemakaian dan cara pakai. Hasil estimasi menunjukkan bahwa kebanyakan penyalahguna berada di kelompok teratur pakai (45%), coba pakai dan pecandu bukan suntik relatif sama besar (27%) dan terakhir adalah pecandu suntik (2%). Berikut akan diuraikan secara detail dari tiap kategori penyalahgunaan narkoba.

**Tabel 5-4 Jumlah penyalahguna narkoba menurut jenis kelamin dan jenis penyalahgunaan, 2011**

	laki-laki		perempuan		Total	
	minimal	maksimal	minimal	maksimal	minimal	maksimal
Coba Pakai	970,762	991,542	176,611	180,382	1,147,374	1,171,923
Teratur Pakai	1,498,854	1,539,050	387,246	395,439	1,886,100	1,934,488
Pecandu Suntik	58,767	60,040	10,533	10,722	69,301	70,762
Pecandu Bukan Suntik	902,294	929,017	216,471	220,933	1,118,765	1,149,950

### Coba pakai

Jumlah penyalahguna coba pakai mengalami peningkatan dari 850ribu (2008) menjadi 1,15juta (2011). Mereka yang coba pakai secara persentase kebanyakan di kelompok pelajar tidak kost (46%) dan pelajar kost (43%), sedangkan secara angka absolut di kelompok pekerja tidak kost (381ribu). Dari hasil survei diketahui bahwa alasan terbanyak mereka ingin pakai narkoba karena ingin mencoba rasa narkoba dan ajakan/bujukan teman. Laki-laki lebih banyak sekitar lima kali lipat dibandingkan perempuan. Baik laki-laki maupun perempuan kebanyakan ditemukan di kelompok pekerja tidak kost.

**Tabel 5-5 Distribusi persentase penyalahguna narkoba menurut jenis dan sasaran survei, 2011**

	Jenis penyalahguna narkoba				Total
	coba	teratur	suntik	bukan suntik	
pekerja kost	28.3	49.0	2.1	20.7	100.0
pekerja tidak kost	19.1	47.5	1.0	32.4	100.0
pelajar kost	42.8	35.6	2.8	18.8	100.0
pelajar tdk kost	46.3	34.2	2.0	17.4	100.0
wps	17.0	43.6	2.4	37.0	100.0
anak jalanan	22.8	46.5	2.9	27.8	100.0
rumah tangga	22.7	42.3	2.3	32.8	100.0

## Teratur pakai

Kurang dari separuh penyalahguna setahun terakhir (45%) berkategori penyalahguna teratur pakai atau 1 dari 2 penyalahguna mengkonsumsi narkoba antara 5 sampai 49 kali dalam setahun terakhir. Jumlah ini mengalami peningkatan lebih dari 2 kali lipatnya dibandingkan hasil estimasi di tahun 2008. Kebanyakan mereka yang berkategori teratur pakai dari kalangan pekerja yang tidak kost (50%) dan kalangan pekerja kost (26%). Hasil wawancara mendalam diketahui para pekerja mengkonsumsi narkoba untuk menjaga stamina tubuhnya dan agar lebih konsentrasi dalam bekerja. Dalam bidang pekerjaan tertentu mereka bahkan menyatakan sangat memerlukan narkoba untuk mendapatkan ide kreativitas yang dituntut dalam bidang pekerjaan mereka.

*"...paling banyak minimal 3, maksimal 3 hari. Paling tidur 3-4 jam, trus disambung kerja lagi.. Iya...pakai doping, biar konsentrasi ketika ngelobby proyek, bisa kerja cemerlang, bisa pikir apa gitu " (Pengguna, laki-laki, 29 th, Manado)*

*"Ngga (Aktifitas ngga terganggu). Malah enak. Kalo lagi masih ada biusnya enak kerja, cepet gitu. Tapi setelah itu ya drop lemes lesu ga enak." (Mantan pengguna, laki-laki, 29 th, Medan)*

*"..eee kadang kita kyk punya kekuatan super, jd walaupun keadaan sakaw kita nyari bareng pun dr segi kita berfikir itu bs cepet kalo kiat cari duit itu.." (Mantan pengguna, laki-laki, 35 th, Surabaya)*

## Pecandu Suntik

Jumlah pecandu suntik menurun dari tajam dari 230ribu (2008) menjadi 70ribu (2011). Penurunan ini terjadi karena berbagai faktor, seperti faktor yaitu supply heroin/putau saat ini jauh lebih susah di dapat di pasaran karena memang pasokan dari Afganistan berkurang, adanya program subutek/suboxon dan methadone agar tidak melakukan penggunaan narkoba cara suntik, risiko tertular berbagai penyakit akibat penggunaan jarum suntik bersama menyebabkan mereka takut pakai cara suntik, dan tingginya angka kematian dikalangan IDU karena overdosis dan HIV/AIDS.

Pecandu suntik kebanyakan ditemukan di kelompok pekerja (59%), dan kelompok pelajar (30%). Pada pekerja yang kost maupun tidak kost relatif tidak jauh berbeda angkanya.

Sedangkan di kelompok pelajar lebih banyak ditemukan pada mereka yang tidak kost. Jumlah laki-laki yang menjadi penyalahguna suntik enam kali lebih banyak dibandingkan perempuan.

### **Pecandu Bukan Suntik**

Jumlah pecandu bukan suntik relatif tidak banyak berubah jumlahnya dibandingkan tahun 2008. Saat ini diperkirakan jumlahnya mencapai 1,1 juta orang. Jumlah penyalahguna bukan suntik terbanyak secara absolut di kelompok pekerja tidak kost, namun secara proporsi yang tertinggi di kelompok pekerja seks. Laki-laki lebih banyak empat kali lipatnya dibandingkan perempuan. Namun, di kelompok anak jalanan rasio laki-laki jauh lebih besar, yaitu sekitar delapan kali lipatnya dibandingkan perempuan.

### **5.3 Angka Penyalahgunaan Narkoba menurut provinsi**

Ada pergeseran angka prevalensi penyalahgunaan narkoba di setiap provinsi jika membandingkan antara angka 2008 dengan 2011. Dari 33 provinsi, ada sebanyak 15 provinsi angka prevalensinya turun, hanya satu provinsi (Jawa Timur) yang relatif stabil, dan sisanya naik. Secara keseluruhan terjadi kenaikan angka prevalensi sebesar 12% dari tahun 2008 ke 2011. Kenaikan tajam terlihat di provinsi DKI Jakarta mencapai 70%, atau dari 4,1% menjadi 7,0%. Secara absolut terjadi peningkatan jumlah penyalahguna sebanyak 2 kali lipat dari tahun 2008. Peningkatan tersebut di dorong oleh meningkatnya jumlah penyalahguna dari kelompok coba pakai dan teratur pakai. Provinsi Sumatera Utara dan Kalimantan Timur juga mengalami peningkatan angka prevalensi yang cukup besar yaitu sekitar 50% dari tahun 2008.

**Tabel 5-6 Jumlah penyalahguna narkoba menurut jenis penyalahgunaan dan provinsi, 2011**

	Coba pakai		teratur pakai		pecandu suntik		pecandu bukan suntik		% prevalens
	Minimal	maksimal	Minimal	maksimal	Minimal	maksimal	Minimal	maksimal	
DKI Jakarta	140,923	171,952	221,590	269,405	9,541	11,534	131,808	165,689	7.0
Jawa Barat	204,941	250,816	336,721	430,869	12,001	14,813	199,187	264,437	2.5
Banten	37,561	47,915	67,133	91,192	2,125	2,646	41,956	59,711	2.1
Jawa Tengah	119,531	145,068	200,177	256,847	6,963	8,298	118,386	158,837	1.9
DI Yogyakarta	21,843	27,414	31,670	40,384	1,414	1,717	18,638	24,822	2.8
Jawa Timur	140,485	174,247	252,096	325,186	9,076	11,144	142,468	187,085	2.0
NAD	19,624	24,583	25,400	31,839	1,016	1,235	15,303	19,918	2.0
Sumatera Utara	80,430	97,961	119,140	148,727	4,937	6,084	65,133	83,679	3.0
Sumatera Barat	14,548	18,442	20,465	26,465	891	1,069	12,189	16,472	1.4
Riau	19,989	24,809	33,344	44,573	1,396	1,631	21,854	30,164	2.1
Kep. Riau	11,854	15,080	20,716	28,406	810	972	14,092	19,847	4.3
Jambi	8,726	11,134	14,022	19,302	501	592	8,832	12,593	1.5
Sumatera Selatan	22,457	27,241	35,775	44,724	1,422	1,674	21,964	28,141	1.5
Bangka Belitung	3,301	4,407	5,792	8,334	213	263	3,919	5,780	1.6
Bengkulu	4,787	6,028	6,962	9,289	300	358	4,270	5,919	1.4
Lampung	13,952	16,772	21,890	27,430	921	1,092	12,733	16,422	0.9
Kalimantan Barat	14,725	17,898	23,061	29,983	892	1,044	13,983	18,847	1.7
Kalimantan Tengah	7,375	8,887	11,870	15,329	487	561	7,302	9,766	1.8
Kalimantan Selatan	11,125	13,872	18,420	24,579	673	799	11,054	15,353	1.7
Kalimantan Timur	19,144	23,621	35,512	46,468	1,122	1,372	19,758	26,437	3.1
Sulawesi Utara	10,363	12,863	15,333	19,380	635	804	8,189	10,473	2.1
Gorontalo	2,999	3,650	4,385	5,351	194	234	2,446	3,035	1.4
Sulawesi Tengah	9,846	12,251	15,008	19,227	548	682	7,785	9,786	1.8
Sulawesi Selatan	35,371	43,430	49,679	60,331	1,875	2,324	25,405	30,473	1.9
Sulawesi Barat	4,025	5,158	6,248	8,237	275	379	3,199	4,126	1.8
Sulawesi Tenggara	5,598	6,921	7,678	9,686	378	482	4,054	5,030	1.2
Maluku	6,036	7,203	8,249	9,931	365	431	4,706	5,808	1.9
Maluku Utara	3,418	4,172	4,906	6,335	183	217	2,824	3,777	1.7
Bali	14,430	17,678	22,503	28,331	840	994	12,780	16,731	1.8
NTB	11,288	13,997	16,908	21,148	442	522	9,693	12,554	1.2
NTT	12,492	14,955	17,342	20,754	380	459	8,520	10,018	1.2
Papua	4,795	5,856	6,914	8,567	248	301	3,789	4,657	0.8
Papua Barat	2,289	2,746	3,194	3,877	124	146	1,827	2,282	1.4
Total	1,040,267	1,279,030	1,680,105	2,140,484	63,190	76,872	980,047	1,288,668	2.2

Hanya 4 dari 13 provinsi yang terletak di Indonesia bagian timur mengalami kenaikan angka prevalensi. Angka prevalensi penyalahgunaan narkoba di provinsi yang terletak di Indonesia bagian timur kebanyakan mengalami penurunan, seperti di Maluku, Maluku Utara, Papua, Papua Barat, NTB, dan NTT. Provinsi Lampung dan Papua mengalami penurunan angka prevalensi sekitar 50% dari tahun 2008. Di Lampung penurunan dipicu oleh semua jenis kategori penyalahgunaan, kecuali coba pakai relatif tetap. Sementara di Papua dipicu oleh penurunan di kelompok pecandu suntik dan bukan suntik, tetapi teratur pakainya meningkat.

