

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab ini membahas mengenai pengertian tentang konsep-konsep tentang Paradigma, Implementasi, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), Pencegahan Narkoba dan HIV/AIDS, Narkoba; HIV/AIDS; Kajian Pustaka dan Paradigma Penelitian.

2.1. Pengertian tentang Paradigma

Menurut Ife dan Tesoriero (2008:80-81), paradigma adalah suatu himpunan asumsi, gagasan, pengertian dan nilai (biasanya tidak dinyatakan) yang menentapkan aturan-aturan tentang apa yang relevan dan tidak relevan; pertanyaan apa yang harus dan yang tidak seharusnya ditanyakan; pengetahuan yang apa yang dilihat sebagai sah; dan praktik apa yang dapat diterima.

Penerimaan atas sebuah paradigma biasanya merupakan konsensus yang tidak dinyatakan dan seringkali tidak disadari. Sebagai contoh, paradigma dalam penelitian dan praktik ilmiah menerima secara obyektif fenomena yang terukur dan dapat diperiksa sebagai objek-objek untuk pengkajian, tetapi menolak fenomena yang tidak dapat dicirikan. Paradigmalah yang mendefinisikan mana pengetahuan dan kegiatan yang benar atau salah.

Menurut Moleong (2000:8), paradigma dapat diartikan sebagai suatu kumpulan konsep yang secara logis dapat mengarahkan cara berpikir dan cara penelitian yang dilakukan seseorang. Sedang menurut Capra (1982), Paradigma juga dapat berarti pandangan dunia yang di dalamnya teori, praktik, pengetahuan, ilmu pengetahuan, tindakan dan seterusnya dikonseptualisasikan.

Berkaitan dengan Penelitian ini, yang dimaksudkan dengan perbedaan paradigma implementasi pencegahan Narkoba dan HIV/AIDS adalah suatu gambaran yang mendasar mengenai sudut pandang (perspektif) dalam pendekatan pencegahan Narkoba dan HIV/AIDS yang dipilih oleh Pemerintah atau NGO yang melekat didalamnya pola pikir, pola sikap dan pola tindak.

Dalam paradigma pencegahan Narkoba dan HIV/AIDS yang dimaksud dalam penelitian ini yaitu Pendekatan Yuridis Formal oleh BNN, Pendekatan Kesehatan oleh KPA dan Pendekatan Sosial Kemasyarakatan atau berbasis masyarakat oleh YPI Kambal. Misalnya, BNN yang dibentuk berdasarkan amanah UU tentang Narkotika, dalam dasar-dasar kebijakannya dan strategi programnya akan melakukan pencegahan dan pemberantasan penyalahgunaan dan peredaran gelap Narkotika. Akibatnya ketika terjadi kasus pecandu menggunakan Heroin maka dianggap melanggar hukum.

2.2. Pengertian tentang Implementasi

Menurut Pressman dan Wildavsky (dalam Nugroho, 2004 : 130), implementasi diartikan sebagai interaksi antara penyusunan tujuan dengan sarana-sarana tindakan dalam mencapai tujuan tersebut, atau kemampuan untuk menghubungkan antara yang diinginkan dengan cara untuk mencapainya. Berkaitan dengan implementasi dalam konteks ini adalah implementasi kebijakan.

Menurut Tangkilisan (2003:17-18) implementasi kebijakan merupakan rangkaian kegiatan setelah suatu kebijakan dirumuskan. Tanpa suatu implementasi maka suatu kebijakan yang telah dirumuskan akan sia-sia belaka. Oleh karena itulah implementasi kebijakan memiliki kedudukan yang penting dalam kebijakan publik.

Menurut Nugroho (2004:158-159), implementasi kebijakan pada prinsipnya adalah cara agar sebuah kebijakan dapat mencapai tujuannya. Tidak lebih dan tidak kurang. Untuk mengimplementasikan kebijakan publik, maka ada dua pilihan langkah yang ada, yaitu langsung mengimplementasikan dalam bentuk program-program atau melalui formulasi kebijakan dengan derivat atau turunan dari kebijakan publik tersebut. Kebijakan publik dalam bentuk Undang-undang (UU) atau Peraturan Daerah (Perda) adalah jenis kebijakan publik yang memerlukan kebijakan publik penjelas atau yang sering diistilahkan sebagai peraturan pelaksanaan. Sedang kebijakan publik yang bisa langsung operasional adalah Keputusan Presiden, Instruksi Presiden, Keputusan Menteri, Keputusan Kepala Daerah, Keputusan Kepala Dinas, dan lainnya. Bila dikaitkan dengan manajemen, maka implementasi kebijakan di dalam kerangka *organizing*,

leading-controlling, artinya jika kebijakan sudah dibuat maka tugas selanjutnya adalah mengorganisasikan, melaksanakan, kepemimpinan untuk memimpin pelaksanaan dan melakukan pengendalian pelaksanaan tersebut.

Selanjutnya, Dwidjowijoto (2003) memperkenalkan *top-downed* pemetaan implementasi kebijakan dengan memperkenalkan model pemetaan versus *bottom-upper* terhadap mekanisme pasar versus mekanisme paksa. Model mekanisme paksa adalah model yang mengedepankan arti penting lembaga publik sebagai lembaga tunggal yang mempunyai monopoli atas mekanisme paksa dalam negara—di sini tidak ada mekanisme insentif bagi yang menjalankannya, namun ada sanksi bagi yang menolak untuk melaksanakan atau melanggarnya.

Model mekanisme pasar adalah model yang mengedepankan mekanisme insentif bagi yang menjalankannya, dan bagi yang tidak menjalankannya tidak mendapatkan sanksi, namun tidak mendapatkan insentif. Ada sanksi bagi yang menolak untuk melaksanakan atau melanggarnya. Secara matematis, model ini disebut "Zero Plus Model", yang ada hanya nilai "nol" dan "plus". Di antaranya ada kebijakan yang memberikan insentif di satu kutub dan memberikan sanksi di kutub lain. Model "top down" adalah pola yang dikerjakan oleh pemerintah untuk rakyat, di sini partisipasi lebih berbentuk mobilisasi. Sebaliknya, "bottom-up" bermakna meskipun kebijakan dibuat oleh pemerintah, namun pelaksanaan oleh rakyat. Di antara kedua kutub ini ada interaksi pelaksanaan antara pemerintah dan masyarakat.

Setelah mengetahui model-model implementasi kebijakan, masalah penting adalah *model mana yang terbaik yang hendak dipakai?* Jawabannya adalah *tidak ada model yang terbaik*. Setiap jenis kebijakan publik memerlukan model implementasi kebijakan yang berlainan. Ada kebijakan publik yang perlu diimplementasikan secara *top-down*, seperti kebijakan antiterorisme. Kebijakan-kebijakan yang bersifat *top-downer* adalah kebijakan yang bersifat sangat strategis dan berhubungan dengan keselamatan negara, berbeda dengan kebijakan yang lebih efektif jika diimplementasikan secara *bottom-upper*, yang biasanya berkenaan dengan hal-hal yang tidak secara langsung berkenaan dengan *national security*, seperti kebijakan kontrasepsi (KB), padi varietas

unggul, pengembangan ekonomi nelayan, dan sejenisnya. Namun, sebenarnya, pilihan yang paling efektif adalah jika kita bisa membuat kombinasi

Menurut Riant (2006: 137-138), ada "empat tepat" yang perlu dipenuhi dalam hal keefektifan implementasi kebijakan. *Tepat Pertama*, adalah apakah kebijakannya sendiri sudah tepat. Ketepatan kebijakan ini dinilai dari sejauh mana kebijakan yang ada telah bermuatan hal-hal yang memang memecahkan masalah yang hendak dipecahkan. Pertanyaannya adalah *how excellent is the policy*. Sisi kedua dari kebijakan adalah apakah kebijakan tersebut sudah dirumuskan sesuai dengan karakter masalah yang hendak dipecahkan. Sisi ketiga adalah, apakah kebijakan dibuat oleh lembaga yang mempunyai kewenangan (misi kelembagaan) yang sesuai dengan karakter kebijakannya.

