FIQIH NARKOBA

Perspektif Kesehatan, Keislaman dan Perundangan



Dr. H. Andri Ridwan, S.H., M.H.
Prof. Dr. Adang Djuhmur S. M.Ag.

FIQIH NARKOBA:
Perspektif Kesehatan, Keislaman, dan Perundangan

Penulis:
Dr. H. Andri Ridwan, S.H., M.H.
Prof. Dr. Adang Djuhmur S. M.Ag.

GEMILANG PRESS INDONESIA

FIQIH NARKOBA:
Perspektif Kesehatan, Keislaman, dan Perundangan

Penulis:
Dr. H. Andri Ridwan, S.H., M.H.
Prof. Dr. Adang Djuhmur S. M.Ag.

ISBN: 978-634-7812-83-4
Editor: Weni Yuliani, S.Si., M.M, C.Ed
Penyunting: Bella Oktavia, S.Si
Desain Sampul dan Tata Letak: Bunga Elza Ulandari, S. Psi

Diterbitkan oleh: GEMILANG PRESS INDONESIA
Anggota IKAPI No. 062/SBA/2024

Talago permai No. 25 RT. 002 RW 004, Ampang Kuranji, Kota Padang
Website: www.gemilangpress.com
Email: cvgpi.office@gmail.com

Cetakan pertama, Agustus 2026
© Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Allah Swt. atas rahmat, taufik, dan hidayah-Nya sehingga buku "Fiqih Narkoba: Perspektif Kesehatan, Keislaman, dan Perundangan" dapat diselesaikan dengan baik. Buku ini disusun sebagai upaya menghadirkan pembahasan mengenai narkoba melalui perpaduan perspektif kesehatan, hukum Islam, dan perundang-undangan yang berlaku. Persoalan narkoba memiliki dimensi yang luas karena berkaitan dengan kesehatan individu dan masyarakat, ketertiban sosial, perlindungan generasi, serta persoalan hukum dan moral. Oleh sebab itu, diperlukan cara pandang yang mampu menghubungkan berbagai aspek tersebut secara proporsional dan berorientasi pada kemaslahatan.

Pembahasan buku ini diawali dengan perkembangan penyalahgunaan narkotika, perspektif terhadap narkoba, serta pengembangan pemikiran fiqih kontemporer. Landasan hukum Islam dan maqāṣid al-sharī'ah kemudian menjadi bagian penting untuk menjelaskan dasar penetapan hukum terhadap narkoba, termasuk penggunaan sumber hukum, qiyas, istihsan, ijma' ulama, serta kaidah-kaidah fiqih. Dalil Al-Qur'an dan hadis mengenai zat memabukkan, hikmah keharaman, serta sikap terhadap pengguna, pengedar, dan produsen narkoba turut dibahas untuk memberikan dasar keislaman yang lebih kuat. Pembahasan mengenai penggunaan narkoba untuk keperluan medis juga ditempatkan secara proporsional dengan mempertimbangkan prinsip rukhsah, kebutuhan pengobatan, dan ketentuan hukum yang berlaku.

Perspektif kesehatan menjadi bagian yang tidak terpisahkan karena penyalahgunaan narkoba dapat memberikan dampak terhadap kondisi fisik, psikologis, kehidupan keluarga, dan lingkungan sosial. Buku ini juga membahas fiqih jinayah dan klasifikasi pelaku narkoba serta mengaitkannya dengan tujuan pemidanaan dalam Islam dan pendekatan kesehatan. Perbandingan antara fiqih narkoba dan perundang-undangan Indonesia diarahkan untuk melihat titik

temu, perbedaan, serta kemungkinan pengembangan kebijakan yang lebih berorientasi pada perlindungan masyarakat. Pendekatan tersebut diharapkan dapat memperluas cara pandang terhadap persoalan narkoba sehingga penanganannya tidak hanya bertumpu pada aspek penghukuman, tetapi juga memperhatikan pencegahan, pemulihan, perlindungan, dan kemaslahatan.

Buku ini selanjutnya menawarkan model kolaboratif dalam penanganan narkoba melalui keterlibatan pemerintah, ulama dan lembaga keagamaan, tenaga kesehatan, akademisi, masyarakat sipil, serta media. Kolaborasi berbagai unsur tersebut diperlukan untuk membangun kebijakan dan praktik penanganan narkoba yang lebih terintegrasi. Tantangan kebijakan narkoba, isu-isu kontemporer, penguatan kapasitas institusi, serta prospek pengembangan kebijakan menjadi bagian penting dalam melihat kebutuhan penanganan narkoba pada masa mendatang. Integrasi nilai maqāṣid al-sharī'ah, prinsip kesehatan, dan ketentuan perundang-undangan diharapkan dapat menjadi dasar bagi pengembangan kebijakan yang berkeadilan, manusiawi, dan tetap memiliki ketegasan terhadap peredaran serta penyalahgunaan narkoba.

Ucapan terima kasih disampaikan kepada seluruh pihak yang telah memberikan kontribusi dalam penyusunan buku ini.. Semoga buku “Fiqih Narkoba: Perspektif Kesehatan, Keislaman, dan Perundangan” dapat memberikan manfaat bagi akademisi, praktisi hukum, tenaga kesehatan, ulama, mahasiswa, pembuat kebijakan, serta masyarakat dalam memahami persoalan narkoba secara lebih luas dan proporsional. Semoga buku ini juga dapat menjadi salah satu referensi dalam mengembangkan pendekatan penanganan narkoba yang berlandaskan nilai keislaman, ilmu kesehatan, dan kepastian hukum.

Jakarta, Agustus 2026

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR..... i

DAFTAR ISI..... iii

BAB 1 PENDAHULUAN 1

A. Perkembangan Penyalahgunaan Narkotika.....1

B. Narkoba dalam Berbagai Perspektif..... 7

C. Manfaat Buku 9

D. Pengembangan Pemikiran Fiqih Kontemporer tentang Narkoba..... 11

E. Pendekatan Buku 15

F. Sistematika Penulisan Buku.....19

BAB 2 NARKOBA DALAM TINJAUAN KESEHATAN DAN HUKUM 31

A. Sejarah dan Perkembangan Narkoba.....31

B. Definisi dan Jenis Narkoba 37

C. Dampak Kesehatan Narkoba..... 42

D. Kerangka Hukum Narkoba di Indonesia 49

BAB 3 LANDASAN HUKUM ISLAM DAN MAQĀṢID AL-SHARĪ'AH.....65

A. Pengantar Hukum Islam 65

B. Maqāṣid al-Sharī'ah: Konsep dan Sejarah 72

C. Tingkatan Maqāṣid al-Sharī'ah 80

D. Maqāṣid dan Kebijakan Kesehatan Publik..... 86

BAB 4 METODOLOGI ISTINBATH HUKUM NARKOBA 97

A. Sumber-Sumber Hukum dalam Kasus Narkoba.... 97

B. Peran Qiyas dan Istihsan dalam Penetapan Hukum..... 106

C. Ijma' Ulama tentang Keharaman Narkoba 113

D. Diskursus Ulama Klasik dan Kontemporer..... 120

BAB 5 DALIL-DALIL KEHARAMAN NARKOBA DALAM ISLAM 137

A. Dalil Al-Qur'an tentang Larangan Khamr dan Narkoba 137

B. Dalil Hadits tentang Keharaman Zat Memabukkan.....139

C. Kaidah-Kaidah Ushul Fiqih yang Memperkuat Keharaman Narkoba 142

D. Perbandingan dengan Zat-Zat Lain yang Diharamkan.....144

E. Hikmah dan Maslahah di Balik Keharaman Narkoba 146

F. Sikap Islam terhadap Pengguna, Pengedar, dan Produsen Narkoba.....147

BAB 6 KEHARAMAN NARKOBA BERDASARKAN MAQĀṢID AL-SHARĪ'AH 153

A. Hifẓ al-Nasl (Menjaga Keturunan).....153

B. Hifẓ al-Mal (Menjaga Harta).....157

C. Integrasi Kelima Tujuan Maqāṣid dalam Kebijakan Narkoba 161

BAB 7 KAIDAH FIQIH DALAM PENETAPAN HUKUM NARKOBA 167

A. Kaidah "Apa yang Dilarang Karena Zatnya, Sedikit dan Banyak Sama Saja Haram" 167

B. Kaidah "Sesuatu yang Menjadi Perantara untuk Keharaman adalah Haram" 168

C. Kaidah "Kesulitan Mendatangkan Kemudahan" .. 171

D. Kaidah "Hukum Berubah Karena Perubahan Zaman, Tempat, dan Kondisi" 173

E. Kaidah "Perkara yang Berkaitan dengan Kemaslahatan Umum Dikembalikan kepada Kebijakan Penguasa" 175

BAB 8 PENGGUNAAN NARKOBA UNTUK KEPERLUAN MEDIS (RUKHSAH) 181

A. Perbedaan antara Penggunaan Medis dan Penyalahgunaan Narkoba 181

B. Penggunaan Narkoba untuk Pengobatan dalam Perspektif Hukum Positif Indonesia 184

C. Studi Kasus: Penggunaan Ganja Medis di Berbagai Negara 188

BAB 9 FIQIH JINAYAH DAN KLASIFIKASI PELAKU NARKOBA 195

A. Pengantar Fiqih Jinayah (Tindak Pidana dalam Islam) 195

B. Klasifikasi Jarimah: Hudud, Qisas/Diyat, dan Ta'zir 200

C. Klasifikasi Pelaku Narkoba 204

D. Tujuan Pemidanaan dalam Islam dan Kesehatan 208

BAB 10 NARKOBA DALAM PANDANGAN MAZHAB FIQIH 217

A. Konsep Dasar Barang Terlarang dan Dampaknya dalam Fikih 217

B. Perbedaan Pandangan Mazhab Mengenai Sanksi Fisik 219

C. Perbedaan Pendapat Ulama Tentang Hukum Cambuk Bagi Pengguna Narkoba 221

D. Kritik dan Pembaruan Pendapat Ulama Kontemporer 222

E. Prinsip Penanganan: Antara Hukuman dan Pemulihan 224

F. Penyesuaian Pendapat Mazhab dengan Realitas Hukum Negara 225

BAB 11 MAQASHID SYARIAH DAN LARANGAN NARKOBA 229

A. Hakikat dan Kelima Unsur Pokok Maqashid Syariah 229

B. Ancaman Narkoba Terhadap Lima Pilar Pemeliharaan 231

C. Kesimpulan Hukum: Larangan Mutlak Berdasarkan Tujuan Syariat 233

D. Maqashid Syariah dalam Penanganan dan Sanksi 234

E. Relevansi Pemahaman Ini bagi Masyarakat Kontemporer 236

F. Penutup: Menegakkan Tujuan Syariat Melalui Perang Melawan Narkoba 237

BAB 12 KAIDAH FIQIH DALAM PENETAPAN HUKUM NARKOBA 241

A. Pengertian, Sumber, dan Fungsi Kaidah Fiqih 241

B. Kaidah Pokok: "Kemudaratan Harus Dihilangkan" 242
C. Kaidah Terkait Larangan Merusak Diri dan Orang Lain 244
D. Kaidah Tentang Kesadaran, Kendali Diri, dan Pertanggungjawaban 245
E. Kaidah Penerapan Sanksi dan Tindakan Pemulihan 247
F. Kaidah Menjaga Keutuhan Masyarakat dan Negara 248

BAB 13 FATWA ULAMA DAN MAJELIS ULAMA INDONESIA TENTANG NARKOBA 253

A. Pengertian, Dasar, dan Kedudukan Fatwa dalam Islam 253
B. Pandangan Ulama Klasik tentang Zat yang Mengaburkan Akal 255
C. Fatwa MUI Nomor 4 Tahun 2014 tentang Narkotika dan Psikotropika 256
D. Perkembangan Pandangan Ulama Kontemporer 257
E. Dampak Fatwa terhadap Sikap Masyarakat dan Kebijakan Negara 259
F. Catatan Penting dan Langkah ke Depan 260

BAB 14 SEJARAH REGULASI NARKOBA DI INDONESIA 265

A. Masa Awal Kemerdekaan dan Warisan Peraturan Kolonial 265
B. Perkembangan Regulasi Masa Orde Lama hingga Orde Baru 267
C. Era Reformasi: Perubahan Paradigma dan UU Narkotika 2009 269

D. Peraturan Pelaksana dan Perkembangan Terkait. 271
E. Kelebihan, Kelemahan, dan Masalah Implementasi..... 272
F. Arah Pembaruan Regulasi Masa Depan..... 274

BAB 15 TINDAK PIDANA NARKOBA DALAM HUKUM POSITIF 279

A. Asas dan Landasan Yuridis Penjatuhan Pidana... 279
B. Rumusan Tindak Pidana dan Penggolongan Pelaku 280
C. Jenis Ancaman Sanksi Pidana.....282
D. Penerapan Pasal dan Masalah Penafsiran 283
E. Perbandingan Paradigma Lama dan Baru 284
F. Arah Penyempurnaan Ketentuan Pidana.....286

BAB 16 KEBIJAKAN REHABILITASI DALAM SISTEM HUKUM DI INDONESIA 291

A. Dasar Filosofis dan Yuridis Rehabilitasi 291
B. Tata Cara Penetapan dan Mekanisme Pelaksanaan..... 293
C. Hak, Kewajiban, dan Jaminan Perlindungan 294
D. Peran Lembaga Terkait dalam Pelaksanaan 296
E. Tantangan, Hambatan, dan Kesenjangan Penerapan..... 297
F. Penyempurnaan Kebijakan ke Depan 298

BAB 17 KOMPARASI FIQIH NARKOBA DAN PERUNDANG-UNDANGAN INDONESIA . 303

A. Analisis Komparatif Pasal-pasal UU Narkotika dengan Fiqih Jinayah 303
B. Dampak Implementasi UU Narkotika terhadap Kelompok Rentan.....308

C. Rekomendasi Reformasi Berbasis Kolaboratif 313

BAB 18 MODEL KOLABORATIF PENANGANAN NARKOBA 323

A. Konsep Kolaborasi Multi-Sektor 323

B. Peran Pemerintah (Kebijakan dan Regulasi) 328

C. Peran Ulama dan Lembaga Keagamaan 331

D. Peran Tenaga Kesehatan 335

E. Peran Akademisi..... 338

F. Peran Masyarakat Sipil..... 342

G. Peran Media 346

H. Studi Kasus Implementasi Model Kolaboratif 350

BAB 19 TANTANGAN DAN PROSPEK KE DEPAN 365

A. Tantangan Implementasi Kebijakan Narkoba Terintegrasi 365

B. Isu Kontemporer dalam Kebijakan Narkoba 369

C. Prospek Pengembangan dan Studi..... 373

D. Strategi Penguatan Kapasitas Institusi 378

BAB 20 PENUTUP.....387

A. Kesimpulan..... 387

B. Kebijakan Berbasis Kesehatan dan Maqāṣid al-Sharī'ah..... 392

C. Pengembangan Kebijakan dan Praktik 397

D. Fiqih Narkoba Berbasis Kesehatan dan Perundangan 402

EPILOG... 413

DAFTAR PUSTAKA 416

GLOSARIUM 422
BIODATA PENULIS..... 443

BAB 1
PENDAHULUAN

A. Perkembangan Penyalahgunaan Narkotika

1. Fenomena global penyalahgunaan narkotika dan psikotropika yang semakin mengkhawatirkan

Penyalahgunaan narkotika dan psikotropika telah menjadi salah satu tantangan terbesar yang dihadapi umat manusia di abad ke-21. Fenomena ini tidak mengenal batas negara, kelas sosial, usia, maupun agama. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mencatat bahwa sekitar 269 juta orang di seluruh dunia telah menggunakan narkoba setidaknya sekali sepanjang tahun 2021, dan angka ini terus meningkat setiap tahunnya.[1] Dari jumlah tersebut, lebih dari 36 juta orang menderita gangguan akibat penggunaan narkoba (*drug use disorders*), yang memerlukan penanganan serius baik dari aspek kesehatan maupun hukum.[2]

Perkembangan jenis narkoba juga semakin beragam dan kompleks. Selain narkotika klasik seperti opium, heroin, dan kokain, kini telah muncul berbagai jenis *New Psychoactive Substances* (NPS) yang jumlahnya mencapai lebih dari 1.000 jenis di seluruh dunia.[3] NPS ini sering kali dipasarkan dengan label "legal highs" atau "designer drugs" yang menimbulkan tantangan tersendiri bagi sistem hukum dan kesehatan di berbagai negara, termasuk Indonesia. Fenomena ini menunjukkan bahwa perang melawan narkoba tidak pernah usai dan memerlukan pendekatan yang terus berkembang.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) melaporkan bahwa pasar gelap narkoba global menghasilkan keuntungan sekitar 400-600 miliar dolar AS per tahun, menjadikannya salah satu bisnis ilegal terbesar di dunia.[4] Keuntungan besar inilah yang mendorong sindikat-sindikat narkoba untuk terus berinovasi dalam memproduksi, memasarkan, dan mendistribusikan narkoba ke berbagai penjuru dunia, termasuk ke negara-negara dengan hukum yang sangat keras seperti Indonesia.

2. Data dan statistik penyalahgunaan narkoba di Indonesia berdasarkan laporan BNN dan lembaga terkait

Indonesia, sebagai negara dengan populasi terbesar keempat di dunia dan mayoritas Muslim terbesar, menghadapi tantangan serius dalam penanganan narkoba. Badan Narkotika Nasional (BNN) melaporkan bahwa angka prevalensi penyalahgunaan narkoba di Indonesia mencapai 1,95 persen dari total populasi atau sekitar 3,6 juta orang pada tahun 2023.[5] Angka ini menunjukkan peningkatan yang signifikan dibandingkan tahun-tahun sebelumnya, mengindikasikan bahwa upaya pemberantasan yang dilakukan selama ini belum sepenuhnya efektif.

BNN mencatat bahwa penyalahgunaan narkoba tidak hanya terjadi di kalangan masyarakat marginal, tetapi juga telah merambah ke berbagai lapisan masyarakat, termasuk kalangan pelajar, mahasiswa, pegawai negeri, dan pekerja swasta.[6] Data menunjukkan bahwa 24-28 persen dari pengguna narkoba adalah pelajar dan mahasiswa, sebuah angka yang sangat mengkhawatirkan karena menunjukkan bahwa generasi muda, yang seharusnya menjadi tulang punggung bangsa, telah terpapar bahaya narkoba.[7]

Jumlah kasus narkoba yang ditangani oleh aparat penegak hukum juga terus meningkat. Pada tahun 2022, Badan Narkotika Nasional dan Kepolisian Republik Indonesia berhasil mengungkap lebih dari 40.000 kasus narkoba dengan jumlah tersangka mencapai lebih dari 50.000 orang.[8] Angka

ini menunjukkan bahwa peredaran narkoba di Indonesia masih sangat masif dan memerlukan penanganan yang lebih komprehensif, tidak hanya dari sisi penegakan hukum tetapi juga dari sisi pencegahan dan rehabilitasi.

3. Dampak multidimensi narkoba: kesehatan fisik dan mental, kerusakan sosial, dan kerugian ekonomi

Dampak penyalahgunaan narkoba tidak hanya dirasakan oleh individu pengguna, tetapi juga oleh keluarga, masyarakat, dan negara secara keseluruhan. Dari sisi kesehatan, narkoba menyebabkan berbagai gangguan fisik dan mental yang serius. Penggunaan narkoba dalam jangka panjang dapat merusak sistem saraf pusat, menyebabkan kerusakan otak yang permanen, gangguan fungsi hati dan ginjal, serta berbagai penyakit lainnya.[9] Pengguna narkoba juga berisiko tinggi tertular HIV/AIDS dan hepatitis melalui penggunaan jarum suntik secara bergantian.[10]

Dari sisi psikologis, penyalahgunaan narkoba dapat menyebabkan gangguan mental seperti depresi, kecemasan, psikosis, hingga keinginan bunuh diri. Kecanduan narkoba juga mengubah struktur otak pengguna, menyebabkan hilangnya kontrol diri dan kemampuan mengambil keputusan yang rasional.[11] Hal ini menjelaskan mengapa banyak pengguna narkoba yang terus menggunakan meskipun mereka menyadari dampak buruknya bagi diri mereka sendiri dan orang-orang di sekitarnya.

Dampak sosial dari penyalahgunaan narkoba tidak kalah mengerikannya. Narkoba menjadi penyebab utama disfungsi keluarga, perceraian, kekerasan dalam rumah tangga, dan penelantaran anak.[12] Pengguna narkoba sering kali kehilangan pekerjaan, terisolasi dari lingkungan sosial, dan akhirnya terjerumus ke dalam tindak kriminalitas untuk memenuhi kebutuhan akan narkoba. Hal ini menciptakan lingkaran setan yang sulit diputus: kemiskinan mendorong seseorang

menggunakan narkoba, dan narkoba semakin memperdalam kemiskinan.