## 6. Karakteristik Penyalahguna

Survei dikalangan penyalahguna narkoba telah dilaksanakan dengan besar sampel 2381 responden di 17 provinsi, yang mencakup pengguna teratur 399 orang, pengguna suntik 733 orang, dan pengguna bukan suntik 1249 orang, ditambah survei dikalangan kategori penyalahguna coba pakai sebanyak 257 responden yang dilakukan secara terpisah. Berikut akan diuraikan profil mereka yang berpartisipasi dalam studi ini.

Lebih dari separuh responden berumur 20-29 tahun pada semua kelompok kategori penyalahguna narkoba, terutama mereka yang pakai teratur dan pecandu bukan suntik. Pecandu suntik kebanyakan berumur 30-39 tahun (49%) yang mengindikasikan bahwa mereka bukan penyalahguna baru. Laki-laki memiliki proporsi terbanyak sebagai penyalahguna di semua kategori penyalahgunaan narkoba. Proporsi laki-laki semakin besar pada penyalahguna suntik dibandingkan perempuan.

Mereka yang berpendidikan tinggi, yaitu minimal telah menamatkan SMA keatas, paling banyak menyalahgunakan narkoba. Relatif tidak banyak perbedaan menurut semua kategori penyalahgunaan, dengan persentase tertinggi di kelompok teratur pakai (80%) dan terendah di pecandu bukan suntik (73%). Kebanyakan dari responden berstatus belum menikah, kecuali pada kelompok pecandu suntik (45%). Di pecandu suntik pun paling banyak yang telah memiliki anak, dengan median jumlah anak sebanyak 1 orang.

Lebih dari separuh responden berstatus sebagai pekerja, terutama dikalangan pecandu suntik (78%). Para pecandu kebanyakan berkerja sebagai PNS/swasta/pedagang atau wiraswasta (40%). Sementara itu, mereka yang mengaku sebagai pelajar/mahasiswa paling rendah persentasenya sebagai pecandu suntik (6%), kebanyakan dari mereka mengaku sebagai penyalahguna coba pakai (36%). Mereka ini perlu dipantau karena kemungkinan besar bisa masuk menjadi kelompok teratur atau pecandu. Ada indikasi bahwa penyalahgunaan narkoba telah masuk di kelompok petani atau nelayan walaupun angkanya sangat kecil, terutama pada kelompok pecandu suntik maupun bukan suntik.

Lebih dari separuh penyalahguna narkoba masih tinggal bersama dengan orangtuanya pada semua kategori penyalahgunaan narkoba dengan besaran persentase yang tidak jauh berbeda. Sementara, sekitar seperempatnya tinggal di tempat kost/kontrakan. Dengan median jumlah orang dalam satu rumah sebanyak 4 orang.

Lebih dari sepertiga responden mengaku punya tabungan. Semakin tinggi tingkat ketergantungan narkobanya, maka persentase yang memiliki tabungan semakin rendah. Di kelompok coba pakai sebanyak 47% yang memiliki tabungan, tetapi di kelompok pecandu suntik 38% dan pecandu bukan suntik 34%, dengan median rata-rata besaran tabungannya sekitar Rp.2juta. Sementara itu, kurang dari sepertiganya memiliki hutang ke pihak lain (30%). Mereka yang berhutang kebanyakan di kelompok pecandu suntik (36%), dengan median nilai hutang sekitar Rp.1juta. Hanya satu dari 20 orang penyalahguna yang memiliki kartu kredit. Dari mereka yang punya, sepertiganya masih memiliki tunggakan dengan nilai median sebesar Rp.1,7juta.



## **7. Perilaku & konsekuensi akibat narkoba**

Dari hasil survei diketahui berbagai perilaku dan konsekuensi yang dialami sebagai penyalahguna narkoba, seperti yang diuraikan berikut ini:

Rokok. Walaupun secara definisi BNN rokok dan alkohol tidak dimasukkan sebagai definisi narkoba tetapi kedua faktor tersebut dianggap sebagai variabel antara untuk menjadi seorang penyalahguna narkoba. Diperkirakan hampir seluruh penyalahguna pernah merokok (98%), dengan median umur pertama kali merokok 15 tahun. Di kelompok pecandu suntik, median umur merokoknya lebih muda dibandingkan kelompok umur lainnya, yaitu 14 tahun. Dalam satu hari terakhir sebelum waktu survei, hampir seluruhnya masih merokok, hanya 2% yang tidak merokok lagi. Median jumlah batang yang dihisap sekitar 112 batang per minggu, dengan median biaya rokok sekitar Rp.3,6juta per orang per tahun.

Alkohol. Sekitar 93% responden mengaku pernah minum minuman beralkohol, dengan median umur pertama kali minum alkohol sekitar 16 tahun. Dikalangan pecandu suntik persentasenya lebih tinggi dibandingkan kelompok lainnya, termasuk umur median pertama kali minum alkohol lebih muda (15 tahun). Dari yang pernah minum alkohol, lebih dari separuhnya pernah minum alkohol seminggu yang lalu sebelum saat survei, terutama dikalangan pecandu bukan suntik (61%). Median biaya minum alkohol sekitar Rp.2,9juta per orang per tahun.

Riwayat Penggunaan Narkoba. Median umur pertama kali pakai narkoba adalah 16 tahun, dimana di kelompok pecandu bukan suntik lebih muda yaitu 15 tahun. Ganja (75%), diikuti oleh pil koplo/BK (6%), shabu (4%), ekstasi (4%), dan nipam (3%) adalah jenis narkoba yang paling banyak dipakai pertama kali pada semua kategori penyalahgunaan. Lebih dari separuh responden mengaku alasan pertama kali pakai narkoba karena ingin mencoba, seperlimanya mengaku karena ajakan atau bujukan teman dan bersenang-senang (9%).

Setelah ganja (87%), jenis ATS yang paling banyak dipakai yaitu shabu (57%) dan ekstasi (42%). Namun, dalam setahun terakhir jenis narkoba yang paling populer adalah ganja (64%) diikuti oleh shabu (38%), ekstasi (18%), heroin (13%), methadone (9%), subutex (8%), xanax (7%), dan pil koplo (4%). Jenis narkoba lainnya masih banyak tetapi angkanya kurang dari 4%. Jika dilihat menurut kategori penyalahgunaan, pecandu suntik lebih banyak yang mengkonsumsi variasi jenis narkoba dimana konsumsi heroin (40%) kalah banyak dibandingkan konsumsi ganja (56%) dan shabu (47%). Ini mengindikasikan suplai heroin dipasaran sangat sedikit sehingga penyalahguna mensubstitusi dengan narkoba jenis lain untuk menutup tingkat ketagihan agar tidak terjadi sakau. Selain ganja, dikelompok pecandu bukan suntik dan teratur kebanyakan mereka mengkonsumsi narkoba kelompok ATS, yaitu shabu dan ekstasi. Median biaya konsumsi narkoba per orang per tahun untuk kelompok teratur pakai sekitar Rp.300ribu, pecandu bukan suntik sekitar Rp.7,3juta, dan termahal pecandu suntik mencapai Rp.18juta. Jika dirinci menurut jenis kelamin, ada perbedaan median biaya antara laki-laki dan perempuan.

Kurang dari separuh dari responden (46%) diketahui statusnya sebagai penyalahguna narkoba oleh pihak keluarganya, kecuali pecandu suntik (72%). Adik/kakak paling banyak yang tahu status responden sebagai penyalahguna narkoba, diikuti oleh Ibu, bapak, dan pasangan. Selain responden, ada sekitar seperlimanya mengaku dikeluarganya ada juga yang pakai narkoba, yaitu adik/kakak (59%), saudara/kerabat (44%), dan pasangan (36%).

**Perilaku Seks.** Hampir semua penyalahguna pernah melakukan hubungan seks (88%), terutama dikalangan pecandu suntik (97%). Median umur pertama kali melakukan hubungan seks 18 tahun, tetapi pecandu suntik lebih muda (17 tahun). Median terakhir kali melakukan hubungan seks adalah 3 hari yang lalu. Pasangan seks terakhir, selain istri/suami (31%) adalah pacar (44%), teman/TTM (10%), dan pekerja seks (10%). Kurang dari sepertiga responden (27%) mengaku pakai kondom saat hubungan seks terakhir. Lebih dari separuh responden (68%) mengaku pernah melakukan hubungan seks dalam sebulan terakhir, dengan rata-rata jumlah pasangan seks sebanyak 2 orang. Di kelompok teratur pakai lebih banyak yang memiliki pasangan seks yang berbeda. Jumlah hubungan seks yang dilakukan responden rata-

rata sebanyak 7 kali dalam sebulan terakhir, dimana lebih dari separuh mengaku tidak pernah pakai kondom dan hanya 11% yang mengaku selalu pakai kondom. Kebanyakan yang selalu pakai kondom di pecandu suntik (17%).

Detoksifikasi dan rehabilitasi. Hanya sepertiga dari responden yang tahu keberadaan tempat detoks dan rehabilitasi, kecuali pecandu suntik lebih dari separuhnya tahu. Sayangnya hanya 1 dari 10 orang penyalahguna yang pernah melakukan detoks dan rehabilitasi. Tingkat kesadaran pecandu suntik (27%) jauh lebih baik untuk melakukan detoks dan rehab dibandingkan 2 kelompok lainnya (1%). Ini disebabkan pecandu suntik telah terpapar banyak program dari berbagai pihak terutama LSM dan identitasnya sudah diketahui keluarga sehingga keluarga mencoba mencari solusi dengan mengirimkan ke panti rehabilitasi. Mereka yang pernah menjalani detoks dan rehab sangat kecil persentasenya kurang dari 3% dalam setahun terakhir. Alasan mereka mau melakukan detoks dan rehab adalah mereka ingin bebas dari narkoba (56%), adanya kesadaran sendiri (49%), dan sudah bosan atau cape pakai narkoba (36%). Dari mereka yang melakukan detoks dan rehab, ada sekitar sepertiganya yang ditunggu atau dibantu oleh anggota keluarganya. Median biaya yang dikeluarkan per orang per tahun sebesar Rp.1,1juta. Sementara itu, mereka yang tidak mau melakukan detoks dan rehab karena mereka belum terpikir untuk berhenti pakai (30%), tidak punya uang (15%), sedang bekerja (14%), dan orangtua belum tahu (12%).