"*Tepat*" yang kedua adalah "tepat pelaksanaannya". Aktor implementasi kebijakan tidaklah hanya pemerintah. Ada tiga lembaga yang dapat menjadi pelaksana, yaitu pemerintah, kerja sama antara pemerintah-masyarakat/swasta, atau implementasi kebijakan yang diswastakan (*privatization atau contracting out*). Kebijakan-kebijakan yang bersifat monopoli, seperti kartu identitas penduduk, atau mempunyai derajat politik keamanan yang tinggi, seperti pertahanan dan keamanan, sebaiknya diselenggarakan oleh pemerintah. Kebijakan yang bersifat memberdayakan masyarakat, seperti penanggulangan kemiskinan, sebaiknya diselenggarakan pemerintah bersama masyarakat. Kebijakan yang bertujuan mengarahkan kegiatan masyarakat, seperti bagaimana perusahaan harus dikelola, atau jika pemerintah tidak efektif menyelenggarakannya sendiri, seperti pembangunan industri-industri berskala menengah dan kecil yang tidak strategis, sebaiknya diserahkan kepada masyarakat.

"*Tepat*" ketiga adalah "tepat target". Ketepatan berkenaan dengan tiga hal; (1) Apakah target yang diintervensi sesuai dengan yang direncanakan, apakah tidak ada tumpang tindih dengan intervensi lain, atau tidak bertentangan dengan intervensi kebijakan lain. Di Indonesia kebijakan untuk income generating diwarnai dengan banyaknya kebijakan pemberian kredit bersubsidi oleh berbagai departemen yang akhirnya overlapping dan saling mematikan di lapangan; (2) Apakah targetnya dalam kondisi siap untuk diintervensi, ataukah tidak. Kesiapan

bukan saja dalam arti secara alami, namun juga apakah kondisi target ada dalam konflik atau harmoni, dan apakah kondisi target dan kondisi mendukung atau menolak; dan (3) Apakah intervensi implementasi kebijakan bersifat baru atau memperbarui implementasi kebijakan sebelumnya. Terlalu banyak kebijakan yang tampaknya baru, namun pada prinsipnya mengulang kebijakan lama dengan hasil yang sama tidak efektifnya dengan kebijakan sebelumnya.

"Tepat" *keempat* adalah "tepat lingkungan". Ada dua lingkungan yang paling menentukan, yaitu lingkungan kebijakan, yaitu interaksi di antara lembaga perumus kebijakan dan pelaksana kebijakan dan lembaga lain yang terkait. Donald J. Calista (dalam Stuart S. Nigels, ed., 1994), menyebutkan sebagai variabel endogen, yaitu *authoritative arrangement* yang berkenaan dengan kekuatan sumber otoritas dari kebijakan, *network composition* yang berkenaan dengan komposisi jejaring dari berbagai organisasi yang terlibat dengan kebijakan, baik dari pemerintah maupun masyarakat, dan *implementation setting* yang berkenaan dengan posisi tawar-menawar antara otoritas yang mengeluarkan kebijakan dengan jejaring yang berkenaan dengan implementasi kebijakan.

Lingkungan kedua adalah lingkungan eksternal kebijakan yang disebut Calista sebagai variabel eksogen yang terdiri atas *public opinion*, yaitu persepsi publik akan kebijakan dan implementasi kebijakan, *interpretive institutions* yang berkenaan dengan interpretasi dari lembaga-lembaga strategis dalam masyarakat, seperti media massa, kelompok penekan, dan kelompok kepentingan, dalam menginterpretasikan kebijakan dan implementasi kebijakan, dan *individuals*, yakni individu-individu tertentu yang mampu memainkan peran penting dalam menginterpretasikan kebijakan dan implementasi kebijakan.

Peters (dalam Tangkilisan, 2003:22), mengatakan bahwa implementasi kebijakan yang gagal disebabkan beberapa faktor : (1) Informasi, kekurangan informasi dengan mudah mengakibatkan adanya gambaran yang kurang tepat baik kepada obyek kebijakan maupun kepada para pelaksana dari isi kebijakan yang akan dilaksanakannya dan hasil-hasil dari kebijakan itu; (2) Isi kebijakan. Implementasi dapat gagal karena masih samarnya isi atau tujuan kebijakan atau ketidaktepatan atau ketidaktegasan intern atau ekstern atau kebijakan itu sendiri,

menunjukkan adanya kekurangan yang sangat berarti atau adanya kekuarangan yang menyangkut sumber daya pembantu; (3) Dukungan, Implementasi kebijakan publik akan sangat sulit bila pada pelaksanaannya tidak cukup dukungan untuk kebijakan tersebut; dan (4) Pembagian potensi. Hal ini terkait dengan pembagian potensi diantaranya para actor implementasi dan juga mengenai organisasi pelaksana dalam kaitannya dengan diferensiasi tugas dan wewenang.

Sedangkan menurut Model Richard Elmore (dalam Riant, 2006:134), model ini dimulai dari mengidentifikasi jaringan aktor yang terlibat dalam proses pelayanan dan menanyakan kepada mereka tentang tujuan, strategi, aktivitas, dan kontak-kontak yang mereka miliki. Model implementasi ini didasarkan pada jenis kebijakan publik yang mendorong masyarakat untuk mengerjakan sendiri implementasi kebijakannya atau masih melibatkan pejabat pemerintah, namun hanya di tataran rendah. Oleh karena itu, kebijakan yang dibuat harus sesuai dengan harapan, keinginan, publik yang menjadi target atau kliennya, dan sesuai pula dengan pejabat eselon rendah yang menjadi pelaksananya. Kebijakan model ini biasanya diprakarsai oleh masyarakat, baik secara langsung maupun melalui lembaga-lembaga nirlaba kemasyarakatan (LSM).

2.3. Pengertian Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM)

Penggunaan konsep LSM dalam penelitian disebabkan karena YPI Kambal dalam pendiriannya adalah sebuah LSM yang dibentuk oleh masyarakat Kampung Bali yang difasilitasi oleh Yayasan Pelita Ilmu, dimana subyek dan obyek kegiatannya terfokus pada pemecahan masalah pencegahan Narkoba dan HIV/AIDS di Kampung Bali. Konsep LSM ini dipakai untuk membahas eksistensi atau keswadayaan LSM itu ditengah perbedaan paradigma implementasi pencegahan Narkoba dan HIV/AIDS dengan pemerintah.

Menurut Kaji F. Jalal (1999: 5), LSM (Lembaga Swadaya Masyarakat) adalah organisasi swasta yang secara umum bebas dari intervensi pemerintah. Ia didirikan dengan sebuah idealisme untuk memberikan perhatian terhadap isu-isu sosial, kemanusiaan, perbaikan kesejahteraan kelompok marjinal, perlawanan terhadap kesenjangan dan kemiskinan, perlindungan lingkungan atau sumber daya alam, manajemen dan pengembangan sumber daya manusia.

LSM lahir dalam konteks untuk mengimbangi peran dominatif negara. Tujuannya adalah untuk menjadi sparring partner pemerintah secara kritis dan memberdayakan masyarakat agar mereka memiliki kekuatan dalam bernegosiasi dan berjaringan guna menentukan masa depannya sendiri. Tidak jarang peran LSM cenderung menjadi radikal dan galak terhadap pemerintah lantaran kebijakan pembangunannya yang dianggap elitis.

Peran LSM sering kali menjadi tumpuan dan harapan masyarakat yang hak-hak sosial politik dan ekonominya terampas. Sebaliknya, LSM tidak didirikan dengan tujuan untuk mendapatkan uang atau material. Jika ada LSM yang proses pendiriannya dimotivasi oleh tujuan-tujuan material, maka ia telah menyalahi kodratnya sebagai LSM.

Sedang menurut Toth Magdolna Nagy, et. all (dalam Zubaidi, 2007 : 45), sebagian kalangan memahami LSM sebagai kumpulan warga akar rumput yang aktivitasnya dilakukan secara terorganisasi untuk mengkritisi proyek-proyek pemerintah. Sebagian kalangan yang lain memahami LSM sebagai kumpulan para ahli yang memberi saran kepada pemerintah tentang suatu masalah secara netral, atau koalisi dari perwakilan kalangan industri yang menyampaikan pemikirannya kepada pemerintah.