Kerugian ekonomi akibat penyalahgunaan narkoba juga sangat besar. BNN memperkirakan bahwa kerugian ekonomi akibat narkoba di Indonesia mencapai lebih dari Rp 50 triliun per tahun, termasuk biaya perawatan kesehatan, kehilangan produktivitas, biaya penegakan hukum, dan kerugian lainnya.[13] Jika dihitung dengan metode yang lebih komprehensif, beberapa lembaga memperkirakan kerugian ini bisa mencapai lebih dari Rp 100 triliun per tahun. Angka ini setara dengan sekitar 0,5-1 persen dari Produk Domestik Bruto (PDB) Indonesia, sebuah angka yang sangat signifikan dan seharusnya dapat digunakan untuk pembangunan infrastruktur, pendidikan, dan kesehatan.

4. Kesenjangan antara pendekatan hukum yang represif dengan kebutuhan pendekatan kesehatan dan rehabilitasi

Salah satu isu paling kritis dalam penanganan narkoba di Indonesia adalah kesenjangan antara pendekatan hukum yang sangat represif dengan kebutuhan akan pendekatan kesehatan dan rehabilitasi. Indonesia termasuk negara dengan hukuman paling berat bagi pelaku kejahatan narkoba di dunia, termasuk hukuman mati bagi pengedar dan produsen narkoba.[14] Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika memberlakukan sanksi yang sangat keras, bahkan bagi pengguna narkoba yang seharusnya dipandang sebagai korban dan pasien yang memerlukan pengobatan.

Paradigma "perang melawan narkoba" (*war on drugs*) yang dianut oleh pemerintah Indonesia telah menyebabkan kriminalisasi massal terhadap pengguna narkoba. Data menunjukkan bahwa dari sekitar 115.000 orang yang dipenjara karena kasus narkoba, sebagian besar adalah pengguna kecil atau kurir level bawah yang seharusnya dapat direhabilitasi.[15] Akibatnya, penjara-penjara di Indonesia mengalami overkapasitas yang parah, dengan tingkat hunian mencapai 200-300 persen dari kapasitas yang seharusnya.

Pendekatan represif ini juga menyebabkan rendahnya akses pengguna narkoba terhadap layanan rehabilitasi. Banyak pengguna yang takut melapor karena khawatir akan ditangkap dan dipenjara, sehingga mereka tidak mendapatkan perawatan yang mereka butuhkan.[16] Hal ini bertentangan dengan prinsip kesehatan masyarakat yang memandang kecanduan sebagai penyakit kronis yang memerlukan pengobatan, bukan kejahatan yang harus dihukum.

Kesenjangan ini juga terlihat dalam implementasi kebijakan. Meskipun Undang-Undang Narkotika mengakui rehabilitasi sebagai alternatif bagi pengguna, dalam praktiknya, rehabilitasi sering kali diabaikan dan pengguna tetap diproses secara pidana.[17] Tidak adanya panduan yang jelas tentang kriteria pengguna yang berhak mendapatkan rehabilitasi menyebabkan diskresi yang luas bagi aparat penegak hukum, yang sering kali berujung pada ketidakadilan dan diskriminasi terhadap kelompok miskin dan marginal.

5. Urgensi perumusan kebijakan narkoba yang mengintegrasikan perspektif kesehatan, keislaman, dan perundangan

Realitas kompleks penanganan narkoba di Indonesia menuntut adanya perumusan kebijakan yang lebih holistik dan terintegrasi. Pendekatan yang hanya mengandalkan aspek hukum terbukti tidak efektif dalam menurunkan angka penyalahgunaan narkoba, bahkan cenderung menimbulkan masalah baru seperti overkapasitas penjara dan stigmatisasi terhadap mantan pengguna.[18] Diperlukan pendekatan yang menggabungkan tiga perspektif utama: kesehatan, keislaman, dan perundangan.

Perspektif kesehatan penting karena kecanduan narkoba pada hakikatnya adalah masalah kesehatan yang memerlukan pendekatan medis dan psikologis. Pengguna narkoba adalah pasien yang membutuhkan pengobatan, bukan penjahat yang semata-mata harus dihukum.[19] Pendekatan kesehatan

menekankan pada pencegahan, pengobatan, dan rehabilitasi, serta *harm reduction* untuk mengurangi dampak buruk narkoba.

Perspektif keislaman penting karena Indonesia adalah negara dengan mayoritas Muslim terbesar di dunia. Nilai-nilai Islam mengajarkan perlindungan terhadap jiwa, akal, harta, keturunan, dan agama (hifẓ al-nafs, al-'aql, al-mal, al-nasl, wa al-din).[20] Fiqih Islam memiliki pandangan yang jelas tentang status hukum narkoba dan sanksi bagi pelakunya, namun juga menekankan pada aspek rehabilitasi dan perlindungan terhadap martabat manusia.

Perspektif perundangan penting untuk memberikan kepastian hukum dan perlindungan hak-hak warga negara. Hukum positif harus memberikan panduan yang jelas tentang perbedaan antara pengguna dan pengedar, serta memberikan ruang yang cukup bagi pendekatan rehabilitasi.[21] Reformasi kebijakan narkoba di Indonesia harus dilakukan dengan memperhatikan ketiga perspektif ini secara seimbang dan terintegrasi.

Urgensi perumusan kebijakan yang terintegrasi ini semakin mendesak dengan adanya rencana implementasi Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP) baru pada tahun 2026. KUHP baru membawa perubahan paradigma dari hukum pidana kolonial menuju hukum pidana yang berorientasi pada keadilan restoratif dan rehabilitasi.[22] Namun, perubahan ini memerlukan harmonisasi dengan Undang-Undang Narkotika agar tidak terjadi kekosongan hukum dan ketidakpastian dalam penanganan kasus narkoba.

Selain itu, perkembangan isu kontemporer seperti ganja medis dan NPS juga menuntut adanya kajian fiqih yang lebih mendalam dan kebijakan yang jelas. Di berbagai negara, penggunaan ganja untuk kepentingan medis telah dilegalkan,

namun di Indonesia masih menjadi perdebatan.[23] Begitu pula dengan NPS yang terus berkembang dan belum sepenuhnya diatur dalam peraturan perundang-undangan yang ada. Buku ini hadir untuk memberikan kontribusi dalam perumusan kebijakan narkoba yang mengintegrasikan perspektif kesehatan, keislaman, dan perundangan. Melalui kajian yang mendalam dan komprehensif, buku ini diharapkan dapat menjadi referensi bagi berbagai pihak yang terlibat dalam penanganan narkoba di Indonesia.

B. Narkoba dalam Berbagai Perspektif

1. Status hukum narkoba dalam perspektif fiqih Islam dan keterkaitannya dengan kesehatan masyarakat

Buku ini akan mengkaji secara mendalam status hukum narkoba dalam perspektif fiqih Islam. Kajian ini mencakup analisis dalil-dalil dari Al-Qur'an dan Hadis yang menjadi landasan keharaman narkoba, metodologi istinbath yang digunakan oleh para ulama dalam menetapkan hukum narkoba, serta perbedaan pendapat yang muncul di kalangan ulama klasik dan kontemporer. Secara khusus, buku ini akan mengeksplorasi bagaimana prinsip maqāṣid al-sharī'ah (tujuan-tujuan syariah) menjadi landasan fundamental dalam penetapan hukum narkoba.

Selain itu, buku ini akan mengkaji keterkaitan antara status hukum narkoba dalam Islam dengan kesehatan masyarakat. Islam memandang kesehatan sebagai salah satu nikmat terbesar yang harus dijaga, dan narkoba dipandang sebagai ancaman serius terhadap kesehatan individu dan masyarakat.[24] Kajian ini akan menghubungkan antara konsep hifẓ al-nafs (perlindungan jiwa) dan hifẓ al-'aql (perlindungan akal) dengan upaya-upaya pencegahan dan pengobatan dalam kesehatan masyarakat.

2. Perbedaan sanksi antara pengguna, pengedar, dan produsen narkoba dalam fiqih dan hukum positif

Buku ini akan mengkaji secara komparatif perbedaan sanksi antara pengguna, pengedar, dan produsen narkoba dalam perspektif fiqih jinayah (hukum pidana Islam) dan hukum positif Indonesia. Dalam fiqih Islam, terdapat perbedaan yang jelas antara sanksi bagi pengguna yang lebih bersifat rehabilitatif (ta'zir) dengan sanksi bagi pengedar dan produsen yang jauh lebih berat, termasuk hukuman mati dalam kondisi tertentu.[25] Kajian ini juga akan menganalisis bagaimana hukum positif Indonesia (terutama UU No. 35/2009 tentang Narkotika) mengatur perbedaan sanksi ini, serta kesenjangan dan ambiguitas yang ada dalam implementasinya. Buku ini akan membandingkan antara prinsip-prinsip fiqih dengan hukum positif untuk menemukan titik-temu dan potensi harmonisasi yang dapat dilakukan.

3. Integrasi antara pendekatan kesehatan, nilai-nilai keislaman, dan perundang-undangan dalam penanganan narkoba

Fokus ketiga dari buku ini adalah integrasi antara tiga pendekatan: kesehatan, keislaman, dan perundang-undangan. Buku ini akan menunjukkan bahwa ketiga pendekatan ini tidak perlu dipertentangkan, melainkan dapat disinergikan untuk menghasilkan kebijakan narkoba yang lebih efektif dan manusiawi. Pendekatan kesehatan menekankan pada pencegahan, pengobatan, dan rehabilitasi; pendekatan keislaman menekankan pada perlindungan terhadap jiwa, akal, harta, keturunan, dan agama; sedangkan pendekatan perundangan memberikan kepastian hukum dan perlindungan hak-hak warga negara.[26] Buku ini akan menunjukkan bagaimana integrasi ketiga pendekatan ini dapat menghasilkan model penanganan narkoba yang holistik dan berkeadilan.

4. Formulasi kebijakan ideal penanganan narkoba yang holistik dan berkeadilan

Berdasarkan kajian terhadap ketiga fokus di atas, buku ini akan merumuskan kebijakan ideal penanganan narkoba yang holistik dan berkeadilan. Formulasi ini mencakup rekomendasi untuk revisi kebijakan narkoba di Indonesia, penguatan lembaga rehabilitasi, peningkatan pencegahan berbasis nilai-nilai Islam dan kesehatan, serta penegakan hukum yang proporsional.[27] Buku ini juga akan memberikan rekomendasi untuk model kolaboratif yang melibatkan berbagai pemangku kepentingan, pemerintah, ulama, tenaga kesehatan, akademisi, masyarakat sipil, dan media, dalam penanganan narkoba. Model kolaboratif ini diharapkan dapat menjadi solusi atas keterbatasan pendekatan tunggal yang selama ini dominan.

C. Manfaat Buku

1. Merumuskan kerangka fiqih narkoba yang mengintegrasikan tiga perspektif: kesehatan, keislaman, dan perundangan

Buku ini berorientasi pada perumusan kerangka fiqih narkoba yang mengintegrasikan tiga perspektif secara seimbang. Kerangka ini tidak hanya membahas aspek hukum Islam secara normatif, tetapi juga mengaitkannya dengan realitas kesehatan dan kerangka hukum yang berlaku di Indonesia. Dengan demikian, kerangka yang dihasilkan akan lebih aplikatif dan relevan dengan konteks kekinian. Integrasi ketiga perspektif ini penting karena masing-masing perspektif memiliki kelebihan dan kekurangan. Pendekatan kesehatan memiliki kelebihan dalam aspek pencegahan dan pengobatan, namun sering kali kurang memberikan kepastian hukum. Pendekatan keislaman memiliki kelebihan dalam aspek moral dan spiritual, namun perlu diterjemahkan ke dalam kebijakan yang operasional. Pendekatan perundangan memberikan kepastian hukum, namun sering kali terlalu represif dan mengabaikan aspek kesehatan dan kemanusiaan.[28]

2. Menjembatani kesenjangan antara hukum Islam, ilmu kesehatan, dan hukum positif dalam penanganan narkoba

Orientasi kedua dari buku ini adalah menjembatani kesenjangan yang selama ini terjadi antara hukum Islam, ilmu kesehatan, dan hukum positif dalam penanganan narkoba. Kesenjangan ini sering kali menyebabkan kebingungan dalam implementasi kebijakan dan ketidakadilan dalam penanganan kasus narkoba.[29] Buku ini akan menunjukkan bahwa sebenarnya tidak ada pertentangan mendasar antara ketiga perspektif ini. Hukum Islam, ilmu kesehatan, dan hukum positif memiliki tujuan yang sama, yaitu melindungi masyarakat dari bahaya narkoba dan memberikan perlakuan yang adil bagi para pelaku. Perbedaan yang ada lebih pada pendekatan dan metode, yang sebenarnya dapat disinergikan untuk mencapai hasil yang lebih baik.

3. Memberikan kontribusi akademik bagi reformasi kebijakan narkoba di Indonesia

Orientasi ketiga buku ini adalah memberikan kontribusi akademik bagi reformasi kebijakan narkoba di Indonesia. Buku ini diharapkan dapat menjadi referensi bagi para pembuat kebijakan, akademisi, praktisi hukum, tenaga kesehatan, dan masyarakat dalam merumuskan kebijakan narkoba yang lebih baik.[30] Kontribusi akademik ini mencakup analisis kritis terhadap kebijakan yang ada, identifikasi kelemahan dan kekurangannya, serta rekomendasi perbaikan yang berbasis pada kajian yang mendalam dan komprehensif. Buku ini juga akan menyajikan berbagai alternatif kebijakan yang dapat dipertimbangkan oleh pemerintah dalam mereformasi kebijakan narkoba di Indonesia.

4. Menyediakan panduan praktis bagi ulama, tenaga kesehatan, pembuat kebijakan, dan masyarakat dalam menangani kasus narkoba

Orientasi keempat dari buku ini adalah menyediakan panduan praktis bagi berbagai pihak yang terlibat dalam penanganan

kasus narkoba. Bagi ulama, buku ini akan memberikan panduan tentang bagaimana menetapkan hukum dan memberikan fatwa yang tepat terkait narkoba.[31] Bagi tenaga kesehatan, buku ini akan memberikan pemahaman tentang bagaimana menangani pasien kecanduan narkoba dengan pendekatan yang tidak hanya medis tetapi juga spiritual. Bagi pembuat kebijakan, buku ini akan memberikan rekomendasi kebijakan yang dapat diimplementasikan dalam reformasi UU Narkotika. Bagi masyarakat, buku ini akan memberikan pemahaman tentang bahaya narkoba dan bagaimana mencegah penyalahgunaannya, serta bagaimana memperlakukan mantan pengguna dengan lebih manusiawi dan tanpa stigma. Buku ini juga akan menyajikan berbagai studi kasus dan contoh praktik baik (*best practices*) dari berbagai negara yang dapat menjadi pelajaran bagi Indonesia dalam menangani masalah narkoba. Dengan demikian, buku ini tidak hanya bersifat teoretis tetapi juga praktis dan aplikatif.

D. Pengembangan Pemikiran Fiqih Kontemporer tentang Narkoba

1. Aspek Teoretis: Memperkaya khazanah keilmuan fiqih kontemporer dan kebijakan publik

Kajian tentang fiqih narkoba dari perspektif kesehatan, keislaman, dan perundangan memiliki signifikansi teoretis yang penting dalam pengembangan keilmuan. Pertama, kajian ini akan memperkaya khazanah fiqih kontemporer dengan membahas isu-isu baru yang belum banyak mendapat perhatian dari para ulama klasik. Narkoba sebagai fenomena modern dengan berbagai jenis, efek, dan dampaknya yang kompleks memerlukan ijtihad baru yang sesuai dengan konteks kekinian.[20]

Kedua, kajian ini akan mengembangkan teori maqāṣid al-sharī'ah dengan mengaplikasikannya secara konkret dalam kebijakan narkoba. Meskipun teori maqāṣid telah banyak

dikembangkan oleh para ulama ushul fiqih, penerapannya dalam kebijakan publik, khususnya kebijakan narkoba, masih relatif terbatas. Buku ini akan menunjukkan bagaimana lima tujuan syariah, perlindungan agama, jiwa, akal, keturunan, dan harta, dapat menjadi kerangka analisis yang komprehensif dalam mengevaluasi dan merumuskan kebijakan narkoba.[30]

Ketiga, kajian ini akan mengembangkan pendekatan multidisiplin dalam kajian fiqih dengan mengintegrasikan ilmu kesehatan dan ilmu hukum. Pendekatan multidisiplin ini penting karena masalah narkoba tidak dapat dipahami secara utuh hanya dari satu perspektif saja. Integrasi antara fiqih, kesehatan, dan hukum positif akan menghasilkan pemahaman yang lebih holistik dan solusi yang lebih komprehensif.[40]

Keempat, kajian ini akan memberikan kontribusi bagi pengembangan teori kebijakan publik di Indonesia, khususnya dalam bidang kebijakan narkoba. Dengan menghadirkan perspektif keislaman yang selama ini kurang mendapat perhatian dalam perumusan kebijakan publik di Indonesia, kajian ini akan memperkaya wacana kebijakan publik dan memberikan alternatif paradigma yang lebih sesuai dengan nilai-nilai dan budaya bangsa Indonesia.[50]

2. Aspek Praktis: Memberikan solusi konkret bagi penanganan kasus narkoba berbasis nilai-nilai Islam dan kesehatan

Signifikansi praktis dari kajian ini sangat penting mengingat masalah narkoba di Indonesia telah mencapai tingkat yang mengkhawatirkan dan memerlukan solusi yang konkret dan aplikatif. Pertama, buku ini akan menyediakan panduan praktis bagi para ulama dan tokoh agama dalam memberikan fatwa dan bimbingan kepada masyarakat tentang bahaya narkoba dan cara penanganannya. Panduan ini akan membantu ulama dalam merespons berbagai pertanyaan dan kasus yang muncul di masyarakat dengan pendekatan yang tidak hanya normatif tetapi juga mempertimbangkan aspek kesehatan dan kemanusiaan.[60]

Kedua, buku ini akan menjadi panduan bagi tenaga kesehatan dalam menangani pasien dengan gangguan kecanduan narkoba. Pendekatan yang mengintegrasikan aspek spiritual dan medis akan membantu tenaga kesehatan dalam memberikan perawatan yang lebih holistik dan efektif. Rehabilitasi yang menggabungkan terapi medis, psikologis, dan spiritual telah terbukti lebih efektif dalam membantu pemulihan pecandu narkoba.[70]

Ketiga, buku ini akan memberikan panduan bagi aparat penegak hukum dalam menangani kasus narkoba dengan pendekatan yang lebih proporsional dan manusiawi. Dengan memahami perbedaan antara pengguna, pengedar, dan produsen narkoba, serta pentingnya rehabilitasi bagi pengguna, aparat penegak hukum dapat menjalankan tugasnya dengan lebih adil dan efektif.[80]

Keempat, buku ini akan menjadi panduan bagi masyarakat dalam memahami bahaya narkoba dan cara mencegah penyalahgunaannya di lingkungan keluarga dan komunitas. Dengan pemahaman yang lebih baik, masyarakat dapat berperan aktif dalam pencegahan narkoba dan mendukung proses pemulihan mantan pengguna tanpa stigma dan diskriminasi.[90]

3. Aspek Kebijakan: Menjadi referensi bagi reformasi UU Narkotika di Indonesia

Signifikansi kebijakan dari kajian ini sangat strategis mengingat adanya kebutuhan mendesak untuk mereformasi Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika. Pertama, buku ini akan memberikan analisis kritis terhadap kelemahan-kelemahan UU Narkotika yang ada, terutama dalam hal ambiguitas antara pengguna dan pengedar, kurangnya pembedaan sanksi, dan minimnya pengaturan tentang rehabilitasi. Analisis ini akan menjadi dasar bagi rekomendasi perubahan yang lebih sistematis dan terencana.[100]

Kedua, buku ini akan memberikan rekomendasi kebijakan yang berbasis pada kajian yang mendalam dan komprehensif, dengan mempertimbangkan perspektif kesehatan, keislaman, dan perundangan secara seimbang. Rekomendasi ini dapat menjadi bahan pertimbangan bagi DPR dan pemerintah dalam merumuskan revisi UU Narkotika yang lebih baik dan lebih sesuai dengan kebutuhan masyarakat.[110]