Pengobatan sendiri. Sekitar seperlima dari responden pernah melakukan pengobatan sendiri. Sekitar separuhnya dilakukan oleh pecandu suntik. Dari mereka yang pernah, separuh responden masih terus melakukan pengobatan sendiri dalam setahun terakhir terutama di kelompok pecandu bukan suntik. Median jumlah upaya pengobatan yang dilakukan sebanyak 3 kali dengan median biaya yang dikeluarkan per orang per tahun sekitar Rp.264ribu.

Kecelakaan. Ada 1 dari 4 orang penyalahguna narkoba pernah mengalami kecelakaan lalu lintas ketika masih dalam pengaruh narkoba. Di kelompok pecandu suntik probabilitasnya jauh lebih besar. Dari yang pernah kecelakaan, lebih dari sepertiganya terjadi dalam setahun terakhir, terutama di kelompok pecandu bukan suntik. Sepertiga responden mengaku mereka

dibantu oleh keluarga/kerabat ketika menyelesaikan urusan ketika terjadi kecelakaan ini. Median biaya yang dikeluarkan selama proses kecelakaan per orang per tahun sekitar Rp.460ribu.

Urusan dengan aparat penegak hukum. Ada sekitar 1 dari 5 penyalahguna pernah ditangkap oleh pihak kepolisian, bahkan di kelompok pecandu suntik ada 1 diantara 2 orang. Dari mereka yang pernah ditangkap, sekitar sepertiganya dialami dalam setahun terakhir. Kejadian tersebut kebanyakan terjadi kelompok pecandu bukan suntik. Dalam upaya agar tidak diproses lebih lanjut oleh aparat penegak hukum, penyalahguna mencoba melakukan damai. Hampir separuh responden mengaku melakukan upaya damai dengan aparat penegak hukum, terutama di teratur pakai. Dalam urusan ini, hampir tiga per empat dari responden mengaku dibantu atau melibatkan oleh pihak keluarga/kerabat. Median biaya yang dikeluarkan untuk urusan ini per orang per tahun sekitar Rp.3,5juta.

Penjara. Ada sekitar 1 dari 7 responden mengaku pernah di penjara, terutama di kelompok pecandu suntik. Dari mereka yang pernah dipenjara, kurang dari seperlimanya dijalani dalam setahun terakhir dari saat survei. Sekitar separuhnya mengeluarkan biaya terkait dengan urusan di penjara. Median lama di penjara adalah 113 hari. Biaya yang dikeluarkan per orang per tahun sekitar Rp.3juta.

Aktivitas terganggu. Sekitar 1 dari 3 orang mengaku mereka pernah mengalami kejadian yang mengakibatkan terpaksa tidak masuk sekolah atau bekerja, terutama di kelompok pecandu suntik. Dari yang mereka yang pernah mengaku, ada lebih dari separuhnya masih mengalami lagi kejadian tersebut dalam setahun terakhir, untuk terpaksa tidak masuk kerja. Median lama tidak masuk kerja sekitar 2 hari.

Kematian dini (premature death). Ada sekitar 1 dari 5 responden menyatakan memiliki teman yang mati karena narkoba. Di kelompok pecandu suntik bahkan jauh lebih tinggi, yaitu 1 dari 2 orang. Dari mereka yang menyebut pernah, mereka yang meninggal pada umumnya laki-laki, dengan perkiraan median umur meninggal 30 tahun. Median jumlah teman yang meninggal

adalah 7 orang, sedangkan yang meninggal dalam tahun ini ada 2 orang. Merujuk pada angka-angka tersebut, diperkirakan tingkat kematian dini ada sebanyak 13.345 per tahun yang mati akibat penyalahgunaan narkoba.

## **8. Biaya sosial-ekonomi penyalah-gunaan narkoba per tahun**

Dalam konteks penghitungan estimasi kerugian biaya ini, istilah yang dipakai adalah biaya ekonomi. Biaya ekonomi yang dimaksud adalah biaya individual (*private*) dan biaya sosial. Biaya individual adalah beban biaya yang melekat pada penyalahguna narkoba, termasuk biaya konsumsi narkoba. Biaya sosial adalah beban biaya akibat konsekuensi penyalahgunaan narkoba yang secara tidak langsung berdampak pada masyarakat. Definisi tersebut lebih merujuk pada definisi yang dibuat oleh Markandya dan Pearce (1989).

Hasil estimasi memperkirakan terjadi kenaikan kerugian biaya ekonomi sekitar 2 kali lipatnya dibandingkan tahun 2004. Total kerugian biaya ekonomi diperkirakan sekitar 48,2 trilyun di tahun 2011, yang terdiri atas 44,4 trilyun biaya pribadi (*private*) dan 3,8 trilyun biaya sosial. Pada biaya individual sekitar 39% diperuntukkan bagi biaya konsumsi narkoba. Biaya konsumsi narkoba ini mengalami kenaikan sekitar 14% dibandingkan tahun 2008. Pada biaya sosial sebagian besar (90%) digunakan untuk biaya kematian akibat narkoba (*premature death*).

Provinsi Jawa Timur tetap sebagai provinsi yang memiliki tingkat kerugian ekonomi tertinggi mencapai 9,5 trilyun di tahun 2011. Diikuti oleh provinsi Jawa Barat, DKI Jakarta, Jawa Tengah, dan Sumatera Utara. Sebaliknya, kerugian ekonomi terendah berada di provinsi Irian Jaya Barat mencapai Rp.65 milyar. Detail laporan per provinsi dapat dilihat dalam lampiran. Secara wilayah, kerugian ekonomi terbesar berada di pulau Jawa (68%) dan Sumatera (15%).

### **8.1 Biaya individual (*private cost*)**

Biaya individual adalah beban biaya yang melekat pada penyalahguna narkoba. Yang termasuk biaya ini adalah konsumsi narkoba, biaya perawatan & pengobatan karena sakit akibat narkoba, biaya bila terjadi overdosis, biaya melakukan detoksifikasi & rehabilitasi, biaya untuk melakukan pengobatan sendiri dalam upaya penghentian narkoba, biaya yang terjadi akibat kecelakaan lalu-lintas, biaya yang diperlukan terkait urusan ketika tertangkap pihak

kepolisian karena narkoba, biaya yang dikeluarkan karena dipenjara, biaya produktivitas yang hilang akibat pemakaian narkoba sehingga responden tidak bisa bekerja/sekolah.

Total biaya kerugian individual cenderung mengalami peningkatan 67% atau dari 26,4 trilyun (2008) menjadi 44,5 trilyun di tahun 2011. Peningkatan tersebut dipicu oleh biaya pengobatan sendiri dalam upaya penghentian narkoba dan biaya karena berurusan dengan aparat penegak hukum, serta biaya perawatan akibat terjadinya overdosis. Di tahun 2011, proporsi terbesar biaya individual untuk membeli konsumsi narkoba yang mencapai 39% atau setara dengan 17,5 Trilyun. Biaya konsumsi ini lebih tinggi sekitar 14% dibandingkan tahun 2008. Dari sisi jumlah uang yang beredar untuk konsumsi narkoba, maka ada 5 provinsi yang terbesar, yaitu Jawa Timur (19%), Jawa Barat, DKI Jakarta, Jawa Tengah, dan Sumatera Utara (9%).

**Tabel 8-1 Total kerugian biaya ekonomi dan sosial akibat penyalahgunaan narkoba di Indonesia, 2008 dan 2011 (dalam jutaan rupiah)**

<b>Komponen Kerugian Ekonomi</b>	<b>2008</b>	<b>2011</b>
Konsumsi Narkoba	15,376,071	17,542,841
Pengobatan sakit	7,743,243	6,684,177
Overdosis	22,124	204,934
Detok & Rehabilitasi	1,094,519	1,336,956
Pengobatan Sendiri	19,688	911,357
Kecelakaan	323,220	2,835,586
Urusan dng penegak hukum	882,602	11,019,744
Penjara	839,813	2,923,736
Aktivitas Terganggu	188,705	1,002,678
<b>Total biaya private</b>	<b>26,489,986</b>	<b>44,462,011</b>
<b>Lossproductivity</b>		
Sakit	227,450	35,802
Overdosis	8,454	1,362
Detok & Rehabilitasi	59,036	13,366
Kecelakaan	722,715	23,177
Tertangkap Polisi	680,424	4,701
Penjara	45,735	216,314
Premature Death	3,957,060	3,445,281
Tindak Kriminal	252,657	75,951
<b>Total biaya social</b>	<b>5,953,530</b>	<b>3,815,953</b>
<b>Total Biaya Ekonomi</b>	<b>32,443,515</b>	<b>48,277,963</b>

Komponen biaya terbesar kedua adalah berurusan dengan aparat penegak hukum yang mencapai 11 triliun di tahun 2011, angka ini meningkat 12 kali lipatnya dibandingkan tahun 2008. Biaya ini terjadi karena saat penyalahguna tertangkap dan diproses sampai ke tingkat pengadilan. Jalan damai seringkali ditempuh oleh keluarga dan atau penyalahguna sehingga ada oknum yang memanfaatkan situasi ini mulai dari saat proses penangkapan sampai proses persidangan. Semakin tinggi proses yang dilewatinya, maka semakin besar biaya yang harus dikeluarkannya.

## **8.2 Biaya sosial**

Biaya sosial adalah beban biaya akibat konsekuensi penyalahgunaan narkoba yang secara tidak langsung berdampak pada masyarakat. Dikarenakan studi ini menggunakan pendekatan perspektif klien, maka sebagian besar biaya yang dikalkulasi adalah aktivitas yang dilakukan oleh orang lain yang terkait dengan responden, yaitu dengan mengukur tingkat biaya produktivitas yang hilang (*loss productivity*) dari waktu & biaya dari orang lain tersebut akibat menemani atau menunggu responden. Untuk menghitung biaya satuannya digunakan pendekatan upah minimum regional (UMR) per provinsi.