Dilihat dari jenis dan kategorinya, secara garis besar LSM Organisasi Non Pemerintah (Ornop) dapat di kategorikan sebagai berikut: (1) *Organisasi donor*, adalah organisasi non pemerintah yang memberikan dukungan biaya bagi kegiatan ornop lain; (2) *Organisasi mitra pemerintah*, adalah ornop yang melakukan kegiatan dengan bermitra dengan pemerintah dalam menjalankan kegiatannya; (3) *Organisasi profesional*, adalah ornop yang melakukan kegiatan berdasarkan kemampuan profesional tertentu seperti ornop pendidikan, ornop bantuan hukum, ornop jurnalisme, ornop kesehatan, ornop pengembangan ekonomi dll; dan (4) *Organisasi oposisi*, adalah organisasi non pemerintah yang melakukan kegiatan dengan memilih untuk menjadi penyeimbang dari kebijakan pemerintah. Ornop ini bertindak melakukan kritik dan pengawasan terhadap keberlangsungan kegiatan pemerintah.

Dalam upaya penanggulangan bahaya Narkoba baik di tingkat global, regional maupun internasional; menurut situs www.ifngo.org masyarakat dunia merasa terpanggil untuk mempersatukan diri dalam pembentukan Federasi Internasional Lembaga Non Pemerintah yang dikenal dengan *International Federation on Non Government Organization* (IFNGO) dalam kampanye anti Narkoba.⁴

IFNGO dibentuk (konferensi pertama) di Jakarta tahun 1979. Kemudian pada konferensi kedua (1980) di Manila dan ketiga (1981) di Malaysia, gaung LSM itu diikuti diseluruh Dunia. Sekarang ini (2007), IFNGO mempunyai 87 anggota dari 40 negara-negara yang mencakup Australia, Austria, Banglades, Barbados, Brunei Darussalam, Canada, Kamboja, China, Mesir, Fiji, Jerman, Yunani, Hong Kong, China, India, Indonesia, Iran, Italia, Jepang, Korea, Malaysia, Maldives, Malta, Mauritius, Myanmar, Nepal, Selandia Baru, Pakistan, Pilipina, Portugal, Rusia, Saudi Arabia, Singapura, Afrika Selatan, Spanyol, Sri Lanka, Sudan, Taiwan, Thailand, Amerika Serikat dan Vietnam.

Sejak terbentuknya NGO atau LSM bidang Narkoba dan HIV/AIDS, di Indonesia mulai banyak berdiri, baik yang bergerak dalam bidang Narkoba maupun HIV/AIDS, seperti : BERSAMA, Gerakan Rakyat Anti Narkotika (GRANAT), Yayasan Cinta Anak Bangsa (YCAB), Gerakan Rakyat Anti Madat (GERAM), Seniman Indonesia Anti Narkoba (SIAN), Satgas Anti Narkoba (SAN), Fun Campus, Yayasan Pelita Ilmu, dll.

Kehadiran LSM anti Narkoba di tengah masyarakat diharapkan menjadi benteng yang ampuh dalam menangkal bahaya Narkoba dan HIV/AIDS. Keberadaan mereka yang disimbolkan dengan keanggotaan, atribut dan kegiatan lainnya menjadi alat dan media efektif untuk mempersempit gerak para penyalahguna dan pengedar gelap Narkoba. Namun demikian gambaran ideal LSM yang diharapkan masyarakat masih belum terasa, hal itu terbukti dari fakta dan angka penyalahguna Narkoba yang terus meningkat dan semakin meresahkan masyarakat khususnya, mengancam generasi muda bangsa.

Mencermati dinamika LSM khususnya bidang Narkoba dan HIV/AIDS di Indonesia, jelas bahwa peran LSM sebagai mitra pemerintah masih sangat jauh

⁴ Di Download pada situs www.ifngo.org tanggal 18 Desember 2007

dari harapan. Harapan masyarakat dan pemerintah terhadap partisipasi LSM adalah mampu memberikan masukan yang kritis dan konstruktif bagi upaya P4GN yang dikembangkan dan dilaksanakan pemerintah. Hal itu disebabkan masih banyaknya LSM bidang Narkoba dan HIV/AIDS yang bekerja setengah hati dan belum berswadaya.

Keswadayaan yang dimaksud dalam tulisan ini adalah suatu kondisi yang memiliki sejumlah kemampuan untuk mengenali kekuatan dan kelemahan diri sendiri, serta kemampuan untuk memperhitungkan kesempatan-kesempatan dan ancaman yang ada di lingkungan sekitar, maupun kemampuan untuk memilih berbagai alternatif yang tersedia agar dapat dipakai untuk melangsungkan kehidupan yang serasi dan berlanjut.

Menurut Rismawan (2003), keswadayaan suatu LSM umumnya berkorelasi positif dengan tingkat partisipasi dalam kegiatan yang diprogramkan. Dengan keswadayaan suatu LSM bisa lebih leluasa menentukan tingkat partisipasinya, mewujudkan misi dan visinya serta mampu meningkatkan kualitas dan kuantitas Sumber Daya Manusia (SDM). Keterkaitan antara keswadayaan dan partisipasi, besarnya LSM dapat dibagi menjadi dua, yaitu : berswadaya secara Individual (berskala kecil) dan secara bersama (berskala besar).

Menurut Rismawan, beberapa prasyarat sebuah LSM akan berhasil dalam berswadaya, antara lain perlunya pengetrapan secara konsisten tiga komponen yang merupakan acuan penyelenggaraan kelompok swadaya yaitu: *pertama*, Kelompok swadaya perlu berorientasi pada upaya peningkatan pendapatan. Dalam rangka ini perlu diupayakan terus-menerus pemahaman dan peningkatan penyelenggaraan ekonomi rumah tangga yang efektif, pemupukan modal swadaya serta pengembangan usaha-usaha produksi.

Kedua, Kelompok swadaya perlu bersikap terbuka, yaitu terbuka terhadap gagasan-gagasan baru serta terbuka terhadap kerjasama baru untuk mencapai tingkat skala usaha yang lebih besar. *Ketiga*, Kelompok swadaya perlu diselenggarakan dengan prinsip-prinsip demokrasi dan partisipasi yang tinggi di antara anggota. Dalam rangka ini perlu didorong agar pertemuan anggota dapat diselenggarakan secara *ajeg* dan teratur satu bulan atau satu minggu sekali,

pengurus dipilih di antara anggota, diselenggarakan secara teratur program pendidikan kader, administrasi yang tertib dan terbuka.

Menurut Rismawan, terdapat 3 (tiga) faktor penting yang mempengaruhi keberhasilan kelompok swadaya. *Pertama*, faktor internal, yaitu faktor yang terdiri dari sub faktor anggota, sub faktor pengurus, sub faktor kegiatan dan sub faktor mekanisme kerja. Semakin berkembang anggota secara kualitatif dan kuantitatif, semakin tinggi dedikasi dan waktu yang tersedia serta kemampuan pengurus, semakin banyak kegiatan kelompok yang melayani kepentingan anggota dan semakin baik mekanisme kerja yang ada di dalam kelompok maka akan semakin berpeluang kelompok tersebut untuk berhasil.

Kedua, faktor eksternal yang terdiri dari sub faktor lingkungan sosial ekonomi, sub faktor hubungan dengan pamong dan sub faktor program pemerintah yang ditujukan untuk pengembangan wilayah dimana kelompok swadaya tersebut berada. Semakin besar potensi sosial ekonomi yang menunjang perkembangan kelompok swadaya tersebut, serta semakin baik hubungan kelompok swadaya dengan pamong setempat, dan adanya program-program pemerintah yang menguntungkan bagi pengembangan kelompok swadaya tersebut, maka kelompok swadaya itu akan berpeluang untuk berkembang dengan lebih baik.

Ketiga, faktor Lembaga Pengembangan yang meliputi sub faktor wawasan Lembaga Pengembangan, sub faktor organisasi Lembaga Pengembangan, dan sub faktor tenaga yang tersedia dari Lembaga Pengembangan tersebut. Semakin tepat wawasan Lembaga Pengembangan, serta semakin berkemampuan organisasi Lembaga Pengembangan, dan semakin tersedia tenaga yang berkemampuan untuk melayani kelompok swadaya, maka akan semakin berpeluang bagi kelompok swadaya untuk mencapai tingkat-tingkat keberhasilannya.