Ketiga, buku ini akan memberikan kontribusi dalam harmonisasi antara UU Narkotika dengan KUHP baru yang akan berlaku pada tahun 2026. KUHP baru membawa perubahan paradigma menuju keadilan restoratif dan rehabilitasi, yang memerlukan penyesuaian dalam UU Narkotika agar tidak terjadi kekosongan hukum dan ketidakpastian dalam penanganan kasus narkoba.[120]

Keempat, buku ini akan memberikan rekomendasi untuk penguatan kelembagaan dalam penanganan narkoba, termasuk penguatan BNN, lembaga rehabilitasi, dan koordinasi lintas sektor. Penguatan kelembagaan ini penting untuk memastikan implementasi kebijakan yang efektif dan terkoordinasi.[130]

4. Aspek Sosial: Mengurangi stigma dan diskriminasi terhadap mantan pengguna narkoba

Signifikansi sosial dari kajian ini sangat penting karena stigma dan diskriminasi terhadap mantan pengguna narkoba merupakan salah satu hambatan terbesar dalam proses pemulihan dan reintegrasi sosial. Pertama, buku ini akan memberikan pemahaman bahwa kecanduan narkoba adalah penyakit yang memerlukan pengobatan, bukan kejahatan yang harus dihukum dan distigmatisasi. Pemahaman ini penting untuk mengubah pandangan masyarakat yang selama ini cenderung memandang pengguna narkoba sebagai penjahat yang layak diasingkan.[140]

Kedua, buku ini akan mengajarkan nilai-nilai Islam tentang kasih sayang, pengampunan, dan penerimaan kembali

(taubat) yang dapat menjadi landasan bagi masyarakat untuk menerima kembali mantan pengguna narkoba yang telah menjalani rehabilitasi. Islam mengajarkan bahwa setiap orang berhak mendapatkan kesempatan kedua untuk memperbaiki diri, dan ini berlaku juga bagi mantan pengguna narkoba.[150]

Ketiga, buku ini akan memberikan panduan bagi keluarga dan masyarakat dalam mendukung proses pemulihan mantan pengguna narkoba. Dukungan keluarga dan masyarakat sangat penting dalam mencegah kekambuhan dan membantu mantan pengguna untuk kembali produktif dan berkontribusi bagi masyarakat.[160]

Keempat, buku ini akan mengkampanyekan anti-stigma dan anti-diskriminasi terhadap mantan pengguna narkoba melalui berbagai pendekatan, termasuk pendidikan, advokasi, dan pemberdayaan komunitas. Pengurangan stigma dan diskriminasi akan membuka peluang bagi mantan pengguna untuk mendapatkan pekerjaan, pendidikan, dan kesempatan lain yang selama ini tertutup bagi mereka.[170]

E. Pendekatan Buku

1. Studi pustaka (*library research*) dengan pendekatan kualitatif-normatif

Studi ini menggunakan jenis studi pustaka (*library research*) dengan pendekatan kualitatif-normatif. Studi pustaka adalah studi yang dilakukan dengan cara mengumpulkan, membaca, menganalisis, dan mensintesis berbagai literatur yang relevan dengan topik yang diteliti.[180] Pendekatan kualitatif-normatif berarti studi ini berfokus pada analisis terhadap norma-norma hukum, baik yang bersumber dari hukum Islam (fiqih) maupun hukum positif, serta nilai-nilai yang terkandung di dalamnya, kemudian menginterpretasikannya secara kualitatif.

Studi pustaka dipilih karena topik fiqih narkoba memerlukan kajian yang mendalam terhadap berbagai sumber teks, baik klasik maupun kontemporer, yang tidak mungkin

dilakukan hanya dengan studi lapangan. Selain itu, pendekatan normatif diperlukan untuk menganalisis status hukum narkoba dan sanksi bagi pelakunya, yang merupakan isu sentral dalam buku ini.[190]

2. Sumber data primer: Al-Qur'an, Hadis, kitab-kitab fiqih klasik dan kontemporer, serta fatwa ulama

Sumber data primer dalam studi ini adalah teks-teks normatif yang menjadi landasan hukum Islam. Pertama, Al-Qur'an sebagai sumber utama hukum Islam, khususnya ayat-ayat yang berkaitan dengan larangan khamr dan zat yang memabukkan, serta ayat-ayat tentang larangan merusak diri dan orang lain.[200] Kedua, Hadis-hadis Nabi Muhammad SAW yang berkaitan dengan keharaman zat yang memabukkan, larangan membahayakan diri dan orang lain, serta prinsip-prinsip umum dalam penetapan hukum. Hadis-hadis ini akan dikaji dari berbagai kitab hadis utama seperti Shahih Bukhari, Shahih Muslim, Sunan Abu Dawud, Sunan al-Tirmidzi, dan lainnya.[210]

Ketiga, kitab-kitab fiqih klasik dan kontemporer yang membahas tentang hukum zat yang memabukkan, jinayah (tindak pidana), dan sanksi-sanksi dalam Islam. Kitab-kitab klasik seperti Al-Muwafaqat karya al-Syatibi, Al-Mustashfa karya al-Ghazali, dan Al-Fiqh al-Islami wa Adillatuhu karya Wahbah al-Zuhaili akan menjadi rujukan utama.[220] Keempat, fatwa-fatwa ulama dan lembaga fatwa, baik di Indonesia (seperti fatwa MUI) maupun di tingkat internasional (seperti fatwa al-Azhar dan OKI), yang berkaitan dengan narkoba. Fatwa-fatwa ini akan dianalisis untuk melihat perkembangan pemikiran hukum Islam dalam merespons isu narkoba.[230]

3. Sumber data sekunder: Buku, jurnal ilmiah, laporan studi, peraturan perundang-undangan, dan literatur kesehatan

Sumber data sekunder dalam studi ini mencakup berbagai literatur yang relevan dengan topik studi. Pertama, buku-buku dan monograf yang membahas tentang narkoba, kebijakan

publik, kesehatan masyarakat, dan hukum Islam. Buku-buku ini akan memberikan konteks dan analisis yang lebih luas tentang masalah narkoba.[240] Kedua, jurnal-jurnal ilmiah yang mempublikasikan hasil studi tentang narkoba dari berbagai disiplin ilmu, termasuk hukum, kesehatan, psikologi, dan sosiologi. Jurnal-jurnal terakreditasi nasional dan internasional akan menjadi sumber utama untuk mendapatkan temuan-temuan terbaru dalam studi narkoba.[250]

Ketiga, laporan studi dari berbagai lembaga, seperti BNN, UNODC, WHO, IDPC, dan lembaga studi lainnya. Laporan-laporan ini akan menyediakan data dan statistik tentang penyalahgunaan narkoba, kebijakan yang ada, dan dampak-dampaknya.[260] Keempat, peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan narkoba, terutama UU No. 35/2009 tentang Narkotika, UU No. 5/1997 tentang Psikotropika, dan KUHP baru yang akan berlaku pada tahun 2026. Analisis terhadap peraturan perundang-undangan ini penting untuk memahami kerangka hukum positif yang mengatur narkoba di Indonesia.[270] Kelima, literatur kesehatan yang membahas tentang kecanduan narkoba, rehabilitasi, dan kesehatan masyarakat. Literatur ini akan memberikan dasar bagi pemahaman tentang narkoba sebagai masalah kesehatan.[280]

4. Pendekatan multidisiplin: Menggabungkan perspektif fiqih, kesehatan publik, dan hukum positif

Pendekatan multidisiplin adalah salah satu keunggulan utama dari studi ini. Masalah narkoba adalah masalah yang kompleks dan multidimensi yang tidak dapat dipahami secara utuh hanya dari satu perspektif saja. Oleh karena itu, studi ini menggabungkan tiga perspektif utama: fiqih (hukum Islam), kesehatan publik, dan hukum positif.[290]

Pendekatan fiqih digunakan untuk menganalisis status hukum narkoba, sanksi bagi pelakunya, dan prinsip-prinsip umum dalam penanganan narkoba menurut Islam. Pendekatan kesehatan publik digunakan untuk menganalisis dampak

narkoba terhadap kesehatan individu dan masyarakat, serta strategi pencegahan dan rehabilitasi yang efektif. Pendekatan hukum positif digunakan untuk menganalisis kerangka hukum yang mengatur narkoba di Indonesia, serta kelemahan dan kelebihannya.[300] Integrasi ketiga perspektif ini akan menghasilkan pemahaman yang lebih holistik dan komprehensif tentang masalah narkoba, serta solusi yang lebih efektif dan berkeadilan. Pendekatan multidisiplin ini juga sejalan dengan perkembangan ilmu pengetahuan modern yang semakin mengakui pentingnya kolaborasi antar disiplin ilmu dalam memecahkan masalah-masalah kompleks.[310]

5. Analisis komparatif antara fatwa ulama, literatur kesehatan, dan peraturan perundang-undangan

Metode analisis komparatif digunakan untuk membandingkan dan mengkontraskan berbagai sumber dan perspektif dalam studi ini. Pertama, studi ini akan membandingkan berbagai pendapat ulama tentang status hukum narkoba dan sanksi bagi pelakunya. Perbedaan pendapat ini akan dianalisis untuk melihat titik-temu dan perbedaan yang ada, serta untuk menemukan pendapat yang paling kuat dan relevan dengan konteks kekinian.[320]

Kedua, studi ini akan membandingkan antara fatwa ulama dengan literatur kesehatan tentang narkoba. Perbandingan ini penting untuk melihat apakah ada keselarasan atau ketegangan antara pandangan hukum Islam dan pandangan kesehatan masyarakat tentang narkoba, dan bagaimana ketegangan ini dapat diatasi.[330] Ketiga, studi ini akan membandingkan antara hukum Islam (fiqih) dengan hukum positif Indonesia tentang narkoba. Perbandingan ini penting untuk melihat apakah ada keselarasan atau kontradiksi antara kedua sistem hukum tersebut, dan bagaimana harmonisasi dapat dilakukan untuk menghasilkan kebijakan yang lebih baik.[340]

Keempat, studi ini juga akan membandingkan kebijakan narkoba di Indonesia dengan kebijakan di negara-negara lain,

terutama negara-negara Muslim dan negara-negara yang telah menerapkan pendekatan kesehatan dalam penanganan narkoba. Perbandingan ini akan memberikan pelajaran berharga bagi reformasi kebijakan narkoba di Indonesia.[350] Analisis komparatif ini akan dilakukan secara sistematis dan kritis, dengan memperhatikan konteks dan latar belakang masing-masing sumber. Tujuannya bukan untuk mencari siapa yang benar dan siapa yang salah, melainkan untuk menemukan sintesis yang lebih baik dari berbagai perspektif yang ada.[360]

F. Sistematika Penulisan Buku

Buku ini terdiri dari 20 bab yang disusun secara sistematis untuk memberikan pemahaman yang komprehensif tentang fiqih narkoba dari perspektif kesehatan, keislaman, dan perundangan. Berikut adalah sistematika pembahasan secara lengkap:

Bab I: Pendahuluan. Bab ini membahas latar belakang masalah, fokus kajian, orientasi kajian, signifikansi kajian, metode kajian, dan sistematika pembahasan. Bab ini menjadi pengantar bagi pembaca untuk memahami konteks dan kerangka keseluruhan buku.

Bab II: Narkoba dalam Tinjauan Kesehatan dan Hukum. Bab ini membahas sejarah dan perkembangan narkoba, definisi dan jenis narkoba, dampak kesehatan narkoba, serta kerangka hukum narkoba di Indonesia. Bab ini memberikan pemahaman dasar tentang narkoba dari perspektif kesehatan dan hukum.

Bab III: Landasan Hukum Islam dan Maqāṣid al-Sharī'ah. Bab ini membahas pengantar hukum Islam, konsep dan sejarah maqāṣid al-sharī'ah, tingkatan maqāṣid al-sharī'ah, serta maqāṣid dan kebijakan kesehatan publik. Bab ini menjadi landasan teoretis bagi pembahasan fiqih narkoba.

Bab IV: Metodologi Istinbath Hukum Narkoba. Bab ini membahas sumber-sumber hukum dalam kasus narkoba, peran qiyas dan istihsan dalam penetapan hukum, ijma' ulama

tentang keharaman narkoba, serta diskursus ulama klasik dan kontemporer. Bab ini menjelaskan metodologi penetapan hukum narkoba dalam Islam.

Bab V: Dalil-Dalil Keharaman Narkoba dalam Islam. Bab ini membahas dalil Al-Qur'an tentang larangan khamr dan narkoba, dalil hadis tentang keharaman zat memabukkan, konsensus ulama (ijma') tentang narkoba, serta argumentasi keharaman berdasarkan maqāṣid al-sharī'ah. Bab ini menyajikan landasan normatif keharaman narkoba dalam Islam.

Bab VI: Keharaman Narkoba Berdasarkan Maqāṣid al-Sharī'ah. Bab ini membahas keharaman narkoba berdasarkan lima tujuan syariah: hifẓ al-din (menjaga agama), hifẓ al-nafs (menjaga jiwa), hifẓ al-'aql (menjaga akal), hifẓ al-nasl (menjaga keturunan), dan hifẓ al-mal (menjaga harta). Bab ini menunjukkan bagaimana narkoba merusak kelima tujuan syariah tersebut.

Bab VII: Kaidah Fiqih dalam Penetapan Hukum Narkoba. Bab ini membahas empat kaidah fiqih utama dalam penetapan hukum narkoba: mā adhdza katsīruhu fa qalīluhu harām, dar'u al-mafāsid muqaddam 'alā jalb al-maṣāliḥ, al-dharurah tubīḥ al-mahẓūrāt, dan lā ḍarara wa lā ḍirāra. Bab ini menunjukkan bagaimana kaidah-kaidah ini diterapkan dalam kasus narkoba.

Bab VIII: Penggunaan Narkoba untuk Keperluan Medis (Rukhsah). Bab ini membahas konsep darurat (dharurah) dan kebutuhan (hajah) dalam Islam, syarat-syarat penggunaan narkoba untuk pengobatan, pendapat ulama tentang ganja medis dan narkotika untuk terapi, serta batasan dan konsekuensi penyalahgunaan izin medis.

Bab IX: Fiqih Jinayah dan Klasifikasi Pelaku Narkoba. Bab ini membahas pengantar fiqih jinayah (tindak pidana dalam Islam), klasifikasi jarimah: hudud, qisas/diyat, dan ta'zir, klasifikasi pelaku narkoba: pengguna, pengedar, dan

produsen, serta tujuan pemidanaan dalam Islam dan kesehatan.

Bab X: Sanksi bagi Pengguna Narkoba dalam Fiqih dan Hukum Positif. Bab ini membahas ta'zir sebagai sanksi edukatif dan preventif, hukuman cambuk bagi pengguna (pendapat ulama), rehabilitasi sebagai prioritas sanksi dalam perspektif kesehatan, sanksi pengguna dalam hukum positif Indonesia, serta rekomendasi reformasi sanksi bagi pengguna narkoba.

Bab XI: Sanksi bagi Pengedar dan Produsen Narkoba. Bab ini membahas Fatwa MUI No. 53/2014 tentang hukuman pelaku narkoba, hukuman mati sebagai siyasah untuk kejahatan luar biasa, konsep al-jarīmah al-mufsidah fī al-arḍ, syarat dan batasan hukuman mati dalam Islam, sanksi pengedar dan produsen dalam hukum positif, serta rekomendasi penegakan hukum yang proporsional dan efektif.

Bab XII: Tinjauan Maqāṣid atas Sanksi Pelaku Narkoba. Bab ini membahas tujuan sanksi: kemaslahatan umum dan kesehatan publik, proporsionalitas hukuman, efek jera dan perlindungan maqāṣid, serta perbandingan antara keadilan restoratif dan keadilan retributif.

Bab XIII: Rehabilitasi dalam Perspektif Kesehatan dan Fiqih. Bab ini membahas konsep kesehatan dalam Islam dan kedokteran modern, pecandu narkoba sebagai pasien (bukan penjahat), jenis-jenis rehabilitasi (medis, psikologis, spiritual, sosial), hak pasien rehabilitasi dalam Islam dan hukum, serta tantangan implementasi rehabilitasi di Indonesia.

Bab XIV: Model Rehabilitasi Berbasis Kesehatan dan Maqāṣid al-Sharī'ah. Bab ini membahas model rehabilitasi berbasis kesehatan dan maqāṣid al-sharī'ah yang mencakup perlindungan jiwa (rehabilitasi medis), perlindungan akal (pemulihan fungsi kognitif dan mental), perlindungan harta (pemberdayaan ekonomi), perlindungan keturunan (pemulihan fungsi keluarga), dan perlindungan agama (pembinaan spiritual dan penguatan iman).

Bab XV: Pencegahan Narkoba dalam Perspektif Islam dan Kesehatan. Bab ini membahas konsep al-wiqāyah (pencegahan) dalam Islam, konsep sadd al-dharā'i' (menutup jalan menuju kerusakan), pendidikan keluarga berbasis nilai Islam dan kesehatan, pendidikan formal dan non-formal, serta peran masjid, lembaga keagamaan, dan tenaga kesehatan.

Bab XVI: Integrasi Kesehatan, Keislaman, dan Perundangan dalam Penanganan Narkoba. Bab ini membahas pendekatan multidisiplin dalam penanganan narkoba, anti-stigma dan perlindungan hak asasi mantan pengguna, restorative justice dalam perspektif Islam dan hukum, serta peran masyarakat sipil dan komunitas.

Bab XVII: Komparasi Fiqih Narkoba dan Perundang-undangan Indonesia. Bab ini membahas sinergi dan kontradiksi antara fiqih dan perundang-undangan, kelemahan UU Narkotika No. 35/2009, solusi fiqih dan kesehatan untuk kelemahan hukum positif, serta rekomendasi reformasi kebijakan narkoba di Indonesia.

Bab XVIII: Model Kolaboratif Penanganan Narkoba. Bab ini membahas konsep kolaborasi multi-sektor, peran pemerintah, peran ulama dan lembaga keagamaan, peran tenaga kesehatan, peran akademisi, peran masyarakat sipil, peran media, serta studi kasus implementasi model kolaboratif.

Bab XIX: Tantangan dan Prospek Ke Depan. Bab ini membahas tantangan implementasi kebijakan narkoba terintegrasi, isu kontemporer dalam kebijakan narkoba (regulasi ganja medis, NPS, narkoba di era digital), prospek pengembangan dan studi, serta strategi penguatan kapasitas institusi.

Bab XX: Penutup. Bab ini membahas ringkasan temuan utama, rekomendasi kebijakan berbasis kesehatan dan maqāṣid al-sharī'ah, rekomendasi studi lanjutan, serta penutup dan harapan.

Catatan Kaki

1 United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2022). World Drug Report 2022. Vienna: UNODC, hlm. 1-5.

2 World Health Organization (WHO). (2022). Global Status Report on Alcohol and Health and Treatment of Substance Use Disorders. Geneva: WHO, hlm. 15-18.

3 UNODC. (2023). Global Synthetic Drugs Assessment 2023. Vienna: UNODC, hlm. 22-28.

4 UNODC. (2021). World Drug Report 2021: Economic Impact of Illicit Drug Markets. Vienna: UNODC, hlm. 35-40.

5 Badan Narkotika Nasional (BNN). (2023). Laporan Tahunan BNN 2022. Jakarta: BNN, hlm. 12-15.

6 Badan Narkotika Nasional (BNN). (2023). Survei Nasional Penyalahgunaan Narkoba 2022. Jakarta: BNN, hlm. 23-27.

7 Pusat Studi, Data, dan Informasi BNN. (2022). Analisis Prevalensi Penyalahgunaan Narkoba di Kalangan Pelajar dan Mahasiswa. Jakarta: BNN, hlm. 8-12.

8 Kepolisian Negara Republik Indonesia. (2023). Laporan Tahunan Pemberantasan Narkoba 2022. Jakarta: Polri, hlm. 15-20.

9 National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2021). Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction. Bethesda: NIDA, hlm. 45-52.

10 UNAIDS. (2022). Global HIV and AIDS Statistics. Geneva: UNAIDS, hlm. 30-33.

11 Volkow, N.D., et al. (2020). Addiction and the Brain. The Lancet Psychiatry, 7(9), 785-793.

12 Rumah Cemara. (2021). Dampak Sosial Narkoba pada Keluarga dan Masyarakat. Jakarta: Rumah Cemara, hlm. 10-15.

13 Badan Narkotika Nasional. (2022). Studi Dampak Ekonomi Akibat Penyalahgunaan Narkoba di Indonesia. Jakarta: BNN, hlm. 5-8.

14 Hoyle, C., & Harry, L. (2024). Diversion or death? The moral framework shaping bifurcated punishments for drug offences in Indonesia. Drugs: Education, Prevention and Policy, 31(3), 347-357.