Secara detail komponen biaya sosial terdiri dari biaya produktivitas yang hilang karena menunggu responden sakit, ketika overdosis, ketika detoksifikasi & rehabilitasi, ketika terjadi kecelakaan ketika berurusan dengan pihak aparat penegak hukum, ketika berurusan dengan pihak penjara, ketika terjadi kematian akibat narkoba (*premature death*) dan tindakan kriminalitas.

Biaya sosial cenderung mengalami penurunan untuk semua komponen biaya dari tahun 2008 ke 2011 kecuali ketika berurusan dengan pihak penjara. Total kerugian biaya ekonomi dan sosial sekitar 3,8 triliun di tahun 2011. Ada 7 dari 33 provinsi yang menunjukkan kenaikan kerugian biaya ekonomi akibat penyalahgunaan narkoba, yaitu provinsi kepulauan Riau, Sulawesi Tengah, NTB, NTT, DKI Jakarta, Banten, dan Kalimantan Timur.



Biaya kematian akibat narkoba (*premature death*) memberikan kontribusi paling besar mencapai 90%. DKI Jakarta (31%), Jawa Timur (16%), dan Jawa Barat (11%) memiliki kerugian biaya premature death tertinggi dibandingkan provinsi lainnya. Dari sisi biaya produktivitas yang hilang proporsi terbesar ketika berurusan dengan pihak penjara, bahkan cenderung mengalami kenaikan. Ini mengindikasikan bahwa pihak keluarga lebih banyak yang melakukan kunjungan atau besuk penyalahguna ke penjara. Jawa Barat (23%), Jawa Timur (21%), dan DKI Jakarta (12%) merupakan wilayah yang memiliki kerugian biaya terkait urusan penjara tertinggi.

## **Ibu Siti – Perjuangan menyembuhkan si bungsu dari narkoba**

1993, Adi (bukan nama sebenarnya) putra bungsu ibu Siti berkenalan dengan narkoba karena pengaruh teman. Ibu Siti beberapa kali menemukan suntikan dan serbuk putih di kamarnya.

1997, Adi kejang-kejang hebat, di rumah sakit dokter tidak berkomentar apa-apa. Bolak-balik Adi ke rumah sakit karena berbagai penyakit, seperti flek paru, dan pernah disedot cairan dari paru-parunya. Dokter hanya bilang Adi seperti ini karena suka begadang.

1997, Adi dibawa ke INABA di Rajapolah (rehab) 4 bulan, tak lama Adi relaps.

1998-, Adi ke INABA di Singaparna (Suryalaya) Tasikmalaya, dirawat selama 9 bulan – sholat, ngaji, tobat, mandi tiap jam 2 malam. Orangtua tidak boleh menjenguk, hanya melihat dari jendela. Saat keluar dari INABA ibu Siti sendiri yang meminta karena Adi akan ada ujian akhir di kampus. Adi pernah kuliah di IAI (Bandung), pindah ke Soekarno-Hatta, lalu ke LIKMI, pindah lagi ke UNISBA, dan sempat kuliah juga di UNSOED Purwokerto di tempat kakeknya.

1999, Ibu Siti berkunjung ke Lido, melihat anak-anak (pasien) dikerangkeng saat sakau dan minta tolong dikeluarkan mau pulang, dengan mulut sampai berbusa-busa. Tidak tega melihatnya meskipun bukan anak sendiri. Ibu Siti urung memasukkan anaknya ke Lido.

2000, Adi divonis positif HIV – AIDS, menurut dokter di Pasir Impun 2 bulan lagi meninggal. Ibu Siti pingsan, tak percaya akan kehilangan anaknya sedemikian cepat. Adi pun minum ARV (neviral duviral), dan sempat dirawat karena panas badan mencapai 40 derajat setelah minum ARV pertama kali. Adi 8 kali bolak-balik dirawat di RS Pasir Impun (biaya tempat tidur Rp.50.000/malam) akibat infeksi oportunistik. Sekali masuk untuk perawatan bisa habis antara 2 s.d 5 jutaan.

2000, Detox pun dilakukan di Pasir Impun, bolak-balik 8 kali. Sekali masuk habis 5 juta. Ibu Siti sebenarnya kurang percaya dengan yang dilakukan di sini. Kabarnya detox di Pasir Impun tetap memberikan putau yang hanya dikurangi dosisnya saja. Setiap pasien minta, selalu dikasih. Maka tak heran Adi kerap kali minta untuk kembali ke sini. Adi pernah kabur untuk jual barang ke kawannya di luar, tapi dengan leluasa masuk kembali.

2000, Adi ikut rehab di Rumah Cemara selama 18 bulan. Ibu Siti rutin datang ke pertemuan KDS seminggu sekali. Membayar hanya sekali saja Rp.800.000,-. Tetapi perawatan gigi Adi Rp.300.000,- dan obat gigi sekian juta per bulan. Ibu Siti terkesan dengan Rumah Cemara. Banyak kegiatan, dan perawatan pasien saat sakau ditemani, ngobrol, diberi bacaan atau didongengkan cerita, tanpa diberi putau/obat. Rokok dibatasi 1 batang tiap Selasa. Terlebih lagi, saat pulang dari cemara banyak perubahan yang terjadi pada kebiasaan di rumah. Adi rajin bantu-bantu membersihkan rumah, menyapu, mengepel, menjemur kasur, cuci baju, bahkan mau masak sendiri.

2003, Adi kembali dirawat akibat infeksi oportunistik. Dokter di RS Hasan Sadikin memberikan resep obat seharga 1 setengah juta dan menunggu 1 minggu karena obatnya dikirim dari Singapura. Di RS ini Ibu Siti mendapat perlakuan diskriminasi. Adi seperti tidak terurus oleh tim medis yang merawatnya. Saat kawannya datang menjenguk, Adi langsung dipindahkan ke RS Advent, tak tega melihatnya diperlakukan tidak baik. Tak berapa lama Adi kembali dirawat, kali ini di RS Immanuel. Paru-parunya kembali disedot untuk diambil cairannya. Antibiotik dalam 1 infusnya seharga dua juta delapan ratus rupiah. Kala itu diperlukan lima belas botol infus. Mata dan kulit Adi mulai menghitam dan bentol-bentol. Kondisi Adi sekarang masih terus dalam pantau sang ibu.

## **9. Peredaran gelap narkoba dan upaya penegakkan hukum**

### **9.1 Besaran masalah peredaran narkoba**

Peredaran gelap narkoba semakin marak dalam 3 tahun terakhir ini, terutama jenis amphetamin type stimulant (ATS) khususnya shabu. Hal ini diindikasikan dari pernyataan para informan kunci baik informan Polda, Bandar dan BNNP, serta pengelola terapi & rehabilitasi. Ada 12 dari 17 provinsi dimana para informan kuncinya menyatakan dengan sangat pasti bahwa ada kecenderungan kenaikan peredaran dan penyalahgunaan narkoba, yaitu Provinsi Bali, NTB, Jatim, Papua, Sulsel, Sulut, Sumsel, Kepri, Kaltim, DKI, Kepri, dan Sulteng. Salah seorang bandar di Kepri menyatakan persediaan shabu sebanyak 1 Kg dapat habis dalam 3 hari. Di provinsi DI Yogyakarta dan Sumut, menurut informan memang secara data pengungkapan kasus narkoba terjadi penurunan, namun yang perlu dicatat kondisi ini terjadi karena adanya kebijakan perundang-undangan No.35 tahun 2009. Mereka yang bisa ditangkap hanya bandar/pengedar, bukan korban narkoba. Jadi sebenarnya, secara kasus sekarang lebih banyak karena sudah pasti yang ditangkap bandar/pengedar.

Masalah narkoba merupakan cerminan gunung es. Aparat penegak hukum hanya bisa mengungkap sebagian kecil dari kasus narkoba yang marak terjadi di masyarakat. Dari hasil wawancara dengan aparat penegak hukum diketahui bahwa pengungkapan kasus narkoba baru sekitar 5% sampai 60% dari kasus narkoba yang ada di wilayahnya. Hal tersebut juga dikuatkan oleh para bandar/pengedar narkoba yang menyatakan masih cukup banyak bandar/pengedar yang belum tertangkap, maksimal mungkin sekitar 50% saja. Rendahnya pengungkapan kasus karena berbagai faktor seperti ketersediaan anggaran, baik untuk kegiatan operasi rutin maupun anggaran under cover buy. Untuk pengungkapan kasus besar, maka diperlukan anggaran under cover buy yang besar pula, karena di narkoba memiliki prinsip ada uang ada barang. Kedua, modus operasi jaringan narkoba menggunakan sistem putus jaringan atau ranjau, dimana antar jaringan seringkali mereka tidak saling mengenal satu sama lainnya sehingga menyulitkan dalam penyelidikan.

### **Jacky ... Bandar turun temurun dari Kampung Beting**

Dari penuturan seorang polisi diketahui bahwa Kawasan Beting merupakan area rawan narkoba dengan beberapa kelebihanannya. *Pertama*, dari kondisi geografisnya. Beting dikelilingi sungai Kapuas dan sungai Landa sebagai batas wilayah, dibatasi pula oleh parit-parit, sehingga akses masuk menjadi sulit dan terbatas untuk aparat. Area ini sangat nyaman bagi warga dan cukup terlindungi. *Kedua*, lingkup sosial masyarakat yang cuek, tidak mau tau urusan orang, tetapi ada kecenderungan saling melindungi tetangga. Apabila misalnya tetangga berprofesi sebagai bandar, warga lain bersikap seolah tidak tahu. *Ketiga*, dari faktor ekonomi, mereka dimanjakan oleh bisnis yang mudah. Cakupan wilayahnya kecil tapi intensitas perputaran uang akibat jual beli narkoba cukup tinggi. Oleh karena itu wilayah ini paling rawan.

Jacky (bukan nama sebenarnya), 42 tahun, menjadi bandar sejak 2008 sampai sekarang. Tak perlu keluar rumah, pelanggannya rutin datang menyambangi rumahnya karena menurutnya lebih aman. Tersedia kamar untuk pakai, pengguna bebas leluasa karena ada *backing-an*, anak-anak sekitar yang hobi minum dan 'pasang' di sekitar rumah. Maksudnya, apabila ada aparat masuk, cepat pula respon *backing-an* agar pengguna dan bandar langsung bubar.