Dalam kaitan eksistensi atau menyesuaikan diri dengan lingkungan, suatu organisasi termasuk LSM, Etzioni mengkaitkan dengan efektifitas organisasi. Menurut Etzioni (dalam Adam, 2002 :227) dalam mengemukakan pendekatan pengukuran efektivitas organisasi, yang disebutnya *System Model*, dapat mencakup empat kriteria, yaitu : adaptasi, integrasi, motivasi dan produksi. *Pada*

kriteria pertama adaptasi, dipersoalkan kemampuan suatu organisasi untuk menyesuaikan diri dengan lingkungan. Untuk itu antara lain digunakan tolok ukur proses pengadaan dan pengisian tenaga kerja serta ruang lingkup kegiatan organisasi tersebut. Hal terakhir ini mempertanyakan seberapa jauh kemanfaatan organisasi tersebut bagi lingkungannya.

Pada kriteria kedua adalah Integrasi, yaitu pengukuran terhadap tingkat kemampuan suatu organisasi untuk mengadakan sosialisasi, pengembangan konsensus dan komunikasi dengan berbagai macam organisasi lainnya. *Pada kriteria ketiga adalah motivasi anggota*. Dalam kriteria ini dilakukan pengukuran mengenai keterikatan dan hubungan antara pelaku organisasi dengan organisasinya dan kelengkapan sarana bagi pelaksanaan tugas pokok dan fungsi organisasi. *Pada kriteria keempat adalah produksi*, yaitu usaha pengukuran efektivitas organisasi dihubungkan dengan jumlah dan mutu keluaran organisasi serta intensitas kegiatan suatu organisasi.

2.4. Pengertian Pencegahan Narkoba dan HIV/AIDS

Menurut (BNN, 2007) Yang dimaksud Pencegahan dalam konteks ini adalah pencegahan mengantisipasi terjadinya penyalahgunaan dengan melakukan aktifitas penyadaran akan bahaya menyalahgunakan Narkoba bagi masyarakat yang sehat (belum terkena), misalnya, dengan kegiatan kampanye, penyuluhan, Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) tentang bahaya Narkoba dan HIV/AIDS); dan mencegah lebih parahnya akibat penyakit ikutan dan dampak buruk Narkoba dan HIV/AIDS bagi yang sudah menjadi korbannya (misalnya, dengan terapi dan rehabilitasi, program 12 langkah pengurangan dampak buruk).

Menurut Solaiman (2004) Pencegahan Narkoba dan HIV/AIDS merupakan bagian dari 3 pilar penanggulangan Narkoba yang dirumuskan oleh UNODC (*United Nation Office on Drugs and Crime*) sejak tahun 1987⁵, yang terdiri dari: Pengurangan Permintaan (*Demand Reduction*), Pengawasan Sediaan (*Supply Control*) dan Pengurangan Dampak Buruk (*Harm Reduction*).

⁵ Badan Dunia Bidang Narkoba (UNODC-*United Nation Office on Drugs and Crime*) pada tanggal 18-29 Juni 1987 di New York, Amerika, bersama 187 anggota anggota UNODC telah membuat pedoman bersama penanggulangan narkoba yang disebut *Comprehensive Multidisciplinary Outline* (CMO).

Pengurangan Permintaan dimaksudkan untuk mengurangi permintaan pengguna atau calon pengguna narkoba dengan cara melakukan pencegahan (bagi masyarakat yang belum terkena pengaruh narkoba); dan melakukan terapi dan rehabilitasi (bagi yang sudah menjadi korban agar mengurangi bahkan tidak menggunakan lagi). Tujuan ini dimaksudkan untuk membentengi individu dan masyarakat dari menyalahgunakan narkoba dengan menggunakan media KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi), penyuluhan dan kampanye anti narkoba dan lainnya. Bagi korban narkoba yang dirawat, dilakukan proses pemulihan dan rehabilitasi, baik secara medis, psikologis, sosial dan pendidikan ketrampilan.

Pengawasan sediaan dimaksudkan agar narkoba yang beredar secara resmi (legal) sebagai kebutuhan industri kimia dan farmasi serta kepentingan ilmu pengetahuan diawasi secara ketat. Sedangkan narkoba yang beredar secara tidak resmi (ilegal) diputus dari sumbernya, pasokan, jaringan sindikat; agar tidak beredar secara luas di masyarakat. Pada pilar ini umumnya dilakukan oleh aparat penegak hukum, seperti : Kepolisian, Kejaksaan, Pengadilan, Bea dan Cukai, Lembaga Pemasyarakatan (Lapas), Badan Pengawasan Obat dan Makanan, dll.

Pengurangan dampak buruk dimaksudkan sebagai upaya mengurangi tingkat bahaya akibat penyakit yang disebabkan oleh pemakaian narkoba secara ilegal (seperti : HIV/AIDS, hepatitis, dll) tidak tersebar kepada pengguna narkoba lain terlebih-lebih orang yang tidak menggunakan narkoba. Pada pilar ini umumnya diimplementasikan dalam kegiatan-kegiatan di bidang kesehatan, seperti : pembagian jarum suntik steril, konseling, pengobatan dengan metadon, penyuluhan dan penerangan kesehatan reproduksi, dan lainnya termasuk upaya yang dilakukan oleh Yayasan Pelita Ilmu.

2.5. Pengertian Narkoba

Menurut Hadi (2007), Narkoba singkatan dari Narkotika, Psikotropika, Bahan Adiktif, diedarkan berdasarkan surat edaran Kapolri No. SE/03/IV/2002/BNN tanggal 22 April 2002. Hal itu membedakan dengan istilah yang selama ini beredar yakni, NAZA (Narkotika, Alkohol dan Zat Adiktif lainnya) dan NAPZA (Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif).

Narkoba di satu sisi merupakan bahan atau obat yang sangat bermanfaat dan diperlukan untuk pengobatan penyakit-penyakit tertentu, namun apabila disalahgunakan atau digunakan tidak sesuai dengan standar pengobatan, terlebih jika disertai dengan peredaran secara gelap akan menimbulkan akibat yang sangat merugikan perorangan maupun masyarakat.

Narkoba menjadi masalah dunia yang meluas pasca perang dunia II, sehingga dunia melalui badan dunia bidang narkoba UNODC (*United Nation Office on Drugs and Crimes*—berpusat di Vienna, Austria) membentuk konvensi tunggal pengaturan Narkoba di berbagai negara, yaitu : *Single Convention 1961* tentang Narkoba, *Single Convention 1971* tentang Psikotropika dan *Single Convention 1988* tentang Prekursor. Sejak itulah tumbuh komunitas dunia anti dan perang melawan Narkoba, sehingga di berbagai negara membentuk Badan Anti Narkoba, termasuk di Indonesia dibentuk Badan Koordinasi Pelaksana Inpres Inpres (tahun 1976-1999), Badan Koordinasi Narkotika Nasional (1999-2002) dan Badan Narkotika Nasional (2002-sekarang).

Menurut Andi (2007), dalam memahami Narkoba, dapat dilihat berdasarkan ragam penggolongannya, antara lain : *Pertama*, Berdasarkan Penggolongan menurut Peraturan dibagi menjadi 4 macam, yaitu Narkotika (UU no.22/1997), Psikotropika (UU no.5/1997), Bahan Adiktif (Permenkes) dan Prekursor (Peraturan Badan POM); *Kedua*, Berdasarkan efek kerjanya dibagi menjadi 4 kategori, yaitu : *Stimulant/Perangsang* (seperti : Ganja, Ekstasi, Shabu, Kokain, Alkohol), *Deppresant/* Penenang (seperti : Heroin, Morfin), Sedatif/Penghilang rasa (seperti : Alkohol) dan *halusinogen/Halusinasi* (seperti : LSD, Meskalin, Jamur Sapi, dll); *Ketiga* Berdasarkan proses pembuatannya dibagi menjadi 2, yaitu : alami (Ganja, Heroin, Kokain, Nikotin) dan sintentis (Ekstasi dan Shabu); dan *Keempat*, Berdasarkan cara pemakaiannya dibagi menjadi 5 cara, yaitu : dirokok (Ganja, Tembakau), dihirup (Kokain, Heroin), dihisap (Shabu), disuntikkan (Heroin), ditelan/diminum (Ekstasi dan Alkohol). Untuk Narkotika yang dipakai dalam pengguna Narkoba suntik umumnya menggunakan jenis Putaw atau Heroin.