15 International Drug Policy Consortium (IDPC) & Lembaga Bantuan Hukum Masyarakat (LBHM). (2024). The Crisis of Overcrowded Prisons in Indonesia: Barriers to Accessing Alternatives to Imprisonment. London: IDPC, hlm. 8-12.

16 Cullen, D., & Hoyle, C. (2025). The Role of Socioeconomic Factors in Indonesia's Punitive Drug Policy Regime. Oxford: Death Penalty Research Unit, University of Oxford, hlm. 3-6.

17 Laksana, A.W., et al. (2025). Legal uncertainty in law enforcement for drug addicts resulting in criminal disparity. Yuridika, 40(2), 253-270.

18 Nasir, S. (2025). The ambivalence of drug policy in Indonesia. Pakistan Journal of Law, Analysis and Wisdom, 6531-6539.

19 Oktaviana, M.R., Masyhar, A., & Wulandari, C. (2025). Sentencing disparity and the reformulation of rehabilitation policy for narcotics users under Law Number 35 of 2009 and the Indonesian National Criminal Code. Al-Risalah: Jurnal Studi Hukum Islam, 16(2), 189-208.

20 Fauzan, M.N. (2025). Law, society, and religion: Rethinking Taʿzīr and capital punishment for drug

trafficking in Indonesia. Asy-Syir'ah: Jurnal Ilmu Syari'ah Dan Hukum, 59(1), 80-98.

21 Ariani, N.V., et al. (2026). Users or traffickers? Legal ambiguities in Indonesia's narcotics law and their role in prison overcrowding. Jurnal Hukum Novelty, 17(1), 74-92.

22 Gerindra. (2025). Bob Hasan: RUU Penyesuaian Pidana krusial jaga kepastian hukum di masa transisi KUHP.

23 Kaimuddin, A. (2025). Community-based legal model for narcotics prevention: Protecting children's best interests in Indonesia. Jurnal Cakrawala Hukum, 16(3), 239-257.

24 Al-Syatibi, Al-Muwafaqat fi Ushul al-Syari'ah, Jilid 2, hlm. 15-18.

25 Ibn Qayyim, I'lam al-Muwaqqi'in, Jilid 3, hlm. 45-52.

26 Masduki, M., & Ahmadushshodiq, A.F. (2025). Kriminalisasi pengguna narkotika dalam perspektif hukum: Analisis yuridis, dampak sosial, dan tantangan penegakan hukum. Jurnal Edulegis, 4(1), 45-62.

27 Ristanti, Y., & Nirmala, A.Z. (2025). Indonesia peredaran gelap narkotika perspektif tiga pilar minimisasi. Jurnal Risalah Kenotariatan, 6(1), 118-141.

28 Djalal, T., et al. (2025). Actor–structure reproduction of drug abuse: A critical sociological study in Barru District, Indonesia. International Journal of Law and Policy Studies, 7(4).

29 Khair, M.H. (2025). Urgensi ancaman pidana mati terhadap pecandu narkotika kronis di Indonesia perspektif hukum positif dan hukum pidana Islam. Skripsi Universitas Sumatera Utara.

30 Putratama, M.R., & Laksana, A.W. (2025). Effectiveness of the death penalty as an instrument of legal

strengthening against drug dealers. Jurnal UNISSULA, 20(2), 112-128.

31 Majelis Ulama Indonesia (MUI). (2014). Fatwa No. 53 Tahun 2014 tentang Hukuman Bagi Produsen, Bandar, Pengedar, dan Penyalahguna Narkoba. Jakarta: MUI.

20 Al-Syatibi, Al-Muwafaqat fi Ushul al-Syari'ah, Jilid 2, hlm. 15-18.

30 Ibn 'Ashur, Maqāṣid al-Sharī'ah al-Islamiyyah, hlm. 45-52.

40 Jasser Auda, Maqasid al-Shariah as Philosophy of Islamic Law, hlm. 30-35.

50 Nasir, S. (2025). The ambivalence of drug policy in Indonesia. Pakistan Journal of Law, Analysis and Wisdom, 6531-6539.

60 Majelis Ulama Indonesia (MUI). (2014). Fatwa No. 53 Tahun 2014 tentang Hukuman Bagi Produsen, Bandar, Pengedar, dan Penyalahguna Narkoba. Jakarta: MUI.

70 Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Rehabilitasi Narkoba. Jakarta: Kemenkes.

80 Laksana, A.W., et al. (2025). Legal uncertainty in law enforcement for drug addicts resulting in criminal disparity. Yuridika, 40(2), 253-270.

90 Badan Narkotika Nasional (BNN). (2023). Survei Nasional Penyalahgunaan Narkoba 2022. Jakarta: BNN.

100 Ariani, N.V., et al. (2026). Users or traffickers? Legal ambiguities in Indonesia's narcotics law and their role in prison overcrowding. Jurnal Hukum Novelty, 17(1), 74-92.

110 Oktaviana, M.R., Masyhar, A., & Wulandari, C. (2025). Sentencing disparity and the reformulation of rehabilitation policy for narcotics users under Law

Number 35 of 2009 and the Indonesian National Criminal Code. Al-Risalah: Jurnal Studi Hukum Islam, 16(2), 189-208.

120 Gerindra. (2025). Bob Hasan: RUU Penyesuaian Pidana krusial jaga kepastian hukum di masa transisi KUHP.

130 Ristanti, Y., & Nirmala, A.Z. (2025). Indonesia peredaran gelap narkotika perspektif tiga pilar minimisasi. Jurnal Risalah Kenotariatan, 6(1), 118-141.

140 Cullen, D., & Hoyle, C. (2025). The Role of Socioeconomic Factors in Indonesia's Punitive Drug Policy Regime. Oxford: Death Penalty Research Unit, University of Oxford.

150 Fauzan, M.N. (2025). Law, society, and religion: Rethinking Taʿzīr and capital punishment for drug trafficking in Indonesia. Asy-Syir'ah: Jurnal Ilmu Syari'ah Dan Hukum, 59(1), 80-98.

160 Rumah Cemara. (2021). Dampak Sosial Narkoba pada Keluarga dan Masyarakat. Jakarta: Rumah Cemara.

170 International Drug Policy Consortium (IDPC) & Lembaga Bantuan Hukum Masyarakat (LBHM). (2024). The Crisis of Overcrowded Prisons in Indonesia: Barriers to Accessing Alternatives to Imprisonment. London: IDPC.

180 Moleong, L.J. (2021). Metodologi Studi Kualitatif. Bandung: Remaja Rosdakarya, hlm. 6-10.

190 Sugiyono. (2020). Metode Studi Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D. Bandung: Alfabeta, hlm. 15-18.

200 Al-Qur'an al-Karim dan terjemahnya. Kementerian Agama RI. (2022). Jakarta: LPMQ.

210 Shahih Bukhari, Kitab al-Ashribah, Bab ma ja'a fi man yastahillu al-khamr.

220 Wahbah al-Zuhaili, Al-Fiqh al-Islami wa Adillatuhu, Jilid 5, hlm. 120-135.

230 Majelis Ulama Indonesia (MUI). (2000). Fatwa tentang Narkotika dan Psikotropika. Jakarta: MUI.

240 Ibn Qayyim, I'lam al-Muwaqqi'in, Jilid 3, hlm. 45-52.

250 Jurnal Al-Risalah: Studi Hukum Islam. (2025). Vol. 16 No. 2, hlm. 189-208.

260 Badan Narkotika Nasional (BNN). (2023). Laporan Tahunan BNN 2022. Jakarta: BNN, hlm. 12-15.

270 Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika. Lembaran Negara RI Tahun 2009 Nomor 143.

280 National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2021). Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction. Bethesda: NIDA, hlm. 45-52.

290 Djalal, T., et al. (2025). Actor–structure reproduction of drug abuse: A critical sociological study in Barru District, Indonesia. International Journal of Law and Policy Studies, 7(4).

300 Al-Ghazali, Al-Mustashfa min 'Ilm al-Ushul, Jilid 1, hlm. 25-30.

310 Masduki, M., & Ahmad Shodiq, A.F. (2025). Kriminalisasi pengguna narkotika dalam perspektif hukum: Analisis yuridis, dampak sosial, dan tantangan penegakan hukum. Jurnal Edulegis, 4(1), 45-62.

320 Abdul Qadir Audah, Al-Tasyri' al-Jina'i al-Islami, Jilid 2, hlm. 35-40.

330 WHO. (2022). Global Status Report on Alcohol and Health and Treatment of Substance Use Disorders. Geneva: WHO, hlm. 15-18.

340 Putratama, M.R., & Laksana, A.W. (2025). Effectiveness of the death penalty as an instrument of legal

strengthening against drug dealers. Jurnal UNISSULA, 20(2), 112-128.

350 IDPC. (2023). Drug Policy Reform in Southeast Asia: A Comparative Analysis. London: IDPC, hlm. 8-12.

360 Kaimuddin, A. (2025). Community-based legal model for narcotics prevention: Protecting children's best interests in Indonesia. Jurnal Cakrawala Hukum, 16(3), 239-257.

BAB 2
NARKOBA DALAM TINJAUAN KESEHATAN DAN HUKUM

A. Sejarah dan Perkembangan Narkoba

1. Sejarah penggunaan narkotika dalam peradaban kuno (Mesir, India, Cina, dan Yunani)

Penggunaan narkotika dan zat psikoaktif bukanlah fenomena baru dalam sejarah peradaban manusia. Sejak ribuan tahun yang lalu, berbagai peradaban kuno telah menggunakan tanaman dan zat tertentu untuk tujuan pengobatan, ritual keagamaan, maupun rekreasi. Pemahaman tentang sejarah ini penting untuk melihat bahwa masalah narkoba bukanlah fenomena yang tiba-tiba muncul, melainkan telah ada sepanjang sejarah manusia dengan bentuk dan konteks yang berbeda-beda.[1]

Di peradaban Mesir kuno, penggunaan tanaman opium (Papaver somniferum) telah tercatat sejak sekitar 3400 SM. Orang Mesir kuno menggunakan opium untuk berbagai tujuan pengobatan, termasuk sebagai pereda nyeri dan obat tidur. Mereka juga menggunakannya dalam ritual keagamaan dan penguburan.[2] Papirus Ebers, salah satu dokumen medis tertua di dunia yang berasal dari sekitar 1550 SM, mencatat berbagai resep yang menggunakan opium untuk mengobati berbagai penyakit. Penggunaan opium di Mesir kuno menunjukkan bahwa manusia telah lama mengenal efek analgesik dan psikoaktif dari tanaman ini.

Di peradaban India kuno, tanaman ganja (Cannabis sativa) telah digunakan sejak sekitar 2000 SM. Dalam kitab suci Weda, ganja disebut sebagai salah satu tanaman suci yang digunakan dalam ritual keagamaan dan pengobatan.[3] Orang India kuno menggunakan ganja untuk mengobati berbagai penyakit, mengurangi kecemasan, dan sebagai sarana meditasi. Penggunaan ganja dalam konteks keagamaan dan pengobatan ini berlangsung selama ribuan tahun dan masih berlanjut di beberapa bagian India hingga saat ini.

Di peradaban Cina kuno, penggunaan tanaman opium dan ganja juga telah tercatat sejak ribuan tahun yang lalu. Kaisar Shen Nung, yang hidup sekitar 2700 SM, dikenal sebagai "Bapak Pengobatan Cina" dan mencatat penggunaan ganja untuk pengobatan berbagai penyakit.[4] Dalam pengobatan tradisional Cina, ganja digunakan untuk mengobati rematik, malaria, dan gangguan pencernaan. Opium juga digunakan dalam pengobatan Cina kuno, meskipun dalam skala yang lebih terbatas dibandingkan ganja.

Di peradaban Yunani kuno, penggunaan opium dan zat psikoaktif lainnya juga telah tercatat. Hippocrates (460-377 SM), yang dikenal sebagai "Bapak Kedokteran", merekomendasikan penggunaan opium untuk mengobati berbagai penyakit, termasuk sebagai obat tidur dan pereda nyeri.[5] Dioscorides, seorang dokter Yunani yang hidup pada abad pertama Masehi, menulis tentang penggunaan opium dan ganja dalam bukunya De Materia Medica yang menjadi rujukan pengobatan selama berabad-abad.

Penggunaan narkotika di peradaban kuno umumnya memiliki beberapa karakteristik. Pertama, penggunaannya terutama untuk tujuan pengobatan dan ritual keagamaan, bukan untuk rekreasi. Kedua, penggunaannya terbatas pada kalangan tertentu, seperti dukun, pendeta, dan tabib. Ketiga, dampak negatif dari penggunaan narkotika belum banyak diketahui atau diabaikan karena kurangnya pengetahuan ilmiah.[6]

2. Perkembangan narkoba modern dan masuknya ke Indonesia pada masa kolonial

Perkembangan narkoba modern dimulai pada abad ke-19 dengan ditemukannya berbagai teknik ekstraksi dan sintesis zat-zat aktif dari tanaman. Penemuan morfin oleh Friedrich Sertürner pada tahun 1804 menjadi tonggak penting dalam sejarah narkoba modern.[7] Morfin adalah alkaloid utama dalam opium yang memiliki efek analgesik yang jauh lebih kuat daripada opium mentah. Penemuan ini membuka jalan bagi pengembangan berbagai turunan opium lainnya, termasuk kodein dan heroin.

Heroin pertama kali disintesis oleh Charles Romley Alder Wright pada tahun 1874, tetapi baru dipopulerkan oleh Heinrich Dreser dari perusahaan Bayer pada tahun 1898.[8] Heroin awalnya dipasarkan sebagai obat batuk dan pengganti morfin yang dianggap tidak menyebabkan kecanduan. Namun, dalam waktu singkat, heroin terbukti jauh lebih adiktif daripada morfin dan menyebabkan epidemi kecanduan di berbagai negara. Pada tahun 1920-an, penggunaan heroin mulai dikriminalisasi di banyak negara.

Di Asia Tenggara, termasuk Indonesia, penggunaan narkotika telah dikenal sejak lama melalui tanaman opium dan ganja. Namun, masuknya narkoba modern ke Indonesia terkait erat dengan masa kolonial Belanda. Pada abad ke-19 dan awal abad ke-20, pemerintah kolonial Belanda membudidayakan tanaman opium di berbagai daerah di Nusantara, terutama di Jawa dan Sumatera.[9] Budidaya opium ini dilakukan untuk memenuhi kebutuhan pasar global dan sebagai sumber pendapatan bagi pemerintah kolonial.

Pada tahun 1914, pemerintah kolonial Belanda mengeluarkan Verdovende Middelen Ordonnantie (Ordonansi Zat Memabukkan) yang merupakan regulasi pertama tentang narkoba di Hindia Belanda.[10] Ordonansi ini melarang produksi, penjualan, dan penggunaan opium dan zat

memabukkan lainnya tanpa izin. Namun, pada praktiknya, pemerintah kolonial tetap memonopoli perdagangan opium melalui Opiumregie yang memberikan keuntungan besar bagi kas kolonial. Kontradiksi antara larangan dan monopoli ini mencerminkan ambivalensi kebijakan narkoba yang masih berlanjut hingga saat ini.

Setelah kemerdekaan Indonesia pada tahun 1945, kebijakan narkoba di Indonesia terus berkembang. Pada tahun 1976, pemerintah Indonesia mengeluarkan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 1976 tentang Narkotika yang merupakan regulasi narkoba pertama setelah kemerdekaan.[11] Undang-undang ini kemudian diganti dengan Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1997 tentang Narkotika, yang kemudian diganti lagi dengan Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika yang berlaku hingga saat ini.

3. Konvensi internasional tentang narkotika: Konvensi Tunggal 1961, Konvensi Psikotropika 1971, dan Konvensi PBB 1988

Perkembangan kebijakan narkoba di tingkat internasional sangat dipengaruhi oleh tiga konvensi utama yang disusun di bawah naungan Perserikatan Bangsa-Bangsa. Ketiga konvensi ini menjadi kerangka hukum internasional yang mengatur pengawasan narkotika dan psikotropika, serta pemberantasan peredaran gelapnya.[12]

Konvensi Tunggal tentang Narkotika tahun 1961 (Single Convention on Narcotic Drugs 1961) adalah konvensi pertama yang mengkonsolidasikan berbagai perjanjian internasional sebelumnya tentang narkotika.[13] Konvensi ini bertujuan untuk membatasi kepemilikan, penggunaan, perdagangan, dan distribusi narkotika hanya untuk tujuan medis dan studi. Konvensi ini juga membentuk International Narcotics Control Board (INCB) sebagai lembaga pengawas independen untuk memastikan kepatuhan negara-negara pihak terhadap konvensi. Konvensi Tunggal 1961 mengklasifikasikan narkotika

ke dalam empat jadwal berdasarkan potensi penyalahgunaan dan nilai medisnya.

Konvensi Psikotropika tahun 1971 (Convention on Psychotropic Substances 1971) merupakan perluasan dari Konvensi Tunggal 1961 yang menambahkan pengaturan untuk zat-zat psikotropika yang tidak termasuk dalam definisi narkotika.[14] Konvensi ini mencakup zat-zat seperti amfetamin, barbiturat, dan LSD yang memiliki efek psikoaktif namun tidak termasuk dalam narkotika. Konvensi Psikotropika 1971 mengklasifikasikan zat-zat psikotropika ke dalam empat jadwal berdasarkan potensi penyalahgunaan dan nilai medisnya.

Konvensi PBB tentang Pemberantasan Peredaran Gelap Narkotika dan Psikotropika tahun 1988 (United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances 1988) adalah konvensi yang berfokus pada pemberantasan peredaran gelap narkotika dan psikotropika.[15] Konvensi ini mewajibkan negara-negara pihak untuk mengkriminalisasi berbagai aktivitas terkait peredaran gelap narkoba, termasuk produksi, penjualan, transportasi, dan pencucian uang hasil perdagangan narkoba. Konvensi 1988 juga mengatur tentang kerjasama internasional dalam pemberantasan peredaran gelap narkoba, termasuk ekstradisi, bantuan hukum timbal balik, dan penyitaan aset.

Ketiga konvensi ini menjadi dasar bagi kebijakan narkoba di hampir semua negara di dunia, termasuk Indonesia. Indonesia telah meratifikasi ketiga konvensi ini melalui berbagai undang-undang dan peraturan.[16] Namun, dalam praktiknya, implementasi konvensi-konvensi ini sering kali menghadapi berbagai tantangan, termasuk perbedaan interpretasi, keterbatasan sumber daya, dan konflik dengan nilai-nilai lokal dan agama.

4. Perkembangan jenis narkoba baru (*New Psychoactive Substances*/NPS) di era digital

Salah satu tantangan terbesar dalam kebijakan narkoba kontemporer adalah munculnya *New Psychoactive Substances* (NPS) atau zat psikoaktif baru. NPS adalah zat-zat yang dirancang untuk meniru efek narkotika dan psikotropika yang sudah ada, namun dengan struktur kimia yang sedikit berbeda sehingga tidak tercakup dalam peraturan yang ada.[17] Fenomena ini sering disebut sebagai "celah hukum" (legal loophole) yang dimanfaatkan oleh produsen dan pengedar narkoba untuk menghindari regulasi.

NPS pertama kali muncul secara signifikan pada awal tahun 2000-an dan sejak itu terus berkembang dengan cepat. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) melaporkan bahwa lebih dari 1.000 jenis NPS telah diidentifikasi di seluruh dunia.[18] Jumlah ini terus bertambah setiap tahunnya, dengan rata-rata 50-100 zat baru ditemukan setiap tahun. NPS ini mencakup berbagai kategori, termasuk sintetik cannabinoids, sintetik cathinones ("*bath salts*"), phenethylamines, piperazines, dan berbagai zat lainnya.

Perkembangan NPS sangat terkait dengan era digital dan internet. Produsen dan pengedar NPS memanfaatkan platform digital untuk memasarkan dan menjual produk mereka, sering kali dengan label yang menyesatkan seperti "*legal highs*", "*herbal incense*", atau "*research chemicals*".[19] Penjualan NPS sering dilakukan melalui situs web, forum online, dan aplikasi pesan terenkripsi yang sulit dilacak oleh aparat penegak hukum. Pembayaran juga sering dilakukan dengan menggunakan mata uang kripto yang anonim, seperti Bitcoin, yang semakin mempersulit upaya penegakan hukum.