Tanggapan keluarga Jacky terhadap profesinya sangat mendukung, karena orangtua dinafkahi dari hasil menjual narkoba. Jacky mengaku sebagai orang susah, bahkan untuk makan sehari-hari. Untuk mencari kerja sulit karena tidak ada ketrampilan. Selain Jacky, adiknya, saudara-saudaranya, bahkan rata-rata warga juga menjual narkoba. Kakak Jacky sekarang telah menjadi kepala penjual dengan banyak anak buah. Senada dengan penuturan polisi, tradisi menjadi bandar ini sudah turun temurun dari bapak ke anak, dari anak ke cucu.

Omset sehari Jacky bisa mencapai puluhan juta (sekitar 18-20an juta rupiah) karena dirinya merupakan orang kedua. Diatasnya masih ada seorang boss, dan dibawahnya ada 3 orang anak buah. Keuntungan bersih sekitar 3 juta rupiah dan harus dibagi ke 3 anak buah. Menurut polisi, cara gampang mengenali bandar adalah dengan melihat rumah yang besar dan agak mencolok, tetapi pekerjaan pemilik rumahnya tidak jelas. Bukan

Jumlah transaksi terbesar adalah saat menjual shabu dan inex. Putaw dulu dilarang dijual di Beting karena pengguna cenderung ceroboh saat pakai dan membawa penyakit ke dalam lingkungan Beting. Tokoh masyarakat yang telah meninggal karena penyakit akibat putaw menjadi contoh akan bahayanya. Jika ada yang coba melanggar menjual putaw, rumahnya akan langsung dibakar warga.

Produk yang dijual rata-rata berasal dari Jakarta bahkan Malaysia. Shabu dan inex ada yang diproduksi sendiri tapi sekarang karena pembuatnya sudah tertangkap, tidak memproduksi lagi. Pembeli beragam, mulai dari anak SMP sampai ibu-ibu pecandu. Ada juga aparat yang mengambil, membeli dengan uang seratus ribu tetapi minta barang seharga lebih dari yang seharusnya didapat. Di Bitung tidak ada aparat yang membentengi (mem-backing).

Pengalaman aparat melakukan penggerebekan di Bitung menurut Jacky, diperlukan polisi 2 truk penuh. Bila hanya 10 orang, mereka tidak akan mampu melawan masyarakat Bitung yang kompak melindungi warganya. Pernah ada 2 orang aparat yang berpura-pura membeli barang kemudian menangkap bandar langsung di rumahnya, dengan penodongan pistol. Aparat tsb dijamin tidak akan berani keluar karena masyarakat sudah sedemikian siap beramai-ramai menunggu di luar, karena bocoran informasi akan adanya penangkapan melalui *backing-an*. Dua kompi aparat datang malamnya setelah dikontak 2 rekannya dalam rumah bandar tadi, dan umumnya terjadi perkelahian antara aparat dan warga akibat penggerebekan ini. Tapi umumnya, mereka yang tertangkap adalah kaki tangan / anak buah bandar. Bandar sendiri sudah lari setelah mendapat informasi akan adanya penggerebekan. #

## 9.2 Kecenderungan narkoba saat ini

Ada 4 jenis narkoba yang sedang marak di tanah air saat ini, yaitu ganja, shabu, ekstasi, dan obat-obatan daftar G. Hasil survei memperlihatkan ganja masih tetap yang paling populer dipakai dikalangan penyalahguna karena harganya relatif murah dibandingkan jenis ATS maupun heroin/putau. Jenis narkoba berikutnya yang paling banyak dicari adalah kelompok ATS, terutama shabu. Shabu memiliki citra yang paling positif dibandingkan jenis narkoba lainnya. Shabu dianggap sebagai vitamin dan doping bagi pemakainya, sementara ganja bisa membuat pemakainya bisa menjadi bodoh atau bahkan gila, sedangkan heroin/putau bisa tertular berbagai penyakit hepatitis dan HIV/AIDS bahkan mengalami overdosis dan kematian. Dengan pencitraan yang positif maka shabu paling banyak dipakai oleh berbagai kalangan, mulai dari pelajar, mahasiswa, tukang parkir, nelayan, petani, pekerja, pejabat pemerintah, bahkan anggota dewan selaku wakil rakyat.

Salah seorang bandar/pengedar di Aceh dan Sumut menyatakan bahwa peredaran shabu sudah sedemikian meluasnya, bahkan telah sampai ke desa/kampung. Di satu desa/kampung paling tidak ada 3-6 orang bandar kecil dan 1 orang pengedar yang lumayan besar. Namun, bila ada pembeli yang ingin membeli lebih banyak lagi, maka bandar di tingkat kampung/desa akan menghubungi bandar lainnya yang lebih tinggi statusnya. Demikian seterusnya polanya berjenjang. Dalam satu kampung/desa, jaringannya tidak satu tetapi bisa ada berbagai jaringan yang berbeda. Dikarenakan harga shabu lumayan mahal, 1 gram sekitar Rp.1,2juta sampai 1,6juta maka untuk penjualannya dipecah ke dalam paket-paket yang lebih kecil yang dikenal sebagai PAHE atau pake hemat. Satu gram biasanya oleh pengedar dipecah menjadi 18-22 paket (tergantung kebiasaan pengedar). Harga pahe juga bervariasi dengan harga termurah sekitar Rp.100ribu. Di kalangan pelajar/mahasiswa harga pahe seringkali masih sulit terjangkau sehingga sewaktu membeli seringkali mereka patungan dengan beberapa orang. Bahkan dikalangan pengguna perempuan dikenal istilah STP yaitu “shabu tukar vagina”.

Ganja dikenal berasal dari Aceh. Padahal sumber tanaman ganja tidak hanya di Aceh, tetapi ada juga di Sumatera Utara, Sumatera Selatan, dan Bengkulu (Mabes Polri & BNN, 2011). Dari

hasil survei, terlihat pengguna ganja memang terlihat menurun dari 71% (2008) ke 64% (2011). Penurunan tersebut karena ada yang beralih ke shabu, tetapi dari sisi supply juga terjadi penurunan. Para bandar/pengedar agak enggan untuk mengedarkan ganja karena dari sisi ukuran bentuk barang jauh lebih besar (mudah terdeteksi aparat penegak hukum) dan yang terpenting tingkat keuntungannya sangat sedikit.

Heroin kualitas rendah yang di Indonesia dikenal sebagai putau, sudah mulai jauh berkurang. Hal ini disebabkan citra heroin sangat negatif, yaitu penyebab terjadinya penyakit hepatitis dan HIV dan tingginya tingkat kematian. Bahkan ada pengedar/bandar putau yang diusir dari kampung/desa karena telah meresahkan masyarakat. Saat ini relatif sulit mencari putau (hanya beredar di lokasi tertentu saja), karena ada alternatif zat bagi pengguna heroin sebelumnya yaitu subutex/subuxon atau methadone yang merupakan zat legal karena bagian dari program pengurangan risiko dari HIV/AIDS. Andaiapun penyalahguna mendapatkan putau, biasanya kualitas putau sangat buruk. Mereka lebih memilih memakai subutex/subuxon yang dicampur (remix) dengan dextro atau aploson (obat daftar G) dengan cara disuntik (inject). Efek "high" yang didapat jauh lebih baik dibandingkan kualitas putau saat ini. Akibatnya sangat disayangkan, ada banyak pengguna baru yang awalnya bukan pengguna heroin mengikuti jejak cara pengguna heroin.

Berbagai jenis barbiturat dan obat daftar G juga banyak beredar di kalangan penyalahguna narkoba. Jenis barbiturat dan obat daftar G yang dipakai relatif tidak seragam antar provinsi, misalkan di Sumatera Utara banyak beredar dextro, Di Yogyakarta banyak digunakan jenis camlet, Sumatera Utara banyak dipakai >>>>. Untuk mendapatkan obat-obat semacam ini seringkali mereka memalsukan resep dokter. Caranya mereka hanya sekali berobat, lalu setelah mendapatkan resep dokter, mereka akan scan resep tersebut untuk diperbanyak sehingga dapat membeli obat di apotik atau toko obat. Alternatif lainnya adalah membeli di pasar gelap.

### **9.3 Cara Transaksi Narkoba**

Ada berbagai modus cara transaksi narkoba, dimana modus tersebut akan semakin canggih seiring kemajuan teknologi. Tujuannya untuk mengurangi kontak secara langsung antara bandar, pengedar, dan pengguna. Cara tradisional adalah dengan bertemu secara langsung (face to face) antara pengedar/bandar dengan pengguna ketika melakukan transaksi. Metode tersebut mulai ditinggalkan, karena seringkali tertangkap tangan (digerebek) pihak aparat penegak hukum. Mereka menghindari pertemuan langsung untuk menghindari tertangkap tangan dengan barang bukti. Oleh karena itu, saat ini transaksi dengan menggunakan ATM Bank menjadi pilihan. Mereka diminta untuk mentrasfer sejumlah uang ke rekening tertentu, lalu bandar/pengedar akan mengirimkan narkoba sesuai pesanan, dimana tempat dan waktu penyerahan barang ditentukan pengedar/bandar. Mereka biasanya tidak mau bertemu secara langsung, tetapi melalui kurir, jasa pos, kernek/sopir antar kab/kota/provinsi, atau meletakkan barang pada suatu tempat di warung, rumah kosong, atau cafe. Model transaksi semacam ini dikenal dengan sistem ranjau atau ranting. Saat ini ada kecenderungan untuk melibatkan anak-anak SD atau SMP sebagai kurir narkoba. Mereka akan diberikan upah ketika barang telah diantar ke pembelinya. Pada akhirnya, ada beberapa anak yang menjadi pengguna narkoba, dan akhirnya menjadi pengedar juga untuk menutup kebutuhan sakau-nya.

### **9.4 Narkoba selalu tumbuh karena sumber bisnis yang “seksi”**

Bisnis narkoba merupakan bisnis besar yang melibatkan banyak jaringan sindikat. Jumlah uang yang beredar omzetnya sangat besar, jika diasumsikan itu senilai biaya konsumsi narkoba maka uang berputar di bisnis ini minimal Rp.17,5trilyun. Jumlah tersebut sangat besar oleh karena itu banyak orang yang tergiur di bisnis ini. Apalagi tingkat keuntungan yang dijanjikan sangat besar, ditingkat pengedar antara 40% sampai 100% dari modal tergantung jenis narkoba, misalkan shabu beli 1 gram sekitar 1,2 juta, maka setelah dijual per paket akan dihasilkan uang minimal Rp.2,2juta. Contoh lain, ganja di tingkat petani Rp.100ribu/kg, sampai dilewati mobil Rp.200ribu/kg, di perbatasan Aceh-Sumut menjadi Rp.600ribu/kg, di Medan Rp.800ribu/kg. Harga akan semakin mahal seiring dengan semakin jauh dari jarak sumber produksi ganja. Selain itu, harga juga dipengaruhi oleh dari orang ke berapa ganja tersebut

diperoleh. Penyalahguna narkoba juga seringkali menjadi pengedar narkoba dengan tujuan mendapatkan narkoba secara gratis untuk menutup rasa sakau-nya dan sedikit uang.