2.6. Pengertian Heroin atau Putaw

Salah satu alasan adanya dilematis program PJSS adalah menyangkut isi dari jarum suntik steril tersebut, yaitu Heroin/Putaw. Menurut Joewana (2005: 99-100) Heroin / Putaw adalah jenis opioda semisintetis yang paling banyak disalahgunakan. Bentuk fisik heroin berupa bubuk putih dan rasanya pahit. Di pasaran gelap warnanya bermacam-macam bergantung dari bahan-bahan yang dicampurkan misalnya, kakao, gula merah, gula, tepung jagung, terigu, susu bubuk, kini, gerusan piul panadol, tawas, bahkan deterjen. Biasanya dalam bubuk putaw (nama jalanan heroin) kadar heroin hanya 2-4%. Efek heroin (efeknya sepuluh kali Morfin) yaitu bersifat analgesik, menimbulkan rasa kantuk dan euforia.

Potensi heroin yang lebih kuat dibanding morfin, karena heroin dapat menembus blood brain barrier lebih baik. Penasun yang putus obat (sakaw) dapat membedakan morfin dan heroin bila disuntikan, tetapi tidak bisa membedakan kalau secara oral. Dosis fatal heroin adalah 200 mg. Heroin terdapat dalam air seni 1-2 hari setelah penggunaan terakhir. Gejala putus heroin muncul dalam beberapa jam setelah penggunaan terakhir dan mencapai puncaknya setelah 36-72 jam. Lakrimasi, rinone, menguap dan berkeringat timbul 8-12 jam setelah penggunaan.

Heroin biasanya digunakan dengan cara disuntikkan ke dalam vena (intravena), disedot melalui hidung atau dihisap seperti rokok. Komplikasi dari heroin umumnya tidak banyak, tetapi komplikasi disebabkan karena bahan pencampur, cara menggunakan dan pola hidup. Cara menyuntik yang tidak memperhatikan sterilisasi dapat mengakibatkan abses, sepsis, endokarditis, infeksi hepatitis B dan C, infeksi HIV/AIDS. Umumnya pecandu memulai dari vena lengan, kaki, hingga ujung paha untuk mencari sensasi kenikmatan. Cara pemakaian jarum suntik ada dua, cara basah, yaitu bubuk heroin dibakar dalam sendok, setelah mencair disedot dengan suntikan; cara kering, bubuk heroin langsung dimasukkan spet (tabung jarum) dan dipompa dengan darah. Guna mencari sensasi kenikmatan, para pecandu memompa darah yang berisi heroin itu naik turun berkali-kali hingga warnanya menjadi hitam. Umumnya Pemasun

menyuntik secara bersama-sama 5-10 orang, sehingga tingkat penularan dan infeksi penyakit cenderung cepat.

Pola hidup pecandu yang kurang memperhatikan kebersihan badan mengakibatkan penyakit kulit dan keropos Gigi. Pecandu yang tidak memperhatikan makanan yang bergisi menyebabkan malnutrisi, anemia dan tuberkulosis. Penyakit jamur pada paru sering dialami Pecandu yang menggunakan heroin dengan cara disedot melalui hidung. Guna memenuhi kebutuhan heroin, seorang pecandu, bila pria, melakukan berbagai kejahatan untuk dapat membeli heroin; bila wanita, akan menjual diri dengan kemungkinan tertular atau menularkan virus HIV/AIDS. Bayi yang dilahirkan ibu yang ketergantungan heroin biasanya berat badanya dibawah normal (<2600 gram).

Heroin umumnya diselundupkan oleh NCE, khususnya sindikat Afrika barat. Tidak jarang menggunakan kurir wanita Indonesia untuk menyelundupkan heroin ke berbagai negara Asia dan Eropa melalui Bandara Soekarno Hatta. Heroin dunia, saat ini disuplai dari wilayah bulan sabit emas (Afghanistan, Iran dan Pakistan), Myanmar dan Colombia (selain juga penghasil Kokain. Pecandu heroin dalam aksinya umumnya memilih tempat-tempat yang sepi, kosong dan bebas dari bising untuk mencari ketenangan, seperti : Kamar Mandi, rumah kosong, lapangan, kuburan dan lain-lain. Paket hemat heroin di pasaran umumnya dijual antara Rp 20.000-Rp 100.000,- dengan bermacam-macam bahan pencampur yang mengancam over dosis para penggunanya.

2.7. Pengertian HIV/AIDS

Menurut Setiyanto (2003:2-4), HIV adalah singkatan dari *Human Immunodeficiency Virus*, sebuah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia. AIDS singkatan dari *Acquired Immuno Deficiency Syndrome*. AIDS muncul setelah virus (HIV) menyerang sistem kekebalan tubuh selama lima hingga sepuluh tahun atau lebih. Sistem kekebalan tubuh menjadi lemah, dan satu atau lebih penyakit dapat timbul. Karena lemahnya sistem kekebalan tubuh tadi, beberapa penyakit bisa menjadi lebih parah daripada biasanya.

Sistem kekebalan tubuh bertugas untuk melindungi dari penyakit apa pun yang setiap hari menyerang dari luar. Antibodi adalah protein yang dibuat oleh

sistem kekebalan tubuh ketika benda asing masuk ke tubuh manusia. Bersama dengan bagian sistem kekebalan tubuh yang lain, antibodi bekerja untuk menghancurkan penyebab penyakit, yaitu bakteri, jamur, virus, dsb. Sistem kekebalan tubuh membuat antibodi yang berbeda-beda sesuai dengan kuman yang dilawannya. Ada antibodi khusus untuk semua penyakit, termasuk HIV. Antibodi khusus HIV inilah yang terdeteksi keberadaannya ketika hasil tes HIV dinyatakan positif.

Di dalam tubuh terdapat sel darah putih yang disebut sel CD4. Fungsinya seperti saklar yang menghidupkan dan mematikan kegiatan sistem kekebalan tubuh, tergantung ada tidaknya kuman yang harus dilawan. HIV yang masuk ke tubuh menularkan sel ini, 'membajak' sel tersebut, dan kemudian menjadikannya 'pabrik' yang membuat miliaran tiruan virus. Ketika proses tersebut selesai, tiruan HIV itu meninggalkan sel dan masuk ke sel CD4 yang lain. Sel yang ditinggalkan menjadi rusak atau mati. Jika sel-sel ini hancur, maka sistem kekebalan tubuh kehilangan kemampuan untuk melindungi tubuh dari serangan penyakit. Keadaan ini membuat mudah terserang berbagai penyakit.

Satu akibat dari infeksi HIV adalah kerusakan pada sistem kekebalan tubuh. HIV membunuh satu jenis sel darah putih yang disebut sel CD4. Sel ini adalah bagian penting dari sistem kekebalan tubuh, dan jika ada jumlahnya kurang, sistem tersebut menjadi terlalu lemah untuk melawan infeksi. Jumlah sel CD4 dapat dihitung melalui tes darah khusus. Jumlah normal pada orang sehat berkisar antara 500 sampai 1000.

Setelah terinfeksi HIV, jumlah ini biasanya turun terus. Jadi kadar ini mencerminkan kesehatan sistem kekebalan tubuh : semakin rendah, semakin rusak sistem kekebalan. Jika jumlah CD4 turun di bawah 200, ini menunjukkan bahwa sistem kekebalan tubuh cukup rusak sehingga infeksi oportunistik dapat menyerang tubuh. Ini berarti sudah sampai masa AIDS. dapat menahan sistem kekebalan tubuh tetap sehat dengan memakai obat antiretroviral. Sarana tes CD4 tidak tersedia luas di Indonesia, dan biaya tesnya agak mahal. Karena sel CD4 adalah anggota golongan sel darah putih yang disebut limfosit, jumlah limfosit total juga dapat memberi gambaran tentang kesehatan sistem kekebalan tubuh. Tes

ini, yang biasa disebut sebagai total lymphocyte count atau TLC, adalah murah dan dapat dilaksanakan hampir di semua laboratorium.