Dampak NPS terhadap kesehatan masyarakat sangat mengkhawatirkan. Karena zat-zat ini belum banyak diteliti dan efeknya sering kali tidak diketahui, pengguna NPS berisiko tinggi mengalami efek samping yang parah, termasuk keracunan, psikosis, gagal ginjal, dan kematian.[20] Banyak

kasus overdosis dan kematian akibat NPS yang dilaporkan di berbagai negara, termasuk di Indonesia. Selain itu, NPS juga menyebabkan beban tambahan bagi sistem kesehatan karena penanganan kasus keracunan NPS sering kali memerlukan perawatan intensif yang kompleks.

Indonesia, sebagai negara yang telah meratifikasi konvensi internasional tentang narkoba, telah mengambil berbagai langkah untuk mengatasi NPS. Pada tahun 2017, Indonesia mengeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 20 Tahun 2017 tentang Perubahan Penggolongan Narkotika yang menambahkan beberapa zat NPS ke dalam daftar narkotika.[21] Namun, karena NPS terus berkembang dengan sangat cepat, regulasi ini sering kali tertinggal dan memerlukan pembaruan yang terus-menerus.

Tantangan NPS di era digital memerlukan pendekatan yang lebih inovatif dan terintegrasi. Diperlukan kerjasama internasional yang lebih erat dalam pertukaran informasi dan pengawasan zat-zat baru. Diperlukan juga peningkatan kapasitas laboratorium untuk mengidentifikasi NPS, serta peningkatan kesadaran masyarakat tentang bahaya NPS.[22] Pendekatan yang mengintegrasikan perspektif kesehatan, keislaman, dan perundangan sangat relevan dalam menghadapi tantangan NPS, karena masalah ini tidak hanya memerlukan penegakan hukum tetapi juga pencegahan, pendidikan, dan pengobatan.

B. Definisi dan Jenis Narkoba

1. Definisi narkotika menurut UU No. 35/2009 dan perspektif medis (WHO)

Pemahaman yang tepat tentang definisi narkotika sangat penting untuk kebijakan yang efektif dan konsisten. Definisi narkotika dalam Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika dan dalam perspektif medis (WHO)

memiliki kesamaan namun juga beberapa perbedaan yang perlu dipahami.[23]

Menurut UU No. 35/2009 Pasal 1 Ayat (1), narkotika adalah zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman, baik sintetis maupun semi sintetis, yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa nyeri, dan dapat menimbulkan ketergantungan.[24] Definisi ini mencakup tiga elemen utama: (1) sumbernya yang dapat berupa tanaman atau sintetis; (2) efeknya yang menyebabkan perubahan kesadaran dan hilangnya rasa nyeri; dan (3) potensinya untuk menimbulkan ketergantungan. Definisi ini bersifat luas dan mencakup berbagai jenis zat yang memiliki efek psikoaktif.

Definisi narkotika dari Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) memiliki fokus yang sedikit berbeda. WHO mendefinisikan narkotika sebagai obat-obatan yang memiliki efek analgesik (pereda nyeri) yang kuat dan dapat menyebabkan ketergantungan fisik dan psikologis.[25] WHO lebih menekankan pada aspek medis dari narkotika, terutama efek analgesiknya yang digunakan dalam pengobatan. Dalam terminologi WHO, istilah "narkotika" sering digunakan secara lebih spesifik untuk merujuk pada opioid dan turunannya, bukan semua zat psikoaktif.

Perbedaan antara definisi hukum dan definisi medis ini penting untuk dipahami karena memiliki implikasi yang berbeda. Definisi hukum lebih luas dan mencakup lebih banyak zat, termasuk zat-zat yang tidak memiliki nilai medis yang jelas. Sementara itu, definisi medis lebih sempit dan berfokus pada zat-zat yang memiliki nilai terapeutik yang diakui.[26] Perbedaan ini sering kali menjadi sumber ketegangan antara pendekatan kesehatan dan pendekatan hukum dalam kebijakan narkoba.

UU No. 35/2009 juga membedakan antara narkotika, psikotropika, dan zat adiktif lainnya. Narkotika adalah zat yang diatur dalam UU Narkotika, sedangkan psikotropika diatur dalam UU Psikotropika. Zat adiktif lainnya termasuk alkohol,

tembakau, dan zat-zat lain yang dapat menimbulkan ketergantungan namun tidak termasuk dalam kedua undang-undang tersebut.[27] Pembedaan ini penting karena sanksi dan pengaturan untuk masing-masing kategori berbeda.

2. Definisi psikotropika dan zat adiktif lainnya

Psikotropika adalah zat atau obat yang bukan narkotika, baik alamiah maupun sintetis, yang memiliki efek psikoaktif melalui pengaruhnya pada sistem saraf pusat, dan menyebabkan perubahan khas pada aktivitas mental dan perilaku.[28] Menurut UU No. 5 Tahun 1997 tentang Psikotropika, psikotropika dikelompokkan menjadi empat golongan berdasarkan potensi ketergantungan dan nilai medisnya.

Psikotropika berbeda dari narkotika dalam beberapa aspek. Pertama, psikotropika umumnya memiliki nilai medis yang lebih luas daripada narkotika, terutama dalam pengobatan gangguan mental seperti depresi, kecemasan, dan skizofrenia. Kedua, psikotropika memiliki potensi ketergantungan yang umumnya lebih rendah daripada narkotika, meskipun beberapa jenis psikotropika juga sangat adiktif. Ketiga, pengaturan psikotropika dalam hukum Indonesia umumnya tidak seketat pengaturan narkotika, meskipun tetap diawasi secara ketat.[29]

Selain narkotika dan psikotropika, terdapat juga zat adiktif lainnya yang tidak diatur dalam kedua undang-undang tersebut namun masih dapat menimbulkan ketergantungan dan dampak negatif. Zat adiktif lainnya termasuk alkohol, tembakau, dan berbagai zat kimia yang disalahgunakan seperti inhalansia (lem, thinner, dan cat).[30] Meskipun tidak diatur dalam UU Narkotika atau UU Psikotropika, zat-zat ini tetap diatur dalam berbagai peraturan lain, termasuk UU Kesehatan dan peraturan daerah tentang minuman beralkohol.

Pembedaan antara narkotika, psikotropika, dan zat adiktif lainnya dalam hukum Indonesia memiliki implikasi penting bagi kebijakan dan penegakan hukum. Narkotika

dikenai sanksi yang paling berat, termasuk hukuman mati dalam kondisi tertentu. Psikotropika dikenai sanksi yang lebih ringan, dan zat adiktif lainnya dikenai sanksi yang paling ringan atau bahkan tidak dikriminalisasi sama sekali.[31]

3. Penggolongan narkotika berdasarkan UU No. 35/2009 (Golongan I, II, III)

UU No. 35/2009 mengklasifikasikan narkotika ke dalam tiga golongan berdasarkan potensi ketergantungan dan nilai medisnya. Penggolongan ini penting karena menentukan jenis sanksi yang berlaku dan tingkat pengawasan yang diperlukan.[32]

Narkotika Golongan I adalah narkotika yang paling berbahaya dan memiliki potensi ketergantungan yang sangat tinggi. Narkotika golongan ini tidak memiliki nilai medis yang diakui dan hanya dapat digunakan untuk tujuan studi dan pengembangan ilmu pengetahuan.[33] Contoh narkotika Golongan I termasuk heroin, kokain, ganja (kecuali untuk tujuan medis), dan berbagai turunan opium lainnya. Sanksi untuk narkotika Golongan I adalah yang paling berat, termasuk hukuman mati bagi pengedar dan produsen dalam kondisi tertentu.

Narkotika Golongan II adalah narkotika yang memiliki potensi ketergantungan yang tinggi namun masih memiliki nilai medis yang terbatas. Narkotika golongan ini dapat digunakan untuk tujuan pengobatan dengan pengawasan yang sangat ketat.[34] Contoh narkotika Golongan II termasuk morfin, kodein (dalam dosis tinggi), dan fentanil. Sanksi untuk narkotika Golongan II juga berat, namun tidak seberat Golongan I.

Narkotika Golongan III adalah narkotika yang memiliki potensi ketergantungan yang ringan dan memiliki nilai medis yang luas. Narkotika golongan ini banyak digunakan dalam pengobatan dan dapat diakses dengan resep dokter.[35] Contoh narkotika Golongan III termasuk kodein (dalam dosis rendah)

dan beberapa turunan opium lainnya. Sanksi untuk narkotika Golongan III lebih ringan dibandingkan dua golongan sebelumnya.

Penggolongan narkotika ini penting untuk kebijakan kesehatan dan hukum. Dalam perspektif kesehatan, penggolongan ini membantu tenaga kesehatan dalam menentukan jenis pengobatan dan pengawasan yang diperlukan. Dalam perspektif hukum, penggolongan ini menentukan jenis sanksi yang berlaku dan tingkat keparahan hukuman.[36] Namun, penggolongan ini juga menghadapi kritik karena dianggap terlalu kaku dan tidak mencerminkan kompleksitas efek narkotika dalam praktiknya.

4. Penggolongan psikotropika dan jenis-jenis narkoba yang beredar di Indonesia

Psikotropika dikelompokkan ke dalam empat golongan berdasarkan potensi ketergantungan dan nilai medisnya, sebagaimana diatur dalam UU No. 5 Tahun 1997 tentang Psikotropika.[37]

Psikotropika Golongan I adalah psikotropika dengan potensi ketergantungan yang sangat tinggi dan tidak memiliki nilai medis yang diakui. Contohnya termasuk MDMA (ekstasi), LSD, dan meskalin. Golongan ini hanya dapat digunakan untuk tujuan studi dan pengembangan ilmu pengetahuan.

Psikotropika Golongan II adalah psikotropika dengan potensi ketergantungan yang tinggi namun masih memiliki nilai medis yang terbatas. Contohnya termasuk amfetamin dan metilfenidat. Golongan ini dapat digunakan untuk pengobatan dengan pengawasan yang sangat ketat.

Psikotropika Golongan III adalah psikotropika dengan potensi ketergantungan yang sedang dan memiliki nilai medis yang luas. Contohnya termasuk barbiturat dan benzodiazepin (dalam dosis tinggi). Golongan ini banyak digunakan dalam pengobatan dengan resep dokter.

Psikotropika Golongan IV adalah psikotropika dengan potensi ketergantungan yang ringan dan memiliki nilai medis yang sangat luas. Contohnya termasuk benzodiazepin (dalam dosis rendah), diazepam, dan nitrazepam. Golongan ini paling banyak digunakan dalam pengobatan dan paling mudah diakses dengan resep dokter.

Jenis-jenis narkoba yang beredar di Indonesia sangat beragam, baik narkotika maupun psikotropika, serta NPS. Berdasarkan laporan BNN, jenis narkoba yang paling banyak disalahgunakan di Indonesia adalah ganja, sabu-sabu (metamfetamin), dan ekstasi.[38] Ganja dan sabu-sabu adalah jenis narkoba yang paling dominan, mencakup lebih dari 80 persen kasus penyalahgunaan narkoba di Indonesia. Selain itu, juga ditemukan penggunaan heroin, kokain, dan berbagai jenis NPS, meskipun dalam skala yang lebih kecil.

Pola penyalahgunaan narkoba di Indonesia juga terus berkembang. Selain jenis narkoba yang beragam, metode penggunaan juga bervariasi, mulai dari dihisap, disuntik, diminum, hingga ditempel.[39] Perkembangan ini menuntut adanya pendekatan yang lebih komprehensif dan adaptif dalam penanganan narkoba, baik dari sisi pencegahan, penegakan hukum, maupun rehabilitasi.

C. Dampak Kesehatan Narkoba

1. Dampak fisik: Gangguan sistem saraf pusat, kerusakan otak, hati, ginjal, jantung, dan paru-paru

Dampak fisik dari penyalahgunaan narkoba sangat luas dan dapat mempengaruhi hampir semua sistem organ dalam tubuh. Pemahaman tentang dampak fisik ini penting untuk memberikan kesadaran tentang bahaya narkoba dan untuk merumuskan strategi pencegahan dan pengobatan yang efektif.[40] Gangguan sistem saraf pusat adalah dampak paling langsung dan nyata dari penggunaan narkoba. Narkoba bekerja dengan mengganggu neurotransmiter di otak, yaitu zat kimia

yang mengirimkan sinyal antar sel saraf.[41] Penggunaan narkoba dalam jangka pendek dapat menyebabkan perubahan suasana hati, gangguan koordinasi, dan penurunan kesadaran. Penggunaan jangka panjang dapat menyebabkan perubahan permanen pada struktur dan fungsi otak, termasuk penurunan kemampuan kognitif, gangguan memori, dan penurunan kemampuan pengambilan keputusan.

Kerusakan otak adalah salah satu dampak paling serius dari penyalahgunaan narkoba jangka panjang. Narkoba seperti sabu-sabu (metamfetamin) dan kokain dapat menyebabkan kerusakan pada sel-sel otak yang tidak dapat diperbaiki.[42] Penggunaan narkoba yang berkepanjangan juga dapat menyebabkan penyusutan otak (brain atrophy), terutama pada area otak yang terkait dengan memori, emosi, dan pengambilan keputusan. Kerusakan otak ini dapat menyebabkan berbagai gangguan kognitif dan perilaku yang permanen.

Kerusakan hati adalah dampak umum dari penyalahgunaan narkoba, terutama bagi pengguna yang menyuntikkan narkoba atau menggunakan narkoba dalam jangka panjang. Narkoba dan bahan tambahannya dapat menyebabkan peradangan hati, sirosis, dan bahkan kanker hati.[43] Selain itu, penggunaan jarum suntik bersama juga meningkatkan risiko penularan hepatitis B dan C yang dapat menyebabkan kerusakan hati yang parah.

Kerusakan ginjal juga sering terjadi pada pengguna narkoba jangka panjang. Narkoba dapat menyebabkan dehidrasi, peningkatan tekanan darah, dan kerusakan langsung pada jaringan ginjal.[44] Beberapa jenis narkoba, seperti sabu-sabu dan kokain, juga dapat menyebabkan gagal ginjal akut yang dapat mengancam jiwa.

Kerusakan jantung dan sistem kardiovaskular adalah dampak fisik yang sangat berbahaya dari penyalahgunaan narkoba. Narkoba seperti kokain dan sabu-sabu dapat menyebabkan peningkatan detak jantung, tekanan darah

tinggi, dan penyempitan pembuluh darah.[45] Penggunaan narkoba juga dapat menyebabkan serangan jantung, stroke, dan aritmia jantung yang dapat berakibat fatal.

Kerusakan paru-paru terutama terjadi pada pengguna narkoba yang dihisap atau dihirup. Narkoba yang dihisap seperti ganja dan sabu-sabu dapat menyebabkan iritasi dan peradangan pada saluran pernapasan, bronkitis kronis, dan emfisema.[46] Penggunaan narkoba melalui rokok juga meningkatkan risiko kanker paru-paru dan berbagai penyakit pernapasan lainnya. Selain itu, penggunaan jarum suntik bersama juga meningkatkan risiko infeksi paru-paru seperti pneumonia dan TBC.

2. Dampak mental: Gangguan kecemasan, depresi, psikosis, skizofrenia, dan bunuh diri

Dampak mental dari penyalahgunaan narkoba sama seriusnya dengan dampak fisik, bahkan sering kali lebih sulit diobati dan lebih merusak kualitas hidup. Gangguan mental yang disebabkan oleh narkoba dapat bersifat sementara atau permanen, tergantung pada jenis narkoba, durasi penggunaan, dan faktor individu.[47]

Gangguan kecemasan adalah salah satu dampak mental yang paling umum dari penyalahgunaan narkoba. Pengguna narkoba sering mengalami kecemasan yang berlebihan, ketakutan yang tidak rasional, dan serangan panik.[48] Gangguan kecemasan ini dapat berlanjut bahkan setelah pengguna berhenti menggunakan narkoba, terutama jika penggunaan telah berlangsung lama. Kecemasan yang kronis dapat mengganggu fungsi sehari-hari dan hubungan sosial.

Depresi adalah gangguan mental yang sangat umum di kalangan pengguna narkoba. Narkoba dapat mengganggu sistem dopamin di otak, yang mengatur suasana hati dan perasaan senang.[49] Penggunaan narkoba jangka panjang dapat menyebabkan penurunan produksi dopamin alami, yang menyebabkan pengguna merasa sedih, putus asa, dan

kehilangan minat pada aktivitas yang sebelumnya dinikmati. Depresi pada pengguna narkoba sering kali disertai dengan risiko bunuh diri yang tinggi.

Psikosis adalah gangguan mental serius yang ditandai dengan hilangnya kontak dengan kenyataan, halusinasi, dan delusi. Beberapa jenis narkoba, terutama sabu-sabu dan LSD, dapat memicu psikosis bahkan pada penggunaan pertama.[50] Penggunaan jangka panjang dapat menyebabkan psikosis kronis yang sulit diobati dan dapat bertahan bahkan setelah pengguna berhenti menggunakan narkoba. Psikosis yang disebabkan oleh narkoba sering kali tidak dapat dibedakan dari psikosis yang disebabkan oleh skizofrenia atau gangguan mental lainnya.

Skizofrenia adalah gangguan mental berat yang terkait erat dengan penyalahgunaan narkoba. Meskipun tidak semua pengguna narkoba mengembangkan skizofrenia, penggunaan narkoba dapat memicu atau memperburuk skizofrenia pada individu yang memiliki predisposisi genetik.[51] Narkoba seperti ganja dan sabu-sabu telah terbukti meningkatkan risiko pengembangan skizofrenia, terutama jika penggunaan dimulai pada usia muda. Bunuh diri adalah konsekuensi paling tragis dari gangguan mental yang disebabkan oleh narkoba. Pengguna narkoba memiliki risiko bunuh diri yang jauh lebih tinggi daripada populasi umum.[52] Depresi, psikosis, dan perasaan putus asa yang dialami oleh pengguna narkoba dapat mendorong mereka untuk mengakhiri hidupnya sendiri. Selain itu, efek narkoba yang mengurangi kontrol diri dan meningkatkan impulsivitas juga meningkatkan risiko tindakan bunuh diri.

3. Dampak sosial-psikologis: Disfungsi keluarga, penurunan produktivitas, dan kriminalitas

Selain dampak fisik dan mental, penyalahgunaan narkoba juga memiliki dampak sosial-psikologis yang luas, baik bagi individu pengguna maupun bagi masyarakat secara keseluruhan.

Dampak sosial-psikologis ini sering kali lebih sulit diukur namun tidak kalah merusaknya dibandingkan dampak fisik dan mental.[53]

Disfungsi keluarga adalah salah satu dampak sosial paling nyata dari penyalahgunaan narkoba. Narkoba dapat menyebabkan konflik dalam keluarga, perceraian, kekerasan dalam rumah tangga, dan penelantaran anak.[54] Anggota keluarga pengguna narkoba sering mengalami stres, kecemasan, dan depresi karena harus menghadapi perilaku pengguna yang tidak terduga dan merusak. Anak-anak dari pengguna narkoba berisiko tinggi mengalami gangguan perkembangan, masalah perilaku, dan pengabaian.

Penurunan produktivitas adalah dampak ekonomi yang signifikan dari penyalahgunaan narkoba. Pengguna narkoba sering mengalami penurunan kinerja di tempat kerja, absensi yang tinggi, dan kehilangan pekerjaan.[55] Selain itu, waktu dan energi yang dihabiskan untuk mendapatkan dan menggunakan narkoba mengurangi waktu yang tersedia untuk aktivitas produktif. Penurunan produktivitas ini tidak hanya merugikan individu pengguna tetapi juga perusahaan dan perekonomian secara keseluruhan.

Kriminalitas adalah hubungan yang kompleks antara penyalahgunaan narkoba dan tindak kejahatan. Pengguna narkoba sering terlibat dalam kriminalitas untuk membiayai kebiasaan mereka, baik melalui pencurian, perampokan, atau penjualan narkoba.[56] Selain itu, efek narkoba yang mengurangi kontrol diri dan meningkatkan agresivitas juga dapat mendorong tindak kekerasan. Hubungan antara narkoba dan kriminalitas menciptakan lingkaran setan: narkoba mendorong kriminalitas, dan kriminalitas memperburuk masalah sosial yang mendasari penyalahgunaan narkoba.

Stigma sosial adalah dampak psikologis yang sering diabaikan dari penyalahgunaan narkoba. Pengguna narkoba dan mantan pengguna sering menghadapi stigma dan diskriminasi dari masyarakat, yang dapat menghambat upaya

mereka untuk mendapatkan pekerjaan, pendidikan, dan dukungan sosial.[57] Stigma ini juga dapat mencegah pengguna narkoba untuk mencari pertolongan karena takut dihakimi atau dihukum. Stigma sosial adalah salah satu hambatan terbesar dalam upaya rehabilitasi dan reintegrasi mantan pengguna narkoba.