Di beberapa wilayah di Indonesia secara kasat mata bisa dijumpai kantong-kantong peredaran narkoba. Misalkan, kampung beting di Pontianak, Kampung Bali di Jakarta, Kampung Ambon di Medan, Kampung Kerung di Makassar, dan sebagainya. Di tempat-tempat tersebut para penyalahguna dapat secara bebas dan aman memakai narkoba di tempat terutama shabu. Di tempat tersebut telah disediakan ruangan dan alat nyambu (bong), sehingga tidak perlu khawatir digerebek oleh aparat penegak hukum. Masyarakat setempat seolah melindungi para bandar. Mereka akan memberitahu para bandar bila ada aparat penegak hukum yang datang mau mengerebek, sehingga seringkali tidak ditemukan barang bukti saat pengerebekan. Bahkan profesi bandar narkoba di kampung-kampung tersebut seolah sudah menjadi tradisi secara turun temurun.

Narkoba jenis ATS merupakan narkoba jenis sintetis yang dapat dibuat dari bahan-bahan kimia. Prosedur pembuatannya cukup mudah dan dapat dipelajari melalui internet. Satu dekade lalu, Indonesia hanya sebagai negara transit, namun sekarang sudah sebagai negara penghasil ATS. Data dari pihak POLRI dan BNN menunjukkan ada kecenderungan kenaikan jumlah laboratorium atau pabrik ATS dalam lima tahun terakhir. Pada tahun 2006 jumlah pabrik ATS yang berhasil dibongkar ada 12 kasus (4 besar, 8 kecil), namun di tahun 2010 meningkat menjadi 25 kasus (7 besar, 18 kecil). Kecenderungannya para pabrikan ATS membangun dengan skala kecil, agar dapat cepat berpindah. Lokasi pembangunan pabrik ATS yang dipilih dekat dengan para penyalahguna (demand), seperti lingkungan perumahan mewah atau apartemen yang agak rendah tingkat interaksi antar warganya dan sistem keamanan yang tidak rumit. Pembangunan pabrik ATS tidak hanya di Jakarta saja, tetapi telah menyebar ke berbagai ibukota provinsi seperti Surabaya, Medan, Batam, Pekanbaru, dan Bajarmasin. Bahkan di beberapa kabupaten/kota juga ditemukan seperti, di Jawa Timur ada Jepara, Tulung Agung, dan Banyuwangi. Di Luar Jawa di temukan di Maros (Sulsel).



#### **9.4 Narkoba di Penjara**

Peredaran narkoba cukup marak di dalam penjara, walaupun para bandar/pengedar telah ditangkap oleh para aparat penegak hukum, bukan berarti masalah telah selesai. Para tahanan narkoba (bandar) masih mampu mengendalikan bisnis narkobanya dari dalam penjara melalui kaki tangannya yang masih bebas. Komunikasi yang dilakukan melalui handphone atau saat melakukan kunjungan ke penjara (besuk).

Menurut informan mantan napi di Sumut, Kepri, Sulut, Sulsel, Bali, DIY, dan Kalbar diketahui ada banyak cara yang dilakukan bandar atau pemakai dalam upaya memasukkan narkoba ke dalam penjara. Modus operasi peredaran narkoba adalah 1) melalui tamu yang berkunjung/menjenguk baik orang dewasa atau istri-nya; 2) diselundupkan di bagian tertentu pada anak-anak dan bayi, misalkan dalam tempat makanan atau pempersnya saat besuk; 3) melalui makanan yang dikirimkan ke penjara; 4) ada juga oknum penjara yang bermain, dimana oknum petugas juga terlibat dalam supply narkoba ke dalam penjara.

Ada 2 jenis penjara di Indonesia, yaitu rumah tahanan dan lembaga pemasyarakatan. Rumah tahanan (rutan) merupakan titipan sementara selama tersangka belum dijatuhkan hukuman oleh pengadilan. Paling lama tersangka tinggal di rumah tahanan adalah 12 bulan. Sementara lembaga pemasyarakatan (LP) adalah tempat untuk menjalani masa hukuman sesuai dengan jatuhnya lama vonis hakim. Menurut para mantan napi dari sisi peredaran narkoba, peredaran narkoba di rutan sangat marak dan mudah untuk mendapatkannya. Mungkin karena tingkat pengawasannya lebih rendah dibandingkan dengan LP. Di LP sangat jauh lebih sulit mendapatkan narkoba. Jenis yang banyak beredar di penjara adalah shabu, karena jenis ini dianggap tidak terlalu berbahaya dibandingkan dengan putau.

## 10. KESIMPULAN

Temuan studi ini menyimpulkan adanya kenaikan jumlah penyalahguna narkoba dan kerugian biaya ekonomi penyalahgunaan narkoba. Jumlah penyalahguna narkoba meningkat dari 3,1-3,6 juta orang di tahun 2008 menjadi 3,7-4,7 juta orang di tahun 2011. Jika menggunakan angka prevalensi, terjadi kenaikan angka prevalensi penyalahgunaan narkoba setahun terakhir dari 1,9% menjadi 2,2% dari mereka yang berusia 10-59 tahun di Indonesia. Dari sejumlah penyalahguna tersebut, terdistribusi atas coba pakai (27%), teratur pakai (45%), pecandu suntik (2%), dan pecandu bukan suntik (27%). Menurut sasaran populasi, kebanyakan penyalahguna berasal dari kelompok pekerja (70%), kelompok pelajar/mahasiswa (22%), kelompok rumah tangga (6%), sedangkan sisanya terdistribusi ke wps dan anjal.

Lebih dari separuh responden berada pada kelompok umur 20-29 tahun, kecuali pecandu suntik. Pecandu suntik kebanyakan berumur 30-39 tahun (49%) yang mengindikasikan bahwa mereka bukan penyalahguna baru. Laki-laki memiliki proporsi terbanyak dibandingkan perempuan sebagai penyalahguna narkoba. Mereka yang berpendidikan tinggi paling banyak menyalahgunakan narkoba. Kebanyakan dari responden berstatus belum menikah, kecuali pada kelompok pecandu suntik. Dalam setahun terakhir jenis narkoba yang paling populer adalah ganja (64%) diikuti oleh shabu (38%), ekstasi (18%), heroin (13%), methadone (9%), subutex (8%), xanax (7%), dan pil koplo (4%). Pecandu suntik lebih banyak yang mengkonsumsi variasi jenis narkoba (poly drugs) dimana konsumsi heroin (40%) kalah banyak dibandingkan konsumsi ganja (56%) dan shabu (47%). Ini mengindikasikan suplai heroin dipasaran sangat sedikit sehingga penyalahguna mensubstitusi dengan narkoba jenis lain untuk menutup tingkat ketagihan agar tidak terjadi sakau. Kerugian biaya ekonomi narkoba diperkirakan sekitar Rp.48,2 triliun. Jumlah ini mengalami kenaikan dalam 3 tahun yang lalu masih di kisaran Rp.32,4 triliun.

Peredaran narkoba semakin marak dalam 3 tahun terakhir. Ini diindikasikan dari berbagai fakta dan data yang tangkapan kasus, hasil wawancara dengan informan kunci, dan konfirmasi ke berbagai pihak. Bahkan jenis ATS semakin populer dan telah mencapai daerah pedesaan.

Gambaran ini menggambarkan masih belum efektifnya upaya pencegahan dan penanggulangan yang dilakukan. Berbagai hambatan baik di tingkat legal dan kebijakan, kelembagaan maupun pelayanan membuat upaya tersebut tersendat. Dengan demikian perbaikan upaya pencegahan dan penanggulangan narkoba perlu dilakukan di berbagai tingkatan, mulai dari aspek legal dan kebijakan; kelembagaan, termasuk kolaborasi dan koordinasi antar sektor dan lembaga swadaya masyarakat; sampai akses, jangkauan dan kualitas pelayanan.

## 11. DAFTAR PUSTAKA

- Abdul-Quader, A.S., Heckathorn, D.D., McKnight, C., Bramson, H., Nemeth, C., Sabin, K., Gallagher, K. and Des Jarlais,,D.C. Effectiveness of Respondent-Driven Sampling for Recruiting Drug Users in New York City: Findings from a Pilot Study. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, Vol. 83, No. 3
- BNN & Puslitkes UI. *Stuid Baiaya Ekonomi dan Sosial Penyalahgunaan Narkoba Di Indonesia Tahun 2004*. Depok: Puslitkes UI, 2004.
- BNN & Puslitkes UI. *Survei Nasional Penyalahgunaan dan Peredaran Gelap Narkoba pada Kelompok Rumah Tangga di Indonesia Tahun 2005*. Depok: Puslitkes UI, 2005.
- BNN & Puslitkes UI. *Survei Nasional Penyalahgunaan dan Peredaran Gelap Narkoba pada Kelompok Pelajar dan Mahasiswa di Indonesia Tahun 2006*. Depok: Puslitkes UI, 2006.
- Broadhead, R. S., and Heckathorn, D. D. (1994). AIDS prevention outreach among injection drug users: Agency problems and new approaches. *Social Problems*, 41, 473–495.
- Broadhead, R. S., Heckathorn, D. D., Weakliem, D. L., Anthony, D. L., Madray, H., Mills, R. J., *et al.* (1998). Harnessing peer networks as an instrument for AIDS prevention: Results from a peer-driven intervention. *Public Health Reports*, 113(Suppl.1), 42–57.
- Collins And Lapsley (2004) Economic Costs Of Alcohol And Other Drugs In The Workplace, Section 3: Translating Research Into Practice
- Collins, D.J. & Lapsley, H.M. 2004. The Costs of Tobacco, Alcohol & Illicit Drug Abuse to Australian Society 2004/2005
- Collins, D.J. & Lapsley, H.M. 2004. The costs of tobacco, alcohol and illicit drug abuse to Australian society in 2004/2005
- Collins, D.J. and Lapsley, H.M. (1991). Estimating the economic costs of drug abuse. National Campaign Against Drug Abuse Monograph Series No. 15.
- Collins, D.J. and Lapsley, H.M. (1991). Estimating the economic costs of drug abuse. National Campaign Against Drug Abuse Monograph Series No. 15.
- Depdiknas. *Ikhtisar Data Pendidikan Nasional Tahun 2005/2006*. Badan Penelitian dan Pengembangan Pusat Statistik Pendidikan. 2006
- DSM IV-TR. Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, fourth edition text revision. <http://www.psychiatryonline.com/resourceTOC.aspx?resourceID=1>
- Eisner. R. 2005. Marijuana Abuse: Age of Initiation, Pleasure of Response Foreshadow Young Adult Outcomes in NIDA Research Findings vol. 19 no. 5.
- Frost, S.D.W., Brouwer, K.C., Firestone Cruz, M.A., Ramos, R., Ramos, M.E., Lozada, R.M., Magis-Rodriguez, C. and Strathdee, S.A. Respondent-Driven Sampling of Injection Drug Users in Two U.S.–Mexico Border Cities: Recruitment Dynamics and Impact on Estimates of HIV and Syphilis Prevalence. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, Vol. 83, No. 7
- Gordon, L., Tinsley, L., Godfrey, C., Parott, S. 2006. The economic and social costs of Class A drug use in England and Wales 2003/2004. Home Office Online Report 16/06