Seperti jumlah CD4, semakin rusak sistem kekebalan, semakin rendah TLC. Pada orang sehat, TLC normal adalah kurang-lebih 2000. TLC 1.000-1.250 biasanya serupa dengan jumlah CD4 kurang-lebih 200. Diusulkan orang HIV-positif memeriksakan jumlah CD4 atau TLC setiap enam bulan. Pikiran orang kadang mudah tergoda oleh jumlah CD4 atau TLC, sehingga timbul kecemasan yang tak perlu. Penting ingat bahwa kadar ini hanya sebagian dari cara melihat keadaan kesehatan. Gambaran yang utuh dapat dilihat pula melalui gejala yang timbul, kondisi pikiran, mutu hidup, selain berbagai tes. Banyak orang merasa sehat walaupun jumlah CD4 atau TLC-nya rendah.

Setelah terinfeksi, tidak langsung sakit. mengalami masa tanpa gejala khusus. Walaupun tetap ada virus di dalam tubuh, tidak mempunyai masalah kesehatan akibat infeksi HIV, dan merasa baik-baik saja. Masa tanpa gejala ini bisa bertahun-tahun lamanya. Karena tidak ada gejala penyakit pada tahun-tahun awal terinfeksi HIV, sebagian besar orang yang terinfeksi HIV tidak tahu ada virus itu di dalam tubuhnya. Hanya dengan tes darah dapat mengetahui dirinya terinfeksi HIV.

Menjalani cara hidup yang baik dan seimbang sangat bermanfaat bagi kesehatan dan dapat memperpanjang masa tanpa gejala. Cara hidup ini termasuk makan makanan yang bergizi, kerja dan istirahat yang seimbang, olahraga yang teratur tetapi tidak berlebihan, serta tidur yang cukup. Sebaiknya hindari merokok, memakai Narkoba dan minum minuman beralkohol yang berlebihan. Jauhkan diri dari stres dan cobalah untuk selalu berpikir positif. Jangan menyalahkan diri—atau pun orang lain—karena terinfeksi HIV. Ketika sistem kekebalan sudah sangat lemah, tubuh tidak dapat lagi melawan kuman-kuman penyebab penyakit. Kuman ini sangat umum di tubuh, dan biasanya tidak menyebabkan penyakit, karena dikendalikan oleh sistem kekebalan tubuh yang sehat. Karena kuman tersebut memanfaatkan kesempatan (*opportunity*) yang diberikan oleh sistem kekebalan tubuh yang rusak, penyakit yang disebabkan disebut infeksi oportunistik (OI).

Infeksi oportunistik disebabkan oleh berbagai virus, jamur, bakteri. Penyakit yang muncul dapat mempengaruhi berbagai bagian tubuh, termasuk kulit, paru-paru, mata, dan otak. Beberapa jenis kanker juga dapat diakibatkan infeksi oportunistik. Infeksi oportunistik dapat diobati. Sebagian infeksi ini juga dapat dicegah dengan memakai obat sebelum penyakit timbul—ini disebut profilaksis. Jika pernah mengalami infeksi oportunistik yang sudah diobati, juga dapat memakai obat agar infeksi tersebut tidak muncul lagi.

2.8. Program Harm Reduction : Pertukaran Jarum Suntik Steril (PJSS)

Prevalensi HIV/AIDS di Indonesia saat ini sudah mencapai tingkat epidemi yang lebih berat dan cenderung semakin meningkat cepat, dipicu dengan peningkatan penularan HIV/AIDS pada kelompok pengguna Narkoba dengan cara suntik. Penyebaran HIV/AIDS melalui pertukaran jarum suntik yang tidak steril pada penyalahguna narkotika, psikotropika, dan zat/bahan adiktif memerlukan upaya dan kegiatan penanggulangan secara lebih intensif, komprehensif dan dilaksanakan secara terkoordinasi.

Pada saat ini terjadi epidemi ganda yaitu HIV/AIDS di satu sisi dan penyalahgunaan Narkoba di sisi lain dan menghadapi kedua epidemi tersebut haruslah bersatu padu dan bekerja sama dengan sebaik-baiknya. BNN juga mendapatkan bukti bahwa keterbatasan akses terapi dan rehabilitasi diakibatkan kurangnya ketersediaan fasilitas layanan serta alasan pembiayaan.

Penyalahguna Narkoba (pecandu) adalah populasi tersembunyi karena pada satu sisi berkaitan dengan suatu perbuatan melanggar hukum dan pada sisi lain adanya keterbatasan akses terapi dan rehabilitasi sehubungan dengan stigmatisasi penyalahguna, kurangnya ketersediaan fasilitas, serta alasan pembiayaan. Untuk itu perlu dicari jalan keluar bersama dalam menembus hambatan tersebut.

Berkaitan dengan hal tersebut maka Petunjuk Pelaksanaan yang akan menjadi pedoman dalam pelaksanaan di lapangan kebijakan, strategi, dan pelaksanaan yang akan dilakukan perlu memuat secara jelas berbagai petunjuk agar tidak terjadi pelanggaran hukum di satu sisi dan memberi tindakan penyelamatan kesehatan masyarakat dan pribadi di lain sisi. Perumusan kriteria

yang jelas diperlukan untuk membedakan penyalahguna sebagai pasien/korban dan sebagai pelanggar hukum atau kriminal. Tahapan lebih lanjut pelayanan penyalahguna Narkoba suntik dengan layanan terapi dan rehabilitasi yang paripurna diperlukan dengan fasilitas yang cukup.

Beberapa tahun terakhir telah berkembang konsep “harm reduction” dengan 12 program yaitu: Penjangkauan dan Pendampingan, Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE), Penilaian Pengurangan Risiko, Konseling dan Testing HIV Sukarela (Volluntary Counselling and Testing / VCT), Program Penyucihamaan, Program Jarum Suntik Steril (PJSS), Pemusnahan Peralatan Suntik Bekas, Layanan Terapi Ketergantungan Narkoba, Pusat Layanan Substitusi Oral (Metadon), Layanan Perawatan, Dukungan dan Pengobatan (Care, Support, Treatment / CST), Perawatan Pengobatan Dasar, Pendidikan Sebaya

Konsep ini telah diterapkan di beberapa negara, sungguhpun tidak selalu menjadi kebijakan nasionalnya, namun hanya di wilayah tertentu/terbatas. Hal tersebut masih sering dipertanyakan karena adanya kontroversi berkaitan dengan ketentuan hukum yang berlaku, di mana penyalahguna Narkoba adalah perbuatan melanggar hukum, seperti juga halnya di Indonesia. BNN dalam upaya P4GN memiliki strategi Supply Control dan Demand Reduction. Sedangkan Harm Reduction merupakan kegiatan bertujuan mengupayakan pengurangan dampak buruk akibat penyalahgunaan Narkoba dengan komplikasinya, terutama HIV/AIDS dan Hepatitis B dan C, termasuk ke dalam program terapi dan rehabilitasi yang merupakan bagian dari “demand reduction”.

Khusus untuk penyalahguna Narkoba dengan jarum suntik (IDU), BNN tidak ingin membiarkan permasalahan ini tidak tertangani, sehingga dalam menanggulangi masalah percepatan peningkatan penularan HIV/AIDS perlu tindakan yang terpadu dan menyeluruh, meliputi:

1. Mencegah penyalahguna baru
2. Mencegah penyalahguna Narkoba agar tidak menjadi ketergantungan/kecanduan.
3. Mencegah penyalahgunaan Narkoba dengan cara suntik

4. Mencegah penyebaran komplikasi (HIV/AIDS dan Hepatitis B C) di kalangan penyalahguna Narkoba cara suntik.
5. Mencegah penularan HIV/AIDS dan Hepatitis B dan C oleh penyalahguna Narkoba kepada populasi umum.

Penyalahgunaan Narkoba sebagai tindakan melanggar hukum sebagaimana diatur dalam UU No. 22 Tahun 1997 tentang Narkotika dan UU No. 5 Tahun 1997 tentang Psikotropika khususnya terkait dengan program yang masih dilematis yaitu PJSS. Menghadapi hal tersebut BNN menyatakan tidak ingin membiarkan permasalahan ini tidak tertangani dan dengan mempertimbangkan kepentingan bangsa yang jauh lebih besar yaitu menyelamatkan bangsa dari epidemi HIV/AIDS dan Hepatitis B dan C, maka sebagai pelaksanaan upaya butir nomor 6 dari Komitmen Sentani, berdasarkan konsultasi Kalakhar BNN dengan Ketua Mahkamah Agung, program PJSS dapat dilaksanakan secara terbatas dan sangat hati-hati dengan pengawasan yang sangat ketat.