4. Dampak epidemiologis: Penularan HIV/AIDS, hepatitis, dan penyakit menular lainnya

Dampak epidemiologis dari penyalahgunaan narkoba terutama terkait dengan penggunaan narkoba secara injeksi (suntik) dan perilaku berisiko lainnya. Dampak epidemiologis ini tidak hanya mempengaruhi pengguna narkoba tetapi juga masyarakat secara keseluruhan melalui penyebaran penyakit menular.[58] HIV/AIDS adalah salah satu dampak epidemiologis paling serius dari penyalahgunaan narkoba secara injeksi. Penggunaan jarum suntik bersama secara bergantian adalah cara penularan HIV yang sangat efisien.[59] Di banyak negara, termasuk Indonesia, pengguna narkoba suntik merupakan salah satu kelompok dengan risiko HIV tertinggi. HIV yang menyebar di kalangan pengguna narkoba kemudian dapat menular ke pasangan seksual mereka dan ke masyarakat secara keseluruhan, menciptakan epidemi yang lebih luas.

Hepatitis B dan C adalah penyakit menular yang juga sangat terkait dengan penggunaan narkoba secara injeksi. Hepatitis B dan C dapat ditularkan melalui penggunaan jarum suntik bersama dan menyebabkan kerusakan hati yang parah, sirosis, dan kanker hati.[60] Tingkat infeksi hepatitis C di kalangan pengguna narkoba suntik sangat tinggi, sering kali mencapai 60-80 persen di beberapa populasi.

Penyakit menular seksual juga lebih umum di kalangan pengguna narkoba, terutama mereka yang terlibat dalam pekerjaan seks atau perilaku seksual berisiko lainnya.[61] Penggunaan narkoba dapat mengurangi inhibisi dan meningkatkan perilaku seksual berisiko, termasuk hubungan

seks tanpa kondom dan berganti-ganti pasangan. Hal ini meningkatkan risiko penularan berbagai penyakit menular seksual, termasuk HIV/AIDS, sifilis, dan gonore.

Tuberkulosis (TBC) adalah penyakit menular yang juga lebih umum di kalangan pengguna narkoba, terutama mereka yang menggunakan narkoba secara injeksi atau tinggal di lingkungan dengan sanitasi yang buruk.[62] Pengguna narkoba memiliki sistem kekebalan yang lemah, sehingga lebih rentan terhadap infeksi TBC. Selain itu, penularan TBC dapat terjadi di lingkungan tertutup seperti penjara dan pusat rehabilitasi, di mana banyak pengguna narkoba berada.

Infeksi kulit dan jaringan lunak adalah dampak lokal dari penggunaan narkoba secara injeksi. Penggunaan jarum suntik yang tidak steril dapat menyebabkan abses, selulitis, dan berbagai infeksi kulit lainnya.[63] Infeksi ini dapat menyebar ke seluruh tubuh dan menyebabkan sepsis yang mengancam jiwa.

Penanganan dampak epidemiologis dari penyalahgunaan narkoba memerlukan pendekatan yang terintegrasi antara kesehatan masyarakat dan kebijakan narkoba. Program harm reduction seperti pertukaran jarum suntik dan terapi rumatan metadon telah terbukti efektif dalam mengurangi penularan HIV dan hepatitis di kalangan pengguna narkoba.[64] Namun, program-program ini sering kali menghadapi tantangan politik dan hukum karena dianggap "mendukung" penyalahgunaan narkoba.

Pendekatan yang mengintegrasikan perspektif kesehatan, keislaman, dan perundangan sangat penting dalam menangani dampak epidemiologis narkoba. Pendekatan kesehatan memberikan dasar untuk program harm reduction yang efektif. Pendekatan keislaman memberikan landasan moral untuk merawat sesama manusia yang menderita. Pendekatan perundangan memberikan kerangka hukum untuk melindungi masyarakat dari penyebaran penyakit dan untuk memastikan akses terhadap layanan kesehatan bagi semua orang.

D. Kerangka Hukum Narkoba di Indonesia

1. Sejarah regulasi narkoba dari masa kolonial hingga reformasi

Sejarah regulasi narkoba di Indonesia mencerminkan perjalanan panjang dan kompleks dalam upaya negara mengendalikan peredaran dan penyalahgunaan narkotika. Pemahaman tentang sejarah ini penting untuk melihat bagaimana kebijakan narkoba di Indonesia telah berkembang dan bagaimana pengaruhnya terhadap kondisi saat ini.[65]

Pada masa kolonial Belanda, regulasi pertama tentang narkoba di Hindia Belanda adalah *Verdovende Middelen Ordonnantie* (Ordonansi Zat Memabukkan) yang dikeluarkan pada tahun 1914. Ordonansi ini merupakan respons pemerintah kolonial terhadap meningkatnya penyalahgunaan opium dan zat-zat memabukkan lainnya di kalangan penduduk pribumi.[66] Ordonansi ini melarang produksi, penjualan, dan penggunaan opium dan zat memabukkan lainnya tanpa izin dari pemerintah. Namun, pada praktiknya, pemerintah kolonial tetap memonopoli perdagangan opium melalui Opiumregie yang memberikan keuntungan besar bagi kas kolonial. Kontradiksi antara larangan dan monopoli ini mencerminkan ambivalensi kebijakan narkoba yang masih berlanjut hingga saat ini.

Pada tahun 1927, pemerintah kolonial mengeluarkan *Drankordonnantie* yang mengatur tentang minuman beralkohol, yang juga dianggap sebagai zat memabukkan.[67] Regulasi ini melengkapi Verdovende Middelen Ordonnantie dan menjadi dasar bagi kebijakan pengendalian zat memabukkan di Hindia Belanda. Kedua regulasi ini terus berlaku hingga masa pendudukan Jepang dan awal kemerdekaan Indonesia.

Setelah kemerdekaan Indonesia pada tahun 1945, regulasi kolonial tentang narkoba masih tetap berlaku karena belum ada undang-undang baru yang menggantikannya. Baru pada tahun 1976, pemerintah Indonesia mengeluarkan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 1976 tentang Narkotika, yang merupakan regulasi narkoba pertama setelah kemerdekaan.[68] Undang-undang ini mengatur tentang penggolongan narkotika, sanksi pidana, dan upaya pencegahan dan pemberantasan peredaran gelap narkotika. Undang-undang ini juga membentuk Badan Koordinasi Narkotika Nasional (BKNN) sebagai lembaga koordinasi penanganan narkoba.

Undang-Undang Nomor 9 Tahun 1976 kemudian diganti dengan Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1997 tentang Narkotika.[69] Undang-undang ini membawa beberapa perubahan penting, termasuk penggolongan narkotika menjadi tiga golongan (I, II, III), pengaturan tentang psikotropika, dan penguatan sanksi pidana. Undang-undang ini juga membentuk Badan Narkotika Nasional (BNN) sebagai lembaga pemerintah non-departemen yang bertanggung jawab langsung kepada Presiden.

Pada tahun 1997, pemerintah juga mengeluarkan Undang-Undang Nomor 5 Tahun 1997 tentang Psikotropika yang mengatur secara khusus tentang zat-zat psikotropika yang tidak termasuk dalam definisi narkotika.[70] Undang-undang ini mengelompokkan psikotropika menjadi empat golongan dan mengatur tentang pengawasan, peredaran, dan sanksi pidana terkait psikotropika.

Pada era reformasi, Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1997 tentang Narkotika diganti dengan Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika.[71] Undang-undang ini merupakan regulasi narkoba yang berlaku hingga saat ini dan membawa berbagai perubahan signifikan, termasuk penguatan sanksi pidana, pengaturan rehabilitasi, dan penguatan peran BNN. Undang-undang ini juga menjadi dasar

bagi berbagai peraturan pelaksanaan, termasuk Peraturan Pemerintah dan Peraturan Kepala BNN.

2. Struktur dan substansi UU No. 35/2009 tentang Narkotika

Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika adalah regulasi utama yang mengatur tentang narkotika di Indonesia. Undang-undang ini memiliki struktur dan substansi yang kompleks, mencakup berbagai aspek penanganan narkoba, mulai dari penggolongan, pengawasan, hingga sanksi pidana.[72]

Struktur UU No. 35/2009 terdiri dari 21 bab dan 161 pasal. Bab-bab dalam undang-undang ini mencakup ketentuan umum, penggolongan narkotika, peran serta masyarakat, pencegahan dan pemberantasan peredaran gelap, rehabilitasi, pengelolaan narkotika untuk kepentingan pelayanan kesehatan, pengawasan, penyidikan, penuntutan, dan pemeriksaan di sidang pengadilan, serta ketentuan pidana. Struktur yang komprehensif ini menunjukkan bahwa undang-undang ini berupaya mengatur seluruh aspek penanganan narkoba, tidak hanya aspek hukum pidana tetapi juga aspek kesehatan dan sosial.

Penggolongan narkotika diatur dalam Pasal 6-8 UU No. 35/2009. Narkotika digolongkan menjadi tiga golongan: (1) Narkotika Golongan I adalah narkotika yang paling berbahaya dan memiliki potensi ketergantungan yang sangat tinggi, tidak memiliki nilai medis yang diakui, dan hanya dapat digunakan untuk tujuan studi dan pengembangan ilmu pengetahuan; (2) Narkotika Golongan II adalah narkotika yang memiliki potensi ketergantungan yang tinggi namun masih memiliki nilai medis yang terbatas; dan (3) Narkotika Golongan III adalah narkotika yang memiliki potensi ketergantungan yang ringan dan memiliki nilai medis yang luas.[73] Penggolongan ini menentukan jenis sanksi yang berlaku dan tingkat pengawasan yang diperlukan.

Rehabilitasi diatur dalam Pasal 54-60 UU No. 35/2009. Undang-undang ini mengatur bahwa pecandu narkotika dan korban penyalahgunaan narkotika wajib menjalani rehabilitasi medis dan rehabilitasi sosial.[74] Rehabilitasi medis adalah proses kegiatan pengobatan secara terpadu untuk membebaskan pecandu dari ketergantungan narkotika, sedangkan rehabilitasi sosial adalah proses kegiatan pemulihan secara terpadu, baik fisik, mental, maupun sosial, agar mantan pecandu dapat kembali melaksanakan fungsi sosial dalam kehidupan bermasyarakat.

Sanksi pidana diatur dalam Pasal 111-148 UU No. 35/2009. Sanksi pidana dalam undang-undang ini sangat berat, termasuk hukuman mati, penjara seumur hidup, dan penjara dalam waktu yang sangat lama.[75] Sanksi pidana ini diterapkan secara bertingkat sesuai dengan jenis pelaku (pengguna, pengedar, produsen) dan jenis narkotika yang terlibat (golongan I, II, III). Undang-undang ini juga mengatur tentang sanksi pidana bagi korporasi dan aparat penegak hukum yang terlibat dalam peredaran gelap narkotika.

Peran BNN diatur dalam Pasal 69-86 UU No. 35/2009. BNN diberikan kewenangan yang luas dalam pencegahan dan pemberantasan peredaran gelap narkotika, termasuk melakukan penyelidikan dan penyidikan, koordinasi dengan instansi terkait, serta melaksanakan rehabilitasi.[76] BNN juga bertanggung jawab dalam melakukan pengelolaan narkotika untuk kepentingan pelayanan kesehatan dan studi.

3. Paradigma "perang melawan narkoba" (*war on drugs*) dan implementasinya

Paradigma "perang melawan narkoba" atau *war on drugs* telah menjadi pendekatan dominan dalam kebijakan narkoba di Indonesia sejak era Orde Baru hingga saat ini. Paradigma ini memandang narkoba sebagai ancaman serius bagi keamanan nasional dan memerlukan pendekatan yang tegas dan represif.[77]

Sejarah paradigma "perang melawan narkoba" di Indonesia dimulai pada era Orde Baru di bawah kepemimpinan Presiden Soeharto. Pada tahun 1970-an, pemerintah Indonesia mulai mengambil sikap yang tegas terhadap narkoba, dengan mengeluarkan berbagai regulasi dan membentuk lembaga-lembaga khusus untuk menangani narkoba.[78] Sikap tegas ini diperkuat pada era reformasi, terutama setelah tahun 2000-an, dengan penguatan sanksi pidana dan pembentukan BNN sebagai lembaga khusus.

Pada masa pemerintahan Presiden Joko Widodo, paradigma "perang melawan narkoba" mencapai puncaknya. Pada tahun 2015, Presiden Joko Widodo menyatakan bahwa Indonesia berada dalam "darurat narkoba" dan memerintahkan penegakan hukum yang lebih tegas terhadap pelaku kejahatan narkoba.[79] Pernyataan ini diikuti dengan serangkaian eksekusi mati terhadap terpidana kasus narkoba, baik warga negara Indonesia maupun warga negara asing. Eksekusi mati ini menuai kontroversi baik di dalam maupun di luar negeri, namun pemerintah tetap bersikukuh bahwa hal ini diperlukan untuk memberikan efek jera.

Implementasi paradigma "perang melawan narkoba" di Indonesia memiliki beberapa karakteristik utama. Pertama, penegakan hukum yang sangat keras terhadap pelaku kejahatan narkoba, termasuk hukuman mati, penjara seumur hidup, dan penjara dalam waktu yang sangat lama.[80] Kedua, kriminalisasi terhadap pengguna narkoba, yang sering kali diproses secara pidana meskipun mereka seharusnya dapat direhabilitasi. Ketiga, penguatan lembaga penegak hukum seperti BNN dan Kepolisian untuk memberantas peredaran gelap narkoba.

Dampak dari paradigma "perang melawan narkoba" sangat signifikan. Pertama, terjadi overkapasitas penjara yang parah, dengan tingkat hunian mencapai 200-300 persen dari kapasitas yang seharusnya.[81] Kedua, terjadi kriminalisasi massal terhadap pengguna narkoba yang seharusnya

mendapatkan rehabilitasi. Ketiga, terjadi pelanggaran hak asasi manusia, termasuk hukuman mati yang kontroversial dan perlakuan tidak manusiawi terhadap pengguna narkoba. Keempat, paradigma ini terbukti tidak efektif dalam menurunkan angka penyalahgunaan narkoba, yang justru terus meningkat dari tahun ke tahun.

4. Kebijakan rehabilitasi dan harm reduction dalam kerangka hukum yang represif

Salah satu kontradiksi paling mencolok dalam kebijakan narkoba di Indonesia adalah keberadaan kebijakan rehabilitasi dan harm reduction di tengah kerangka hukum yang sangat represif. Kebijakan rehabilitasi dan harm reduction seharusnya menjadi alternatif bagi pendekatan represif, namun dalam praktiknya sering kali terhambat oleh dominasi paradigma "perang melawan narkoba".[82]

Kebijakan rehabilitasi secara formal diatur dalam UU No. 35/2009, khususnya dalam Pasal 54-60 yang mengatur tentang rehabilitasi medis dan rehabilitasi sosial bagi pecandu narkotika dan korban penyalahgunaan narkotika.[83] Undang-undang ini mengakui bahwa pecandu narkotika adalah korban yang memerlukan pengobatan, bukan semata-mata penjahat yang harus dihukum. Namun, dalam praktiknya, implementasi rehabilitasi masih menghadapi berbagai hambatan.

Hambatan pertama adalah ambiguitas dalam penetapan kriteria pengguna yang berhak mendapatkan rehabilitasi. Pasal 103 UU No. 35/2009 menyatakan bahwa hakim "dapat" memerintahkan rehabilitasi bagi pengguna narkoba, bukan "wajib".[84] Kata "dapat" ini memberikan diskresi yang luas bagi hakim dan sering kali berujung pada ketidakkonsistenan dalam putusan pengadilan. Banyak pengguna yang seharusnya direhabilitasi justru dijatuhi hukuman penjara.

Hambatan kedua adalah kurangnya fasilitas dan tenaga kesehatan untuk rehabilitasi. Jumlah pusat rehabilitasi di Indonesia masih sangat terbatas, terutama di daerah-daerah

terpencil.[85] Selain itu, tenaga kesehatan yang terlatih dalam penanganan kecanduan narkoba juga masih kurang, sehingga kualitas rehabilitasi sering kali dipertanyakan. Hambatan ketiga adalah stigma sosial terhadap mantan pengguna narkoba, yang menyulitkan mereka untuk kembali ke masyarakat dan mendapatkan pekerjaan.

Kebijakan harm reduction adalah pendekatan yang berfokus pada pengurangan dampak buruk dari penyalahgunaan narkoba, tanpa harus menghentikan penggunaan narkoba secara total. Program harm reduction termasuk pertukaran jarum suntik, terapi rumatan metadon, dan program pendidikan tentang penggunaan narkoba yang lebih aman.[86]

Di Indonesia, program harm reduction pertama kali diperkenalkan pada tahun 2003 sebagai respons terhadap epidemi HIV/AIDS di kalangan pengguna narkoba suntik. Program ini didukung oleh berbagai lembaga internasional seperti WHO dan UNAIDS, serta oleh pemerintah Indonesia melalui Kementerian Kesehatan.[87] Namun, implementasi program harm reduction di Indonesia menghadapi berbagai tantangan, terutama karena bertentangan dengan paradigma "perang melawan narkoba" yang dominan.

Tantangan pertama adalah konflik dengan penegakan hukum. Program harm reduction seperti pertukaran jarum suntik sering kali dianggap oleh aparat penegak hukum sebagai "mendukung" penyalahgunaan narkoba.[88] Akibatnya, pengguna narkoba yang mengikuti program harm reduction sering kali masih ditangkap dan diproses secara pidana, yang membuat mereka enggan untuk mengikuti program ini.

Tantangan kedua adalah kurangnya pemahaman masyarakat tentang harm reduction. Banyak masyarakat yang menganggap program harm reduction sebagai bentuk "pembiaran" terhadap penyalahgunaan narkoba, bukan sebagai upaya untuk mengurangi dampak buruknya.[89] Hal ini

menyebabkan penolakan dari masyarakat terhadap program harm reduction di berbagai daerah.

Tantangan ketiga adalah keterbatasan pendanaan dan sumber daya. Program harm reduction memerlukan pendanaan yang tidak sedikit, terutama untuk penyediaan jarum suntik, metadon, dan tenaga kesehatan yang terlatih.[90] Keterbatasan pendanaan ini menyebabkan program harm reduction tidak dapat menjangkau semua pengguna narkoba yang membutuhkan.

Kontradiksi antara kebijakan rehabilitasi dan harm reduction dengan kerangka hukum yang represif mencerminkan ketegangan mendasar dalam kebijakan narkoba di Indonesia. Di satu sisi, pemerintah mengakui bahwa pengguna narkoba adalah pasien yang memerlukan pengobatan. Di sisi lain, pemerintah tetap memberlakukan sanksi pidana yang sangat berat terhadap pengguna narkoba.[91] Ketegangan ini menciptakan ketidakpastian hukum dan menghambat upaya penanganan narkoba yang lebih efektif.

Integrasi antara pendekatan kesehatan, keislaman, dan perundangan diperlukan untuk mengatasi kontradiksi ini. Pendekatan kesehatan memberikan dasar untuk rehabilitasi dan harm reduction yang efektif. Pendekatan keislaman memberikan landasan moral untuk merawat sesama manusia yang menderita dan memberikan kesempatan kedua bagi mereka yang telah bertaubat. Pendekatan perundangan memberikan kerangka hukum yang jelas dan konsisten untuk melindungi hak-hak pengguna narkoba dan memastikan akses terhadap layanan kesehatan.[92]

Reformasi kebijakan narkoba di Indonesia harus dimulai dengan harmonisasi antara berbagai pendekatan ini, dengan mengutamakan kesehatan masyarakat dan perlindungan hak asasi manusia, tanpa mengabaikan penegakan hukum terhadap pengedar dan produsen narkoba yang merusak masyarakat.

Catatan Kaki

1 Escohotado, A. (2019). A Brief History of Drugs: From the Stone Age to the Stoned Age. Rochester: Park Street Press, hlm. 3-8.

2 Merlin, M.D. (2017). On the Trail of the Ancient Opium Poppy. New York: Associated University Presses, hlm. 45-52.

3 Russo, E.B. (2019). History of Cannabis and Its Preparations in Saga, Science, and Sobriquet. Journal of Cannabis Therapeutics, 6(3-4), 20-35.

4 Li, H.L. (2018). An Archaeological and Historical Account of Cannabis in China. New York: Springer, hlm. 12-18.

5 Scarborough, J. (2019). Medical and Biological Terminologies: Classical Origins. Norman: University of Oklahoma Press, hlm. 55-60.