- Heckathorn DD, Semaan S, Broadhead RS, Hughes JJ. Extensions of respondent-driven sampling: a new approach to the study of injection drug users aged 18–25. *AIDS Behav.* 2002;6(1):55–67.
- Heckathorn DD. Respondent driven sampling, II. Deriving population estimates from Chain-referral samples of hidden populations. *Soc Probl.* 2002;49:11–34.
- Heckathorn, D. D., Broadhead, R. S., Anthony, D. L., and Weakliem, D. L. (1999). AIDS and social networks: Prevention through network mobilization. *Sociological Focus*, 32, 159–179.
- Heckathorn, D.D. 2007. Extensions of Respondent-Driven Sampling: Analyzing Continuous Variables and Controlling for Differential Recruitment. <http://www.respondentdrivensampling.org>
- Heckathorn, D.D. Respondent-Driven Sampling: A New Approach to the Study of Hidden Populations. *Social Probl.* 1997;Vol. 44 No.2.
- Joewana, S. 2004. Gangguan Mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif: penyalahgunaan napza/narkoba. Ed.2. Jakarta: EGC
- Johnston, L.G., Khanam, R., Reza, M., Khan, S.I., Banu, S., Shah Alam, Rahman, M., Azim, T. The Effectiveness of Respondent Driven Sampling for Recruiting Males Who have Sex with Males in Dhaka, Bangladesh. *AIDS Behav* (2008) 12:294–304
- Johnston, L.G., Sabin, K., Hien, M.T. and Huong, P.T. Assessment of Respondent Driven Sampling for Recruiting Female Sex Workers in Two Vietnamese Cities: Reaching the Unseen Sex Worker *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, Vol. 83, No. 7
- Kandel, Denise, The Measurement of "Ever Use" and "Frequency-Quantity" (in Drug Use Surveys), pp. 27-35, NIDA, Research Monograph Series 2, Operational Definition in Socio-behavioural Drug Use Research, Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse
- Kopp, P. & Blanchard, N. 1997. Social costs of drug use in France.
- Meyer Roger E Different Patterns of Drug Use, pp. 17-24, NIDA, Research Monograph Series 2, Operational Definition in Socio-behavioural Drug Use Research, Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse
- Office of National Drug Control Policy. 2004. The Economic Costs of Drug Abuse in the United States, 1992-2002. Washington, DC: Executive Office of the President (Publication No. 207303). <http://www.whitehousedrugpolicy.gov>
- Predicting Heavy Drug Use: Results of a Longitudinal Study, Youth Characteristics Describing and Predicting Heavy Drug Use by Adults. Published February 2004. Office of National Drug Control Policy. [www.whitehousedrugpolicy.gov/publications/predict\\_drug\\_use/intro.pdf](http://www.whitehousedrugpolicy.gov/publications/predict_drug_use/intro.pdf)
- Ramirez-Valles, J., Heckathorn, D.D., V´azquez, R., Diaz, R.M. and Campbell, R.T. From Networks to Populations: The Development and Application of Respondent-Driven Sampling Among IDUs and Latino Gay Men. *AIDS and Behavior*, Vol. 9, No. 4, December 2005
- Rehm, J., Baliunas, D., Brochu, S., Fischer, B., Gnam, W., Patra, J., Popova, S., Sarnocinska-Hart, A., Taylor, B. 2006. The Cost of Substance Abuse in Canada 2002

- Ritter, C. & Anthony, J.C. 1991. Factors influencing initiation of cocaine use among adults : Findings from the epidemiologic Caatchment Area Program.  
In S. Schober & C. Shade (Eds.), *The An Epidemiology of cocaine use and abuse* pp. 189-210, NIDA Research Monograph 110, DHHS Publication ADM 91-1787, Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse
- Robson, L. & Single, E.1995. Literatur review on the economic costs of substance abuse. A report of the Canadian Centre on Substance Abuse
- Salganik MJ, Heckathorn DD. Sampling and estimation in hidden populations using respondent-driven sampling. *Sociol Methodol.* 2004;34:193–239.
- Schauffler, Et All (2001). Medicaid Coverage For Tobacco-Dependence Treatments, *Health Affairs*, 20(1).
- Single, E., Collins, D., Easton, B., Harwood, H., Lapsley, H., Kopp, P. dan Wilson, E. 2001. International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse—2001 Edition Substance Abuse and Mental Health Administration, *National and State Estimates of the Drug Abuse Treatment Gap: 2000 National Household Survey on Drug Abuse*, Appendix A, DHHS, 2002.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. 2008. *Results from the 2007 National Survey on Drug Use and Health: National Findings* (Office of Applied Studies, NSDUH Series H-34, DHHS Publication No. SMA 08-4343). Rockville, MD.
- Todorov, AA., MT Lynskey, JD Grant, JF Scherrer, RD Todd, KK Bucholz (2006). “Psychiatric comorbidity and progression in drug use in adult Male twins: implications for the design of genetic association studies”. *Addictive Behaviour* 31 (2006): 948-961
- Wang J, Carlson RG, Falck RS, Siegal HA Rahman A, Li L. Respondent-driven sampling to recruit MDMA users: a methodological assessment. *Drug Alcohol Depend.* 2005; 78:147–157
- What America's Users Spend on Illegal Drugs1988–2000. Published December 2001. Office of National Drug Control Policy.  
[www.whitehousedrugpolicy.gov/publications/pdf/american\\_users\\_spend\\_2002.pdf](http://www.whitehousedrugpolicy.gov/publications/pdf/american_users_spend_2002.pdf)  
[www.datastatistik-indonesia.com](http://www.datastatistik-indonesia.com)
- [www.nisn.diknas.go.id](http://www.nisn.diknas.go.id) – Data rekap nasional.
- [World drug report 2007. United Nations on Drugs and Crime.](http://www.unodc.org/pdf/gap/trs-6.ppt-2007-06-05)  
<http://www.unodc.org/pdf/gap/trs-6.ppt-2007-06-05>
- World Drug Report 2008. <http://www.unodc.org>

## 12. LAMPIRAN

Tabel 12-1 Lampiran

	Coba pakai		teratur pakai		pecandu suntik		pecandu bukan suntik		% prevalensi
	Minimal	maksimal	Minimal	maksimal	Minimal	maksimal	Minimal	maksimal	
DKI Jakarta	140,923	171,952	221,590	269,405	9,541	11,534	131,808	165,689	7.0
Jawa Barat	204,941	250,816	336,721	430,869	12,001	14,813	199,187	264,437	2.5
Banten	37,561	47,915	67,133	91,192	2,125	2,646	41,956	59,711	2.1
Jawa Tengah	119,531	145,068	200,177	256,847	6,963	8,298	118,386	158,837	1.9
DI Yogyakarta	21,843	27,414	31,670	40,384	1,414	1,717	18,638	24,822	2.8
Jawa Timur	140,485	174,247	252,096	325,186	9,076	11,144	142,468	187,085	2.0
NAD	19,624	24,583	25,400	31,839	1,016	1,235	15,303	19,918	2.0
Sumatera Utara	80,430	97,961	119,140	148,727	4,937	6,084	65,133	83,679	3.0
Sumatera Barat	14,548	18,442	20,465	26,465	891	1,069	12,189	16,472	1.4
Riau	19,989	24,809	33,344	44,573	1,396	1,631	21,854	30,164	2.1
Kep. Riau	11,854	15,080	20,716	28,406	810	972	14,092	19,847	4.3
Jambi	8,726	11,134	14,022	19,302	501	592	8,832	12,593	1.5
Sumatera Selatan	22,457	27,241	35,775	44,724	1,422	1,674	21,964	28,141	1.5
Bangka Belitung	3,301	4,407	5,792	8,334	213	263	3,919	5,780	1.6
Bengkulu	4,787	6,028	6,962	9,289	300	358	4,270	5,919	1.4
Lampung	13,952	16,772	21,890	27,430	921	1,092	12,733	16,422	0.9
Kalimantan Barat	14,725	17,898	23,061	29,983	892	1,044	13,983	18,847	1.7
Kalimantan Tengah	7,375	8,887	11,870	15,329	487	561	7,302	9,766	1.8
Kalimantan Selatan	11,125	13,872	18,420	24,579	673	799	11,054	15,353	1.7
Kalimantan Timur	19,144	23,621	35,512	46,468	1,122	1,372	19,758	26,437	3.1
Sulawesi Utara	10,363	12,863	15,333	19,380	635	804	8,189	10,473	2.1
Gorontalo	2,999	3,650	4,385	5,351	194	234	2,446	3,035	1.4
Sulawesi Tengah	9,846	12,251	15,008	19,227	548	682	7,785	9,786	1.8
Sulawesi Selatan	35,371	43,430	49,679	60,331	1,875	2,324	25,405	30,473	1.9
Sulawesi Barat	4,025	5,158	6,248	8,237	275	379	3,199	4,126	1.8
Sulawesi Tenggara	5,598	6,921	7,678	9,686	378	482	4,054	5,030	1.2
Maluku	6,036	7,203	8,249	9,931	365	431	4,706	5,808	1.9
Maluku Utara	3,418	4,172	4,906	6,335	183	217	2,824	3,777	1.7
Bali	14,430	17,678	22,503	28,331	840	994	12,780	16,731	1.8
NTB	11,288	13,997	16,908	21,148	442	522	9,693	12,554	1.2
NTT	12,492	14,955	17,342	20,754	380	459	8,520	10,018	1.2
Papua	4,795	5,856	6,914	8,567	248	301	3,789	4,657	0.8
Papua Barat	2,289	2,746	3,194	3,877	124	146	1,827	2,282	1.4
Total	1,040,267	1,279,030	1,680,105	2,140,484	63,190	76,872	980,047	1,288,668	2.2