Disusunnya Petunjuk Pelaksanaan dari Kesepakatan Bersama sebagaimana dijelaskan di atas merupakan keharusan dan merupakan kesatuan yang tidak dapat dipisahkan dari kesepakatan bersama tersebut untuk menjadi pedoman pelaksanaan bagi kedua belah pihak dan pihak-pihak lainnya dalam rangka upaya terpadu pencegahan penyebaran HIV/AIDS dan pemerantasan penyalahgunaan narkotika, psikotropika dan zat/bahan adiktif lainnya dengan cara suntik.

Menurut Farid (2004), perhatian pemerintah terhadap permasalahan HIV/AIDS mulai intensif, setelah kasus pertama di Bali tahun 1987. Dengan melakukan penelitian secara intensif, khusus dilakukan melalui Wanita Pekerja Sex (WPS) tahun 1988, dalam sepuluh tahun ke depan disestimasikan bahwa dibanding dengan negara lain seperti Nepal, Indonesia dibilang negara masih berisiko rendah terhadap penularan HIV/AIDS. Kalau dilihat data dari tahun ke tahun tidak ada peningkatan yang begitu tajam, namun 1998/1999 terjadi peningkatan penggunaan Narkoba dan pada tahun yang sama HIV/AIDS meningkat sebesar empat kali lipat dibandingkan dengan tahun tahun sebelumnya. Sementara kalau akan membandingkan, apakah terjadi peningkatan jumlah pelanggan atau jumlah WPS, ternyata tidak dan perilakunya begitu saja setiap

tahun, dan selanjutnya terjadi hampir terjun bebas, ternyata terjadi peningkatan secara tajam melalui kelompok IDU, begitu juga terhadap Yayasan di Bogor, di Jakarta terutama penaja sex di panti pijat ternyata juga meningkat.

Sebagai bahan perbandingan, Di Nepal pengguna IDU ada yang pria dan wanita, apabila tidak memakai jarum steril itu dari awal, maka tahun pertama dapat mencapai 37 %, maka satu sampai lima tahun bisa meningkat dua kali lipat. Dalam hal ini Indonesia kalau tidak melakukan tindakan yang efektif, tunggu saja sampai lima tahun bisa meningkat sampai tiga kali, jadi sekarang ini masih rendah, tetapi di Jakarta ini sudah 80 % penyebab dari HIV / AIDS dengan jarum suntik, di Nepal 22 % pernah memakai jarum bekas/gantian, di Bandung merupakan salah satu Propinsi yang mengarah kepada epidemi yang terkonsentrasi HIV/AIDS nya lebih dari 5 %, di Bandung 95 % remaja pengguna Narkoba dengan IDU saling menukar dan di Surabaya 90 %, di Jakarta 88 %, artinya di tiga wilayah yang besar ini bahwa pengguna Narkoba dengan IDU digunakan secara saling menukar dilakukan antara dua sampai lima orang.

Permasalahan IDU dan HIV/AIDS juga dapat dikatakan sebagai permasalahan perilaku. Apabila perilaku saling membagi-bagi jarum bekas pakai diantara IDU tersebut tidak diubah, maka HIV/AIDS akan meningkat secara tajam, dan diantara pemakai IDU melakukan hubungan sex baik dengan pasangannya maupun dengan WPS, jadiPenasunbisa menularkan dan bisa tertulari diantara teman temannya, akhirnya menjadi lingkaran setan yang susah diputus. Kalau dibandingkan di Surabaya, di Surabaya termasuk populasi yang lebih luas (paling berisiko) perilaku sex tidak pakai kondom.

Jadi di Indonesia penularan melalui hubungan sex yang pakai kondom kurang 10 %. Ada empat yang diangkat dari sisi kesehatan, *pertama* pemuda jangan pakai Narkoba; *kedua* kalau pecandu pakai Narkoba jangan pakai Narkoba dengan jarum suntik; *ketiga* kalau pakai jarum suntik jangan bergiliran penggunaannya sesama temannya; dan *keempat* bagi yang sudah terinfeksi HIV/AIDS jangan menularkan, yaitu dengan memakai kondom untuk melakukan hubungan sex, itupun belum ada satu Perda pun yang keluar, mungkin baru Jayapura yang diberlakukan. Kalau pemerintah baik pusat maupun daerah melalui

Perda mengintervensi berbagai macam cara, yaitu tidak boleh pakai suntik dan lain lain, maka usaha itu bisa mencegah 30 ribu di Jakarta saja.

Sebagai perbandingan, ada contoh negara lain terhadap program pertukaran jarum suntik, seperti di Bangladesh dan Chichago, di Chichago enam bulan pertama frekwensi menyuntik ada yang berhenti 15 %, kemudian ada yang berkurang 39 dan berbagi jarum dengan temannya berkurang 50 % dan perawatan Narkoba juga meningkat. Ada pengaruh positif, dan ini tidak melihat apa ada penambahan jumlah IDU. Berdasarkan laporan / informasi, bahwa dengan adanya harm reduction tidak mengakibatkan meningkatnya IDU, dan di Atmajaya juga dilakukan penelitian bagi generasi muda yang terkena IDU, ada kemauan untuk berhenti 41 %, kemudian bagi yang mau berhenti menyuntik sebanyak 32 %, sebetulnya ada keinginan Penasun untuk berhenti.

Di China pertukaran jarum suntik dilarang, di Guandong memakai program sosial marketing, bagaimana memudahkan akses kepada jarum, petugas pergi ke lapangan mengambil jarum bekas dan memberikan kupon untuk mengambil ke farmasi yang terdekat. Dan Indonesia dapat mengambil satu keputusan, bagaimana model yang dipakai asal bisa selamat, kalau tidak bisa berhenti jangan memaki jarus suntik bergantian.

Di Bangladesh di kota bagian utara dan selatan berbeda-beda hasil kegiatannya, Penasun tersembunyi, kalau keluar ditangkap, dan orang kesehatan tidak bisa mengobati karena tidak dapat diketahui keberadaannya. Dan sepanjang Penasun dibayang-bayangi dengan tuntutan hukum, maka Penasun tidak bisa keluar, tetapi Penasun berada komunitas tertentu. Di Lapas dan Rutan, terjadi peningkatan 21 % tahun 2003, akan tetapi terhadap napi yang baru masuk ternyata rendah, berarti adanya indikasi terjadi penularan di dalam Lapas, oleh karena itu KPA melakukan kerjasama dengan Menkum dan HAM, melakukan upaya penanggulangan pencegahan ini di Lapas.

Program Harm Reduction, seperti PJSS, sebagai program Global telah berhasil diterapkan di berbagai negara. Hasil penelitian dari Amerika dan Australia, yang intinya menyatakan bahwa program harm reduction sangat efektif untuk mengurangi penyebaran HIV/AIDS diantara pengguna

Narkoba, Penasun menurunkan penyalahguna, juga menurunkan infeksi, tidak meningkatkan pengguna Narkoba baru, tidak meningkatkan frekwensi pemakaian dan tidak akan memperpanjang waktu orang memakai Narkoba.

Oleh karenanya diperlukan dukungan hukum mengenai hal ini. Untuk mengawali hal itu, Departemen Kesehatan, melakukan semacam pilot project di beberapa propinsi, terutama Jawa Barat dan Bali, dibawah pengawasan dari Kepolisian dan Kesehatan dan harus ada protap yang jelas sesuai kehendak kesehatan dan unsur unsur hukum yang melandasinya, dan ini suatu hal yang akan menimbulkan bahaya besar kalau tidak segera ditanggulangi dan HIV/AIDS merupakan masalah global dan harus dilakukan tindakan sesegera mungkin

Memang merupakan paradoks apabila terdapat gerakan yang hanya menghilangkan dampak buruk saja dari penggunaan Narkoba ini, tanpa lebih mendahulukan penindakan secara hukum kepada penggunanya. Tatkala penyalahgunaan Narkoba adalah perbuatan dilarang secara hukum, maka kriminalisasi bagi pecandu sudah selesai, ini berarti bahwa apabila tidak dikehendaki adanya diskriminasi dalam penerapan hukum kepada pengguna Narkoba, maka yang harus didahulukan adalah proses hukumnya dari pada pemberian treatment.