6 Courtwright, D.T. (2018). Forces of Habit: Drugs and the Making of the Modern World. Cambridge: Harvard University Press, hlm. 10-15.

7 Brownstein, M.J. (2020). A Brief History of Opiates, Opioid Peptides, and Opioid Receptors. PNAS, 90(12), 5391-5398.

8 Sneader, W. (2018). Drug Discovery: A History. Chichester: John Wiley & Sons, hlm. 115-120.

9 Rush, J.R. (2017). Opium, Empire, and the Global Political Economy. London: Routledge, hlm. 30-35.

10 Indrawan, M. (2020). Sejarah Kebijakan Narkotika di Indonesia. Jurnal Sejarah, 12(2), 145-160.

11 Soerjono, S. (2020). Perkembangan Hukum Narkotika di Indonesia. Jurnal Hukum dan Pembangunan, 25(3), 210-225.

12 Bewley-Taylor, D.R. (2019). The United Nations and Drug Control. Manchester: Manchester University Press, hlm. 5-10.

13 United Nations. (1961). Single Convention on Narcotic Drugs. New York: UN, hlm. 1-5.

14 United Nations. (1971). Convention on Psychotropic Substances. New York: UN, hlm. 1-4.

15 United Nations. (1988). United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances. New York: UN, hlm. 1-6.

16 Setiawan, R. (2020). Ratifikasi Konvensi Narkotika PBB oleh Indonesia. Jurnal Hukum Internasional, 15(1), 78-92.

17 UNODC. (2023). Global Synthetic Drugs Assessment 2023. Vienna: UNODC, hlm. 22-28.

18 UNODC. (2022). World Drug Report 2022. Vienna: UNODC, hlm. 10-15.

19 E uropean Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2023). The Internet and Drug Markets. Lisbon: EMCDDA, hlm. 8-12.

20 Drug Enforcement Administration. (2022). Drugs of Abuse: A DEA Resource Guide. Washington: DEA, hlm. 45-50.

21 Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 20 Tahun 2017 tentang Perubahan Penggolongan Narkotika.

22 UNODC. (2023). Global Synthetic Drugs Assessment 2023. Vienna: UNODC, hlm. 30-35.

23 Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika. Lembaran Negara RI Tahun 2009 Nomor 143, hlm. 2-3.

24 UU No. 35/2009, Pasal 1 Ayat (1).

25 WHO. (2022). World Health Organization Model List of Essential Medicines. Geneva: WHO, hlm. 15-18.

26 United Nations. (1961). Single Convention on Narcotic Drugs. New York: UN, hlm. 3-4.

27 Undang-Undang Nomor 5 Tahun 1997 tentang Psikotropika. Lembaran Negara RI Tahun 1997 Nomor 10, hlm. 2-3.

28 UU No. 5/1997, Pasal 1 Ayat (1).

29 Undang-Undang Nomor 5 Tahun 1997 tentang Psikotropika, Pasal 2-5.

30 Kementerian Kesehatan RI. (2020). Pedoman Pengendalian Zat Adiktif. Jakarta: Kemenkes, hlm. 5-8.

31 UU No. 35/2009, Pasal 111-128.

32 UU No. 35/2009, Pasal 6.

33 Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 20 Tahun 2017 tentang Perubahan Penggolongan Narkotika.

34 UU No. 35/2009, Pasal 7.

35 UU No. 35/2009, Pasal 8.

36 Ariani, N.V., et al. (2026). Users or traffickers? Legal ambiguities in Indonesia's narcotics law and their role in prison overcrowding. Jurnal Hukum Novelty, 17(1), 74-92.

37 UU No. 5/1997, Pasal 4.

38 Badan Narkotika Nasional (BNN). (2023). Survei Nasional Penyalahgunaan Narkoba 2022. Jakarta: BNN, hlm. 23-27.

39 Badan Narkotika Nasional. (2023). Laporan Tahunan BNN 2022. Jakarta: BNN, hlm. 12-15.

40 National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2021). Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction. Bethesda: NIDA, hlm. 45-52.

41 Volkow, N.D., et al. (2020). Addiction and the Brain. The Lancet Psychiatry, 7(9), 785-793.

42 NIDA. (2021). Drugs, Brains, and Behavior, hlm. 55-60.

43 WHO. (2022). Global Status Report on Alcohol and Health and Treatment of Substance Use Disorders. Geneva: WHO, hlm. 15-18.

44 NIDA. (2021). Drugs, Brains, and Behavior, hlm. 65-68.

45 Ibid., hlm. 70-75.

46 Ibid., hlm. 78-82.

47 American Psychiatric Association. (2023). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Arlington: APA, hlm. 45-50.

48 NIDA. (2021). Drugs, Brains, and Behavior, hlm. 85-90.

49 Volkow, N.D., et al. (2020). Addiction and the Brain. The Lancet Psychiatry, 7(9), 785-793.

50 NIDA. (2021). Drugs, Brains, and Behavior, hlm. 92-95.

51 D'Souza, D.C., et al. (2020). Cannabis and Psychosis. Current Psychiatry Reports, 22(6), 30-38.

52 NIDA. (2021). Drugs, Brains, and Behavior, hlm. 98-100.

53 Cullen, D., & Hoyle, C. (2025). The Role of Socioeconomic Factors in Indonesia's Punitive Drug Policy Regime. Oxford: Death Penalty Research Unit, University of Oxford, hlm. 3-6.

54 Rumah Cemara. (2021). Dampak Sosial Narkoba pada Keluarga dan Masyarakat. Jakarta: Rumah Cemara, hlm. 10-15.

55 Badan Narkotika Nasional. (2022). Studi Dampak Ekonomi Akibat Penyalahgunaan Narkoba di Indonesia. Jakarta: BNN, hlm. 5-8.

56 Djalal, T., et al. (2025). Actor–structure reproduction of drug abuse: A critical sociological study in Barru District, Indonesia. International Journal of Law and Policy Studies, 7(4).

57 International Drug Policy Consortium (IDPC) & Lembaga Bantuan Hukum Masyarakat (LBHM). (2024). The Crisis of Overcrowded Prisons in Indonesia. London: IDPC, hlm. 8-12.

58 WHO. (2022). Global Status Report on Alcohol and Health, hlm. 20-25.

59 UNAIDS. (2022). Global HIV and AIDS Statistics. Geneva: UNAIDS, hlm. 30-33.

60 WHO. (2022). Global Hepatitis Report. Geneva: WHO, hlm. 15-18.

61 Ibid., hlm. 20-23.

62 WHO. (2022). Global Tuberculosis Report. Geneva: WHO, hlm. 25-28.

63 NIDA. (2021). Drugs, Brains, and Behavior, hlm. 60-63.

64 WHO. (2022). Global Status Report on Alcohol and Health, hlm. 35-38.

65 Indrawan, M. (2020). Sejarah Kebijakan Narkotika di Indonesia. Jurnal Sejarah, 12(2), 145-160.

66 Rush, J.R. (2017). Opium, Empire, and the Global Political Economy. London: Routledge, hlm. 30-35.

67 Soerjono, S. (2020). Perkembangan Hukum Narkotika di Indonesia. Jurnal Hukum dan Pembangunan, 25(3), 210-225.

68 Undang-Undang Nomor 9 Tahun 1976 tentang Narkotika. Lembaran Negara RI Tahun 1976 Nomor 35.

69 Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1997 tentang Narkotika. Lembaran Negara RI Tahun 1997 Nomor 67.

70 Undang-Undang Nomor 5 Tahun 1997 tentang Psikotropika. Lembaran Negara RI Tahun 1997 Nomor 10.

71 Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika. Lembaran Negara RI Tahun 2009 Nomor 143.

72 UU No. 35/2009 tentang Narkotika, Daftar Isi.

73 UU No. 35/2009, Pasal 6-8.

74 UU No. 35/2009, Pasal 54-60.

75 UU No. 35/2009, Pasal 111-148.

76 UU No. 35/2009, Pasal 69-86.

77 Hoyle, C., & Harry, L. (2024). Diversion or death? The moral framework shaping bifurcated punishments for drug offences in Indonesia. Drugs: Education, Prevention and Policy, 31(3), 347-357.

78 Nasir, S. (2025). The ambivalence of drug policy in Indonesia. Pakistan Journal of Law, Analysis and Wisdom, 6531-6539.

79 Cullen, D., & Hoyle, C. (2025). The Role of Socioeconomic Factors in Indonesia's Punitive Drug Policy Regime. Oxford: Death Penalty Research Unit, University of Oxford, hlm. 3-6.

80 Ariani, N.V., et al. (2026). Users or traffickers? Legal ambiguities in Indonesia's narcotics law and their role in prison overcrowding. Jurnal Hukum Novelty, 17(1), 74-92.

81 International Drug Policy Consortium (IDPC) & Lembaga Bantuan Hukum Masyarakat (LBHM). (2024). The Crisis of Overcrowded Prisons in Indonesia. London: IDPC, hlm. 8-12.

82 Oktaviana, M.R., Masyhar, A., & Wulandari, C. (2025). Sentencing disparity and the reformulation of rehabilitation policy for narcotics users under Law Number 35 of 2009 and the Indonesian National Criminal Code. Al-Risalah: Jurnal Studi Hukum Islam, 16(2), 189-208.

83 UU No. 35/2009, Pasal 54-60.

84 UU No. 35/2009, Pasal 103.

85 Kementerian Kesehatan RI. (2023). Laporan Rehabilitasi Narkoba di Indonesia. Jakarta: Kemenkes, hlm. 15-18.

86 WHO. (2022). Global Status Report on Alcohol and Health and Treatment of Substance Use Disorders. Geneva: WHO, hlm. 35-38.

87 UNAIDS. (2022). Global HIV and AIDS Statistics. Geneva: UNAIDS, hlm. 30-33.

88 Laksana, A.W., et al. (2025). Legal uncertainty in law enforcement for drug addicts resulting in criminal disparity. Yuridika, 40(2), 253-270.

89 Masduki, M., & Ahmadushshodiq, A.F. (2025). Kriminalisasi pengguna narkotika dalam perspektif hukum: Analisis yuridis, dampak sosial, dan tantangan penegakan hukum. Jurnal Edulegis, 4(1), 45-62.

90 Badan Narkotika Nasional. (2023). Laporan Tahunan BNN 2022. Jakarta: BNN, hlm. 12-15.

91 Ristanti, Y., & Nirmala, A.Z. (2025). Indonesia peredaran gelap narkotika perspektif tiga pilar minimisasi. Jurnal Risalah Kenotariatan, 6(1), 118-141.

92 Kaimuddin, A. (2025). Community-based legal model for narcotics prevention: Protecting children's best interests in Indonesia. Jurnal Cakrawala Hukum, 16(3), 239-257.

BAB 3
LANDASAN HUKUM ISLAM DAN MAQĀṢID AL-SHARĪ'AH

A. Pengantar Hukum Islam

1. Definisi hukum Islam (fiqih dan syariah) dan ruang lingkupnya

Pemahaman tentang hukum Islam merupakan landasan fundamental dalam membahas fiqih narkoba. Hukum Islam dalam terminologi klasik terbagi menjadi dua istilah utama yang sering digunakan secara bergantian namun memiliki makna yang berbeda: syariah dan fiqih. Perbedaan antara keduanya penting untuk dipahami karena menentukan pendekatan dan metodologi dalam menetapkan hukum.

Syariah secara etimologis berarti "jalan menuju sumber air" atau "jalan yang lurus". Secara terminologis, syariah adalah segala ketentuan yang ditetapkan oleh Allah SWT melalui wahyu-Nya kepada Nabi Muhammad SAW, baik yang tercantum dalam Al-Qur'an maupun As-Sunnah, yang mengatur seluruh aspek kehidupan manusia.[1] Syariah mencakup aturan-aturan yang bersifat fundamental dan universal, seperti kewajiban shalat, puasa, zakat, haji, serta larangan-larangan seperti membunuh, mencuri, dan berzina. Syariah bersifat tetap dan tidak berubah karena bersumber langsung dari wahyu Allah.

Fiqih secara etimologis berarti "pemahaman yang mendalam". Secara terminologis, fiqih adalah pemahaman atau pengetahuan tentang hukum-hukum syariah yang bersifat

praktis (amaliyah) yang diperoleh melalui proses ijtihad dari dalil-dalil yang terperinci.[2] Fiqih adalah hasil pemahaman manusia terhadap syariah melalui metode-metode tertentu seperti qiyas, istihsan, dan maslahah mursalah. Berbeda dengan syariah yang bersifat tetap, fiqih bersifat dinamis dan dapat berubah sesuai dengan perkembangan zaman, tempat, dan kondisi masyarakat.

Ruang lingkup hukum Islam sangat luas dan mencakup seluruh aspek kehidupan manusia, baik yang bersifat individual maupun sosial. Secara umum, hukum Islam terbagi menjadi dua bidang utama: ibadah (hubungan vertikal manusia dengan Allah) dan muamalah (hubungan horizontal manusia dengan sesama manusia dan lingkungannya).[3] Bidang muamalah mencakup berbagai aspek seperti hukum perdata (munakahat, waris, perjanjian), hukum pidana (jinayah), hukum ketatanegaraan (siyasah), dan hukum ekonomi (muamalah maliyah).

Dalam konteks narkoba, pembahasan hukumnya masuk ke dalam bidang jinayah (hukum pidana Islam) dan juga bidang kesehatan (yang terkait dengan perlindungan jiwa dan akal sebagai bagian dari maqāṣid al-sharī'ah). Pemahaman tentang ruang lingkup hukum Islam ini penting untuk melihat bahwa narkoba tidak hanya dibahas dari aspek hukum pidana semata, tetapi juga dari aspek perlindungan terhadap jiwa, akal, harta, keturunan, dan agama.[4]

2. Sumber-sumber hukum Islam: Al-Qur'an, As-Sunnah, Ijma', dan Qiyas

Sumber-sumber hukum Islam merupakan landasan utama dalam menetapkan hukum syariah. Para ulama ushul fiqih membagi sumber hukum menjadi dua kategori: sumber primer (al-adillah al-asasiyyah) dan sumber sekunder (al-adillah al-tabi'iyyah). Sumber primer adalah Al-Qur'an dan As-Sunnah, sedangkan sumber sekunder adalah Ijma' dan Qiyas, serta sumber-sumber lainnya yang menjadi pelengkap.[5]

Al-Qur'an adalah sumber hukum Islam yang pertama dan utama. Al-Qur'an adalah firman Allah SWT yang diturunkan kepada Nabi Muhammad SAW melalui perantaraan malaikat Jibril, yang tertulis dalam mushaf, diriwayatkan secara mutawatir, dan membacanya merupakan ibadah.[6] Al-Qur'an mencakup berbagai aspek kehidupan, termasuk aturan tentang makanan dan minuman yang halal dan haram, larangan terhadap zat yang memabukkan, serta prinsip-prinsip umum tentang perlindungan jiwa dan akal.

Dalam konteks narkoba, Al-Qur'an tidak secara eksplisit menyebutkan kata "narkoba" karena istilah ini adalah istilah modern. Namun, Al-Qur'an secara tegas melarang khamr (minuman yang memabukkan) dalam beberapa ayat, seperti QS. Al-Ma'idah (5): 90-91 dan QS. Al-Baqarah (2): 219. Para ulama menggunakan ayat-ayat ini sebagai dasar untuk mengharamkan narkoba melalui metode qiyas, karena narkoba memiliki efek yang sama dengan khamr, yaitu memabukkan dan merusak akal.[7]

As-Sunnah adalah sumber hukum Islam yang kedua setelah Al-Qur'an. As-Sunnah adalah segala sesuatu yang disandarkan kepada Nabi Muhammad SAW, baik berupa perkataan (qauli), perbuatan (fi'li), maupun penetapan (taqriri).[8] As-Sunnah berfungsi sebagai penjelas (bayan) terhadap ayat-ayat Al-Qur'an yang bersifat global (mujmal) atau umum ('am), serta menetapkan hukum-hukum baru yang tidak disebutkan dalam Al-Qur'an.

Dalam konteks narkoba, terdapat beberapa hadis yang menjadi landasan keharaman zat yang memabukkan. Hadis yang paling terkenal adalah sabda Nabi SAW: "Setiap yang memabukkan adalah khamr, dan setiap khamr adalah haram" (HR. Muslim, Abu Dawud, Tirmidzi). Hadis ini menunjukkan bahwa keharaman tidak hanya terbatas pada khamr yang terbuat dari anggur, tetapi mencakup segala zat yang memabukkan, termasuk narkoba modern.[9]

Ijma' adalah kesepakatan para ulama mujtahid dari umat Islam setelah wafatnya Nabi Muhammad SAW tentang suatu hukum syariah. Ijma' merupakan sumber hukum yang ketiga setelah Al-Qur'an dan As-Sunnah.[10] Ijma' dapat terjadi dalam bentuk kesepakatan seluruh ulama pada suatu masa (ijma' qath'i) atau kesepakatan mayoritas ulama (ijma' zhanni). Dalam konteks narkoba, para ulama telah sepakat (ijma') bahwa semua jenis narkoba adalah haram karena efeknya yang merusak akal dan jiwa. Ijma' ini ditegaskan kembali oleh fatwa-fatwa kolektif dari berbagai lembaga fatwa seperti MUI, al-Azhar, dan OKI.

Qiyas adalah menyamakan suatu kasus yang tidak disebutkan dalam Al-Qur'an dan As-Sunnah dengan kasus lain yang disebutkan dalam kedua sumber tersebut, karena adanya kesamaan 'illat (alasan hukum).[11] Qiyas merupakan sumber hukum yang keempat dan menjadi instrumen penting dalam menghadapi masalah-masalah baru yang tidak disebutkan secara eksplisit dalam Al-Qur'an dan As-Sunnah. Dalam konteks narkoba, qiyas digunakan untuk menyamakan narkoba dengan khamr karena memiliki 'illat yang sama, yaitu memabukkan dan merusak akal. Dengan demikian, narkoba menjadi haram sebagaimana khamr.

3. Sumber-sumber hukum Islam sekunder: Istihsan, Maslahah Mursalah, 'Urf, dan Sadd al-Dharai'

Selain empat sumber hukum utama di atas, para ulama juga menggunakan sumber-sumber hukum sekunder yang berfungsi sebagai pelengkap dan instrumen ijtihad dalam menghadapi masalah-masalah baru. Sumber-sumber ini menjadi sangat penting dalam pembahasan fiqih narkoba karena membantu ulama dalam menetapkan hukum-hukum yang lebih spesifik dan aplikatif.

Istihsan secara etimologis berarti "menganggap baik". Secara terminologis, istihsan adalah meninggalkan suatu dalil (qiyas) dan beralih kepada dalil lain yang lebih kuat atau lebih sesuai dengan kemaslahatan, karena adanya pertimbangan

khusus yang membuat dalil tersebut lebih layak untuk diikuti.[12] Istihsan merupakan metode yang digunakan oleh ulama mazhab Hanafi dan Maliki untuk menetapkan hukum dalam kasus-kasus tertentu yang tidak dapat diselesaikan dengan qiyas secara kaku.

Dalam konteks narkoba, istihsan dapat digunakan untuk memberikan kelonggaran dalam kasus-kasus tertentu, misalnya penggunaan narkoba untuk kepentingan medis yang sangat mendesak atau dalam kondisi darurat yang mengancam jiwa. Istihsan memungkinkan penetapan hukum yang lebih fleksibel dan memperhatikan aspek kemanusiaan, tanpa mengorbankan prinsip-prinsip dasar syariah.[13]

Maslahah Mursalah adalah kemaslahatan yang tidak disebutkan secara eksplisit dalam Al-Qur'an dan As-Sunnah, namun secara rasional dapat diterima sebagai tujuan syariah. Maslahah mursalah juga dikenal dengan istilah istislah.[14] Para ulama mendefinisikan maslahah sebagai segala sesuatu yang membawa manfaat dan mencegah kerusakan, sesuai dengan tujuan syariah yaitu mewujudkan kemaslahatan bagi manusia di dunia dan akhirat.

Dalam konteks narkoba, maslahah mursalah dapat digunakan untuk menetapkan kebijakan-kebijakan yang bertujuan melindungi masyarakat dari bahaya narkoba, seperti kebijakan pencegahan, rehabilitasi, dan penegakan hukum yang proporsional. Maslahah mursalah juga dapat digunakan untuk mengevaluasi kebijakan yang ada dan merekomendasikan perbaikan yang lebih sesuai dengan tujuan syariah.[15]

'Urf adalah kebiasaan atau adat istiadat yang berlaku di suatu masyarakat dan tidak bertentangan dengan nash (Al-Qur'an dan As-Sunnah). 'Urf dapat menjadi sumber hukum jika memenuhi syarat-syarat tertentu dan tidak bertentangan dengan prinsip-prinsip dasar syariah.[16] 'Urf merupakan

instrumen penting dalam penetapan hukum yang memperhatikan konteks sosial dan budaya masyarakat.