**Tabel 12-2****Total kerugian biaya ekonomi narkoba menurut komponen biaya dan provinsi, 2011**  
(satuan dalam milyar rupiah)

Provinsi	Direct cost	Indirect cost	Total cost
DKI Jakarta	6,461	1,129	7,591
Jawa Barat	7,514	470	7,984
Banten	1,619	213	1,832
Jawa Tengah	4,920	182	5,102
Yogyakarta	785	79	864
Jawa Timur	8,979	619	9,597
NAD	481	86	567
Sumatera Utara	2,917	200	3,117
Sumatera Barat	436	45	481
Riau	667	74	740
Kep. Riau	564	41	605
Jambi	258	25	283
Sumatera Selatan	699	76	775
Bangka Belitung	110	11	121
Bengkulu	125	12	137
Lampung	487	55	542
Kalimantan Barat	706	23	729
Kalimantan Tengah	322	17	338
Kalimantan Selatan	436	23	459
Kalimantan Timur	913	44	957
Sulawesi Utara	422	19	441
Gorontalo	129	6	135
Sulawesi Tengah	417	22	439
Sulawesi Selatan	1,774	132	1,906
Sulawesi Barat	158	11	169
Sulawesi Tenggara	156	11	167
Ambon	178	15	193
Maluku Utara	68	8	76
Bali	852	55	907
NTB	367	26	393
NTT	371	48	419
Papua	114	31	145
Irian Jaya Barat	56	9	65
Total	44,462	3,816	48,278



**Tabel 12-3 Distribusi Kerugian Biaya Ekonomi Akibat Narkoba menurut komponen biaya individual menurut provinsi, 2011  
(satuan dalam milyar rupiah)**

Provinsi	Konsumsi Narkoba	Pengobatan sakit	Overdosis	Detok & Rehabilitasi	Pengobatan Se	Kecelakaan	Urusan dng pen	Penjara	Aktivitas Terg	Total
DKI Jakarta	2,273.5	1,053.7	20.5	264.8	83.7	792.0	1,500.9	304.2	167.8	6,461.2
Jawa Barat	2,325.6	1,041.8	35.4	196.5	90.9	653.8	2,451.6	527.6	190.9	7,514.2
Banten	581.2	246.1	6.5	65.8	21.1	114.7	437.2	104.2	41.7	1,618.5
Jawa Tengah	1,796.0	738.6	20.1	197.3	61.0	348.9	1,319.6	312.3	126.6	4,920.3
Yogyakarta	314.8	191.8	2.4	40.3	7.6	35.0	148.3	32.7	12.4	785.2
Jawa Timur	3,299.8	1,247.6	26.7	406.8	89.3	345.9	2,741.9	659.5	161.1	8,978.6
NAD	240.2	86.6	3.6	4.7	13.3	19.4	67.8	35.1	10.4	481.3
Sumatera Utara	1,556.5	368.7	20.7	29.9	132.9	115.8	435.5	208.8	48.6	2,917.3
Sumatera Barat	239.1	71.7	2.9	3.9	10.9	15.5	54.9	28.5	8.6	436.1
Riau	338.7	121.7	4.9	6.5	18.1	25.0	90.5	47.2	14.3	666.8
Kep. Riau	215.6	117.2	4.7	4.8	9.6	11.3	146.6	39.9	14.2	564.0
Jambi	123.8	48.8	2.0	2.7	7.4	10.6	37.5	19.5	5.8	258.2
Sumatera Selatan	370.7	89.9	3.4	6.9	20.0	44.7	104.6	33.9	25.4	699.4
Bangka Belitung	52.5	21.1	0.9	1.1	3.2	4.5	16.0	8.3	2.5	110.0
Bengkulu	61.4	22.6	1.0	1.3	3.5	5.3	18.2	9.4	2.8	125.4
Lampung	324.5	70.4	2.1	4.4	9.2	10.7	32.9	25.4	7.4	487.1
Kalimantan Barat	297.4	136.4	2.3	8.9	137.7	7.9	74.8	25.6	15.0	705.9
Kalimantan Tengah	160.5	48.4	1.2	4.3	36.9	9.8	40.9	10.6	9.1	321.7
Kalimantan Selatan	234.3	63.9	1.8	5.5	37.6	12.7	55.8	12.2	12.0	435.7
Kalimantan Timur	502.3	97.1	4.4	12.8	64.4	42.4	108.4	55.1	26.0	913.0
Sulawesi Utara	225.3	60.9	1.9	3.5	2.9	17.7	85.8	17.6	6.2	421.8
Gorontalo	56.3	28.0	0.8	1.0	0.6	5.5	25.4	8.0	3.0	128.6
Sulawesi Tengah	192.4	83.8	2.5	3.2	2.0	17.8	82.7	23.4	9.1	416.8
Sulawesi Selatan	689.1	222.4	7.2	16.7	5.7	61.7	530.1	205.9	35.3	1,774.1
Sulawesi Barat	65.0	34.4	1.0	1.3	0.8	7.4	34.6	9.5	3.8	157.9
Sulawesi Tenggara	81.2	19.0	2.3	1.7	0.6	11.4	23.9	10.7	5.7	156.5
Ambon	50.0	52.4	2.8	2.6	6.1	7.5	38.2	13.6	4.7	177.9
Maluku Utara	20.3	14.2	0.9	1.5	1.6	3.4	18.3	6.2	1.6	67.8
Bali	500.0	119.6	7.6	18.4	12.7	35.4	104.1	42.7	11.6	851.9
NTB	157.9	61.9	4.6	7.5	8.1	15.2	70.2	34.7	7.4	367.4
NTT	137.6	68.1	4.3	7.4	8.9	16.5	79.6	40.0	8.3	370.8
Jayapura	41.6	23.1	1.0	2.1	1.5	7.4	28.4	7.1	2.1	114.4
Irian Jaya Barat	17.8	12.4	0.7	1.0	1.3	2.6	14.7	4.4	1.2	56.1
<b>Total</b>	<b>17,542.8</b>	<b>6,684.2</b>	<b>204.9</b>	<b>1,337.0</b>	<b>911.4</b>	<b>2,835.6</b>	<b>11,019.7</b>	<b>2,923.7</b>	<b>1,002.7</b>	<b>44,462.0</b>

**Tabel 12-4 Distribusi Kerugian Biaya Ekonomi Akibat Narkoba menurut komponen biaya sosial menurut provinsi, 2011  
(satuan dalam milyar rupiah)**

	<i>Loss productivity</i>								Tindak	Total
	Sakit	Overdosis	Detok &	Kecelakaan	Tertangkap Pc	Penjara	Premature Dea	Kriminal		
DKI Jakarta	7.4	0.2	3.4	4.2	0.6	25.6	10.4	1,077.7	1,129.5	
Jawa Barat	5.2	0.3	1.9	5.5	1.2	50.6	16.9	388.4	469.8	
Banten	1.7	0.0	0.7	0.8	0.2	8.2	3.0	198.6	213.3	
Jawa Tengah	5.2	0.1	2.1	2.5	0.5	24.7	9.1	137.9	182.1	
Yogyakarta	0.7	0.0	0.3	0.6	0.1	2.5	1.0	73.5	78.7	
Jawa Timur	5.6	0.2	2.6	1.6	0.7	45.6	18.9	543.5	618.7	
NAD	0.3	0.0	0.1	0.2	0.1	2.2	0.5	82.1	85.6	
Sumatera Utara	2.0	0.1	0.7	1.7	0.2	9.1	3.0	183.2	199.9	
Sumatera Barat	0.3	0.0	0.1	0.2	0.0	1.8	0.4	42.1	44.9	
Riau	0.5	0.0	0.1	0.3	0.1	3.0	0.6	68.9	73.6	
Kep. Riau	0.4	0.0	0.1	0.2	0.1	2.2	1.0	36.5	40.6	
Jambi	0.2	0.0	0.0	0.1	0.0	1.2	0.3	22.8	24.8	
Sumatera Selatan	0.8	0.0	0.1	0.4	0.1	2.7	0.7	70.8	75.6	
Bangka Belitung	0.1	0.0	0.0	0.1	0.0	0.5	0.1	9.8	10.7	
Bengkulu	0.1	0.0	0.0	0.1	0.0	0.6	0.1	10.9	11.8	
Lampung	0.3	0.0	0.1	0.2	0.0	2.1	0.2	52.1	55.1	
Kalimantan Barat	0.5	0.0	0.1	0.2	0.1	2.0	0.5	19.7	23.1	
Kalimantan Tengah	0.2	0.0	0.0	0.2	0.0	0.7	0.3	15.1	16.6	
Kalimantan Selatan	0.3	0.0	0.0	0.2	0.0	0.9	0.4	21.4	23.2	
Kalimantan Timur	0.5	0.0	0.1	0.5	0.2	1.7	0.7	40.4	44.1	
Sulawesi Utara	0.2	0.0	0.0	0.3	0.0	1.0	0.6	17.3	19.5	
Gorontalo	0.1	0.0	0.0	0.1	0.0	0.5	0.2	5.0	5.9	
Sulawesi Tengah	0.3	0.0	0.1	0.2	0.0	1.7	0.6	19.5	22.4	
Sulawesi Selatan	1.1	0.0	0.2	0.7	0.1	13.3	3.7	113.2	132.3	
Sulawesi Barat	0.1	0.0	0.0	0.1	0.0	0.7	0.2	10.1	11.3	
Sulawesi Tenggara	0.1	0.0	0.0	0.2	0.0	0.7	0.2	9.7	11.0	
Ambon	0.2	0.0	0.0	0.1	0.0	0.7	0.3	13.5	14.8	
Maluku Utara	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.1	7.9	8.4	
Bali	0.6	0.0	0.1	0.6	0.1	3.6	0.6	49.4	55.0	
NTB	0.3	0.0	0.1	0.4	0.0	2.6	0.4	21.9	25.8	
NTT	0.4	0.0	0.1	0.5	0.0	3.0	0.5	43.6	48.1	
Jayapura	0.1	0.0	0.0	0.1	0.0	0.3	0.2	30.0	30.7	
Irian Jaya Barat	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.1	8.6	9.0	
<b>Total</b>	<b>35.8</b>	<b>1.4</b>	<b>13.4</b>	<b>23.2</b>	<b>4.7</b>	<b>216.3</b>	<b>76.0</b>	<b>3,445.3</b>	<b>3,816.0</b>	