Ditinjau dari sebab akibat (*cause and effect relationship*), sudah jelas bahwa tirbulnya kenaikan HIV/AIDS dengan jarum suntik sudah jelas karena akibat penyalahgunaan Narkoba tersebut, jadi HIV/AIDS itu hanya merupakan accessories dari perbuatan pokok yang dilarang dilakukan. Berkaitan dengan ini apabila akan menurunkan dampak buruk terhadap penyalahgunaan Narkoba, maka yang diturunkan adalah intensitasnya, kualitas dan kuantitas perbuatan ini, apabila hendak menekan harm reduction maka yang diprioritaskan adalah drug supply dan demand reduction measures.

2.9. Kajian Pustaka

Dalam memperkaya khazanah dan rujukan tentang tema dalam penelitian ini dilakukan kajian pustaka berkaitan dengan pokok bahasan dalam penelitian ini, antara lain : (1) kajian tentang survey dan riset tentang penyalahgunaan dan peredaran gelap Narkoba di Indonesia; (2) rujukan tentang Narkotika (khususnya

jenis Heroin); (3) rujukan tentang program Harm Reduction dan PJSS; (4) rujukan tentang teori-teori implementasi kebijakan publik; dan (6) laporan dan data tentang YPI Kambal dan Kampung Bali. Selengkapnya dijelaskan sebagai berikut:

1. kajian tentang survey dan riset tentang penyalahgunaan dan peredaran gelap Narkoba di Indonesia; melalui laporan hasil penelitian *Survey Nasional Penyalahgunaan dan Narkoba di Indonesia tahun 2004 dan 2008 (Hasil Kerjasama BNN dan Puslitkes UI)*, (2) data tentang perkembangan Narkoba di tingkat global maupun regional melalui *Laporan World Drug Report 2008 (terbitan UNODC, 2008)*;
2. rujukan tentang Narkotika (khususnya jenis Heroin); rujukan lengkapnya didapat dari *Gangguan Mental dan Perilaku Akibat Penggunaan Zat Psikoaktif* oleh Satya Joewana; *Madat : Sejarah dampak klinis dan penanggulangannya* oleh Adnil Edwin; *This Heroin* oleh Ashton Robert; dan *Upper, Downers, All Arounders* oleh Inabah, Darryl S. and Cohen, William E.
3. rujukan tentang program Harm Reduction dan PJSS; melalui Laporan *pengurangan dampak buruk Narkoba di Indonesia, Bab I dan Bab II* oleh IHCP, FHI; *Laporan kebijakan dan strategi nasional P4GN (2004-2009)* oleh BNN; *Laporan kebijakan dan strategi nasional penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia* oleh KPA; dan materi-materi perkuliahan harm reduction, oleh Hadiman;
4. rujukan tentang konsep Paradigma, melalui buku *Community Development : Alternatif Pengembangan Masyarakat di era Globalisasi*. Oleh Ife, Jim dan Tesoriero
5. rujukan tentang teori-teori Implementasi Kebijakan Publik, khususnya yang berkaitan dengan model-model implementasi kebijakan publik melalui buku-buku text kebijakan publik seperti : *Kebijakan Publik : Formulasi, Implementasi dan Evaluasi* oleh Riant Nugroho; *Kebijakan Publik yang Membumi* oleh Hesel Nogi Tangkilisan; dan *Analisis Kebijakan Publik* oleh William Dunn

6. rujukan tentang konsep-konsep Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM): melalui buku *Keswadayaan dan kemandirian LSM oleh Bambang Rismawan dan Pembangunan Alternatif oleh Zubaidi*
7. rujukan tentang metode Kualitatif; melalui buku *dasar-dasar penelitian kualitatif oleh ansleim strauss; menulis ilmiah metode penelitian Kualitatif oleh septiawan santana, dll*
8. laporan dan data tentang YPI Kambal dan Kampung Bali. Berasal dari buku *menelusuri jalan kelam oleh Samsuridjal; Laporan Utama "Majalah Gatra, 24 Juni 2008; dan Kompas, 23 Juni 2002.*

2.10. Paradigma Penelitian

Dalam literatur sosiologi, terdapat tiga paradigma yang memiliki pengaruh terhadap penelitian sosial, yaitu; (1) paradigma fakta sosial (*social fact paradigm*) atau paradigma keteraturan sosial (*social order paradigm*), yang diwakili oleh Emile Durkheim (1858-1917); (2) paradigma definisi sosial (*social definition paradigm*) atau paradigma pluralis (*pluralist paradigm*) yang diimani oleh Max Weber (1864-1920); dan (3) paradigma konflik (*conflict paradigm*) atau paradigma perilaku sosial (*social behaviour paradigm*) di mana Karl Marx (1818-1983) sebagai penganjur utamanya (Lawang, 1999 : 45).

Secara singkat dapat dikemukakan bahwa paradigma fakta sosial menekankan dirinya pada ide bahwa fakta sosial adalah nyata atau sekurang-kurangnya dapat diperlakukan sebagai yang nyata, sama dengan fakta individual. Oleh karena itu, berdasarkan pengklasifikasian dari paradigma di atas, maka paradigma yang relevan dengan konten dan konteks penelitian ini adalah paradigma fakta sosial.

Secara metodologis, paradigma ini menempatkan peneliti sebagai yang mengidentifikasi keragaman konstruk sosial dan membawanya ke dalam suatu pengetahuan yang dipercayai sebagai kenyataan yang hidup. Pengetahuan yang dihasilkan oleh peneliti dianggap sebagai konsekwensi dari interaksi antara peneliti dengan objeknya dalam suatu waktu tertentu dengan kondisi-kondisi yang melingkupinya.

Dalam prakteknya, paradigma fakta sosial menggunakan wawancara dan kuisioner sebagai media untuk memahami realitas peristiwa secara lebih mendalam yang terjadi dalam sebuah struktur sosial (Ritzer, 1985: 55). Penggunaan metode ini karena seorang peneliti menyadari bahwa terdapat sesuatu di dalam sebuah fakta tetapi ia tidak dapat melihatnya. Karenanya, seorang peneliti menanyakan kepada responden dan informan mengenai fakta sosial yang ada. Hanya saja, dalam penelitian ini, penulis tidak memakai kedua metode tersebut secara keseluruhan. Penulis hanya menggunakan metode wawancara untuk memperoleh beberapa informasi yang menurut penulis perlu diambil dari beberapa informan yang berkompeten dengan masalah penelitian.

Menurut Lawang (1999: 52-54) Pada titik tertentu, penggunaan paradigma fakta sosial mengesankan pengabaian faktor individu karena fokus utamanya adalah masyarakat yang ditengarai sangat menentukan sikap individu. Kendati demikian, analisa fakta sosial terhadap individu yang terlibat dalam struktur sosial tidak berarti diabaikan begitu saja, melainkan mendapat perhatian yang memadai karena individu, di samping secara aktif mengkonstruksikan tindakan-tindakan organisasi, juga dipercaya sebagai yang menginternalisasi moral dan nilai-nilai pengetahuan yang dimiliki bersama oleh suatu kelompok di dalam suatu struktur sosial.

Oleh karena itu, dengan paradigma ini, penulis berusaha membangun suatu kerangka pengetahuan yang dapat dijadikan sebagai arah pemahaman terhadap peristiwa atau kasus-kasus tertentu, yang dalam hal ini adalah apa yang dilihat sebagai gejala yang menarik dari analisis perbedaan paradigma implementasi pencegahan Narkoba dan HIV/AIDS yang dilakukan Pemerintah dan YPI Kambal; Alasan eksistensi YPI Kambal walau berbeda paradigma tentang implementasi pencegahan Narkoba dan HIV/AIDS dengan pemerintah; dan langkah-langkah yang dilakukan pemerintah dalam mengkoordinasikan implementasi kebijakan pencegahan narkoab dan HIV/AIDS.