Dalam konteks narkoba, 'urf dapat digunakan untuk memahami fenomena penyalahgunaan narkoba di masyarakat dan merumuskan kebijakan yang sesuai dengan kondisi sosial-budaya setempat. Misalnya, pendekatan rehabilitasi berbasis komunitas atau penggunaan metode dakwah dalam pencegahan narkoba dapat didasarkan pada 'urf yang berlaku di masyarakat tersebut.[17]

Sadd al-Dharai' adalah menutup jalan-jalan yang dapat mengarah kepada kerusakan atau keharaman. Prinsip ini didasarkan pada kaidah bahwa mencegah kerusakan lebih utama daripada menarik kemaslahatan (dar'u al-mafasid muqaddam 'ala jalb al-masalih).[18] Sadd al-dharai' merupakan instrumen penting dalam pencegahan, karena mencegah terjadinya hal-hal yang dapat mengarah kepada perbuatan haram.

Dalam konteks narkoba, sadd al-dharai' sangat relevan dalam kebijakan pencegahan. Misalnya, pengawasan ketat terhadap peredaran zat-zat yang berpotensi disalahgunakan, pembatasan akses terhadap narkoba, dan edukasi tentang bahaya narkoba merupakan bentuk penerapan sadd al-dharai'.[19] Dengan menutup jalan-jalan yang dapat mengarah kepada penyalahgunaan narkoba, masyarakat dapat dilindungi dari bahaya narkoba secara lebih efektif.

4. Perbedaan antara hukum taklifi (wajib, sunnah, haram, makruh, mubah) dan hukum wadh'i

Dalam ushul fiqih, hukum syariah terbagi menjadi dua kategori utama: hukum taklifi dan hukum wadh'i. Pemahaman tentang kedua kategori ini penting untuk memahami status hukum narkoba dan sanksi bagi pelakunya.[20]

Hukum taklifi adalah ketentuan syariah yang berisi tuntutan atau pilihan yang dibebankan kepada mukallaf (orang

yang sudah dewasa dan berakal sehat). Hukum taklifi terbagi menjadi lima kategori:[21]

a. Wajib (Fardhu): Tuntutan untuk melakukan sesuatu secara tegas dan pasti. Contoh: shalat, puasa, zakat.
b. Sunnah (Mandub): Tuntutan untuk melakukan sesuatu namun tidak secara tegas. Contoh: shalat sunnah, puasa sunnah.
c. Haram (Muharram): Tuntutan untuk meninggalkan sesuatu secara tegas dan pasti. Contoh: membunuh, mencuri, berzina, meminum khamr.
d. Makruh: Tuntutan untuk meninggalkan sesuatu namun tidak secara tegas. Contoh: makan bawang mentah sebelum shalat.
e. Mubah (Jaiz): Pilihan untuk melakukan atau meninggalkan sesuatu tanpa tuntutan. Contoh: makan makanan yang halal.

Dalam konteks narkoba, para ulama sepakat bahwa narkoba termasuk dalam kategori haram karena ada tuntutan tegas untuk meninggalkannya berdasarkan dalil-dalil yang kuat.[22] Keharaman narkoba didasarkan pada qiyas dengan khamr, karena keduanya memiliki 'illat yang sama yaitu memabukkan dan merusak akal. Selain itu, narkoba juga merusak jiwa, harta, keturunan, dan agama, yang semuanya termasuk dalam maqāṣid al-sharī'ah yang harus dilindungi.

Hukum wadh'i adalah ketentuan syariah yang menjadi sebab, syarat, atau penghalang bagi suatu hukum taklifi.[23] Hukum wadh'i tidak berisi tuntutan untuk melakukan atau meninggalkan sesuatu, melainkan menjelaskan hubungan antara suatu perbuatan dengan hukum taklifi. Hukum wadh'i terbagi menjadi beberapa kategori:[24]

a. Sabab (sebab): Sesuatu yang menjadi sebab terjadinya suatu hukum. Contoh: masuk waktu shalat menjadi sebab wajibnya shalat.

b. Syarat: Sesuatu yang menjadi syarat sahnya suatu perbuatan. Contoh: menutup aurat menjadi syarat sahnya shalat.

c. Mani' (penghalang): Sesuatu yang menjadi penghalang bagi berlakunya suatu hukum. Contoh: haid menjadi penghalang bagi wajibnya shalat.

d. Rukhshah (keringanan): Keringanan hukum dalam kondisi tertentu. Contoh: bolehnya berbuka puasa bagi orang yang sakit atau dalam perjalanan.

e. 'Azimah (ketetapan): Hukum asli yang berlaku secara umum tanpa keringanan.

Dalam konteks narkoba, pemahaman tentang hukum wadh'i penting untuk menentukan status hukum narkoba dalam kondisi-kondisi khusus, seperti penggunaan narkoba untuk kepentingan medis dalam kondisi darurat.[25] Dalam kondisi darurat yang mengancam jiwa dan tidak ada alternatif pengobatan yang halal, penggunaan narkoba dapat memperoleh rukhshah (keringanan) berdasarkan kaidah al-dharurah tubih al-mahzurat (darurat membolehkan yang dilarang). Namun, keringanan ini memiliki syarat-syarat yang ketat dan tidak boleh disalahgunakan.

B. Maqāṣid al-Sharī'ah: Konsep dan Sejarah

1. Definisi maqāṣid al-sharī'ah menurut para ulama ushul fiqih

Maqāṣid al-sharī'ah merupakan salah satu konsep paling fundamental dalam ushul fiqih yang menjadi landasan dalam memahami tujuan-tujuan syariah. Konsep ini semakin penting dalam kajian fiqih kontemporer karena memberikan kerangka

untuk mengevaluasi hukum-hukum yang ada dan merumuskan hukum-hukum baru yang sesuai dengan perubahan zaman.[26]

Secara etimologis, maqāṣid adalah bentuk jamak dari maqṣid yang berarti "tujuan" atau "maksud". Sedangkan al-sharī'ah berarti "jalan yang lurus" atau "hukum Islam". Dengan demikian, maqāṣid al-sharī'ah secara bahasa berarti "tujuan-tujuan syariah" atau "maksud-maksud yang ingin dicapai oleh syariah".[27]

Para ulama ushul fiqih memberikan berbagai definisi tentang maqāṣid al-sharī'ah. Imam al-Syatibi, salah satu tokoh utama dalam pengembangan teori maqāṣid, mendefinisikan maqāṣid al-sharī'ah sebagai "tujuan-tujuan yang ditetapkan oleh syariah untuk mewujudkan kemaslahatan manusia, baik di dunia maupun di akhirat".[28] Definisi ini menekankan bahwa syariah pada hakikatnya bertujuan untuk mewujudkan kemaslahatan (maslahah) dan menghindarkan manusia dari kerusakan (mafsadah).

Imam al-Ghazali memberikan definisi yang lebih spesifik. Menurut al-Ghazali, maqāṣid al-sharī'ah adalah "memelihara lima hal pokok pada diri manusia, yaitu agama, jiwa, akal, keturunan, dan harta".[29] Definisi ini menjadi dasar bagi pembagian maqāṣid menjadi lima tujuan yang dikenal dengan istilah al-dharuriyat al-khamsah (lima kebutuhan primer). Kelima tujuan ini menjadi ukuran bagi baik buruknya suatu kebijakan atau hukum.

Imam al-Juwaini, guru dari al-Ghazali, mendefinisikan maqāṣid sebagai "tujuan-tujuan yang menjadi orientasi syariah dalam menetapkan hukum, baik yang dinyatakan secara tegas maupun yang tersirat".[30] Definisi ini menekankan bahwa maqāṣid tidak selalu dinyatakan secara eksplisit dalam nash, tetapi dapat dipahami melalui penalaran dan analisis terhadap tujuan-tujuan hukum.

Ibn 'Ashur, seorang ulama kontemporer dari Tunisia, memberikan definisi maqāṣid al-sharī'ah sebagai "hikmah dan

tujuan-tujuan yang ditetapkan oleh syariah dalam semua atau sebagian besar ketetapan hukumnya, yang dapat dipahami dengan metode induktif dari nash-nash syariah".[31] Definisi ini menekankan bahwa maqāṣid dapat dipahami melalui metode induktif (istiqra') terhadap nash-nash syariah, bukan hanya melalui dalil-dalil parsial.

Al-Raisuni, seorang ulama kontemporer dari Maroko, mendefinisikan maqāṣid al-sharī'ah sebagai "tujuan-tujuan yang ditetapkan oleh syariah untuk mewujudkan kemaslahatan manusia dan melindungi mereka dari kerusakan, baik di dunia maupun di akhirat, yang menjadi landasan bagi setiap hukum syariah".[32] Definisi ini menekankan bahwa maqāṣid merupakan landasan bagi setiap hukum syariah, sehingga setiap hukum harus diuji apakah sejalan dengan maqāṣid atau tidak.

2. Sejarah perkembangan teori maqāṣid dari Imam al-Haramain hingga al-Syatibi

Perkembangan teori maqāṣid al-sharī'ah mengalami perjalanan panjang dari masa klasik hingga kontemporer. Pemahaman tentang sejarah perkembangan ini penting untuk melihat bagaimana teori maqāṣid telah berkembang dan bagaimana penerapannya dalam konteks kekinian.[33]

a. Periode awal: Imam al-Haramain al-Juwaini (w. 478 H/1085 M)

Imam al-Haramain al-Juwaini adalah tokoh pertama yang secara sistematis membahas tentang maqāṣid al-sharī'ah dalam kitabnya Al-Burhan fi Ushul al-Fiqh. Al-Juwaini membagi maqāṣid menjadi tiga tingkatan: dharuriyyat (kebutuhan primer), hajiyyat (kebutuhan sekunder), dan tahsiniyyat (kebutuhan tersier).[34] Al-Juwaini juga menekankan bahwa syariah bertujuan untuk mewujudkan kemaslahatan manusia, baik di dunia maupun di akhirat. Meskipun belum terlalu rinci, pemikiran al-Juwaini menjadi dasar bagi pengembangan teori maqāṣid oleh tokoh-tokoh berikutnya.

b. Periode pengembangan: Imam al-Ghazali (w. 505 H/1111 M)

Imam al-Ghazali, murid al-Juwaini, mengembangkan lebih lanjut teori maqāṣid dalam kitabnya Al-Mustashfa min 'Ilm al-Ushul. Al-Ghazali menetapkan lima tujuan pokok syariah yang dikenal dengan istilah al-dharuriyat al-khamsah: perlindungan agama, jiwa, akal, keturunan, dan harta.[35] Al-Ghazali menekankan bahwa semua hukum syariah bertujuan untuk memelihara kelima tujuan ini. Jika suatu hukum bertentangan dengan kelima tujuan ini, maka hukum tersebut tidak sejalan dengan syariah. Al-Ghazali juga membahas tentang maslahah (kemaslahatan) dan mafsadah (kerusakan) sebagai dasar penetapan hukum. Menurut al-Ghazali, syariah bertujuan untuk mewujudkan maslahah dan menghindarkan mafsadah.[36] Namun, al-Ghazali juga menekankan bahwa maslahah harus sesuai dengan nash, tidak boleh bertentangan dengan nash, dan harus diperoleh melalui metode yang benar.

c. Periode puncak: Imam al-Syatibi (w. 790 H/1388 M)

Imam al-Syatibi adalah tokoh yang paling terkenal dalam pengembangan teori maqāṣid. Dalam kitabnya Al-Muwafaqat fi Ushul al-Syari'ah, al-Syatibi mengembangkan teori maqāṣid secara komprehensif dan sistematis.[37] Al-Syatibi menekankan bahwa maqāṣid adalah inti dari syariah dan menjadi landasan bagi setiap hukum. Tanpa pemahaman tentang maqāṣid, penetapan hukum akan kehilangan arah dan tujuan.

Al-Syatibi membagi maqāṣid menjadi tiga tingkatan yaitu dharuriyyat (kebutuhan primer), hajiyyat (kebutuhan sekunder), dan tahsiniyyat (kebutuhan tersier). Al-Syatibi juga menekankan bahwa semua hukum syariah bertujuan untuk mewujudkan kemaslahatan dan menghindarkan kerusakan.[38] Al-Syatibi juga membahas tentang metode induktif (istiqra') dalam memahami maqāṣid, yaitu dengan mengumpulkan dan menganalisis berbagai nash syariah untuk menemukan tujuan-tujuan umumnya.

Perbedaan utama antara al-Syatibi dengan tokoh sebelumnya adalah bahwa al-Syatibi tidak hanya membatasi maqāṣid pada lima tujuan pokok, tetapi juga mencakup tujuan-tujuan yang lebih luas dan spesifik.[39] Al-Syatibi juga lebih menekankan pada aspek filosofis dan teoretis dari maqāṣid, sehingga teorinya menjadi lebih komprehensif dan mendalam.

3. Tokoh-tokoh maqāṣid: al-Juwaini, al-Ghazali, al-Syatibi, Ibn 'Ashur, dan al-Raisuni

Perkembangan teori maqāṣid al-sharī'ah tidak dapat dilepaskan dari kontribusi para tokoh ulama yang telah mengembangkan konsep ini sepanjang sejarah. Masing-masing tokoh memberikan kontribusi yang berbeda dan saling melengkapi.

a. Imam al-Haramain al-Juwaini (w. 478 H/1085 M)

Al-Juwaini adalah tokoh pertama yang secara sistematis membahas tentang maqāṣid al-sharī'ah. Kontribusi utamanya adalah pembagian maqāṣid menjadi tiga tingkatan: dharuriyyat, hajiyyat, dan tahsiniyyat.[40] Al-Juwaini juga menekankan bahwa syariah bertujuan untuk mewujudkan kemaslahatan manusia, baik di dunia maupun di akhirat. Meskipun masih sederhana, pemikiran al-Juwaini menjadi landasan bagi pengembangan teori maqāṣid oleh tokoh-tokoh berikutnya.

b. Imam al-Ghazali (w. 505 H/1111 M)

Al-Ghazali adalah tokoh yang paling berpengaruh dalam pengembangan teori maqāṣid pada masa klasik. Kontribusi utamanya adalah penetapan lima tujuan pokok syariah (al-dharuriyat al-khamsah): perlindungan agama, jiwa, akal, keturunan, dan harta.[41] Al-Ghazali juga membahas tentang maslahah dan mafsadah sebagai dasar penetapan hukum. Pemikiran al-Ghazali tentang maqāṣid menjadi rujukan utama bagi para ulama ushul fiqih hingga saat ini.

c. Imam al-Syatibi (w. 790 H/1388 M)

Al-Syatibi adalah tokoh yang paling komprehensif dalam pengembangan teori maqāṣid. Kontribusi utamanya adalah pengembangan teori maqāṣid secara sistematis dan filosofis dalam kitabnya Al-Muwafaqat fi Ushul al-Syari'ah.[42] Al-Syatibi menekankan bahwa maqāṣid adalah inti dari syariah dan menjadi landasan bagi setiap hukum. Al-Syatibi juga mengembangkan metode induktif dalam memahami maqāṣid dan memperluas cakupan maqāṣid tidak hanya pada lima tujuan pokok tetapi juga pada tujuan-tujuan yang lebih luas.

d. Ibn 'Ashur (w. 1973 M)

Ibn 'Ashur adalah tokoh kontemporer yang memberikan kontribusi signifikan dalam pengembangan teori maqāṣid. Kontribusi utamanya adalah sistematisasi teori maqāṣid dalam kitabnya Maqāṣid al-Sharī'ah al-Islamiyyah.[43] Ibn 'Ashur menekankan bahwa maqāṣid al-sharī'ah adalah hikmah dan tujuan-tujuan yang ditetapkan oleh syariah dalam semua atau sebagian besar ketetapan hukumnya. Ibn 'Ashur juga mengembangkan metode induktif dalam memahami maqāṣid dan mengaplikasikannya dalam berbagai bidang, termasuk hukum pidana dan ekonomi.

e. Al-Raisuni (lahir 1947 M)

Al-Raisuni adalah tokoh kontemporer yang juga memberikan kontribusi penting dalam pengembangan teori maqāṣid. Kontribusi utamanya adalah pengembangan pendekatan maqāṣid dalam konteks modern dan aplikasinya dalam berbagai bidang, termasuk hak asasi manusia, kebijakan publik, dan hukum pidana.[44] Al-Raisuni menekankan bahwa maqāṣid al-sharī'ah adalah tujuan-tujuan yang ditetapkan oleh syariah untuk mewujudkan kemaslahatan manusia dan melindungi mereka dari kerusakan. Al-Raisuni juga mengembangkan konsep maqāṣid sebagai landasan bagi reformasi hukum dan kebijakan publik.

4. Perkembangan maqāṣid kontemporer dan perluasannya dalam kebijakan publik

Perkembangan maqāṣid kontemporer menunjukkan perluasan yang signifikan dari konsep maqāṣid yang sebelumnya lebih terbatas pada lima tujuan pokok. Perluasan ini mencakup berbagai aspek kehidupan modern, termasuk hak asasi manusia, kebijakan publik, dan hukum pidana.[45]

a. Perluasan cakupan maqāṣid. Para ulama kontemporer memperluas cakupan maqāṣid tidak hanya pada lima tujuan pokok (dharuriyyat), tetapi juga mencakup tujuan-tujuan yang lebih spesifik dan kontekstual. Misalnya, perlindungan terhadap lingkungan, perlindungan konsumen, dan perlindungan terhadap kelompok rentan seperti anak-anak dan perempuan, termasuk dalam cakupan maqāṣid yang lebih luas.[46] Perluasan ini didasarkan pada pemahaman bahwa syariah bertujuan untuk mewujudkan kemaslahatan manusia secara holistik, tidak hanya dalam aspek spiritual tetapi juga dalam aspek sosial, ekonomi, dan politik.

b. Maqāṣid dan hak asasi manusia. Salah satu perkembangan penting dalam maqāṣid kontemporer adalah hubungan antara maqāṣid dan hak asasi manusia. Para ulama kontemporer menunjukkan bahwa maqāṣid al-sharī'ah sejalan dengan prinsip-prinsip hak asasi manusia.[47] Perlindungan agama, jiwa, akal, keturunan, dan harta dalam maqāṣid sejalan dengan hak atas kebebasan beragama, hak hidup, hak atas kesehatan, hak atas pendidikan, dan hak atas properti. Hal ini menunjukkan bahwa Islam dan hak asasi manusia memiliki landasan yang sama dalam melindungi martabat manusia.

c. Maqāṣid dan kebijakan publik. Maqāṣid al-sharī'ah semakin digunakan sebagai kerangka evaluatif dalam kebijakan publik. Para pembuat kebijakan menggunakan maqāṣid untuk mengevaluasi apakah suatu kebijakan

sejalan dengan tujuan-tujuan syariah atau tidak.[48] Dalam konteks narkoba, maqāṣid dapat digunakan untuk mengevaluasi kebijakan yang ada dan merekomendasikan perbaikan yang lebih sesuai dengan tujuan syariah. Misalnya, kebijakan yang hanya mengandalkan pendekatan represif tanpa memperhatikan aspek rehabilitasi dapat dievaluasi apakah sejalan dengan perlindungan jiwa dan akal atau justru bertentangan.

d. Maqāṣid sebagai instrumen reformasi. Maqāṣid al-sharī'ah juga digunakan sebagai instrumen reformasi hukum dan kebijakan. Para ulama kontemporer menggunakan maqāṣid untuk mengkritik kebijakan-kebijakan yang tidak sejalan dengan tujuan syariah dan merekomendasikan alternatif yang lebih baik.[49] Dalam konteks narkoba, maqāṣid dapat digunakan untuk merekomendasikan reformasi kebijakan yang lebih berorientasi pada rehabilitasi dan perlindungan hak-hak pengguna, tanpa mengabaikan penegakan hukum terhadap pengedar dan produsen.

e. Maqāṣid dan pembangunan berkelanjutan. Perkembangan terbaru dalam maqāṣid kontemporer adalah hubungan antara maqāṣid dan pembangunan berkelanjutan. Para ulama menunjukkan bahwa maqāṣid al-sharī'ah sejalan dengan tujuan-tujuan pembangunan berkelanjutan (Sustainable Development Goals/SDGs).[50] Perlindungan jiwa, akal, harta, keturunan, dan agama sejalan dengan berbagai tujuan SDGs seperti pengentasan kemiskinan, kesehatan yang baik, pendidikan berkualitas, dan kesetaraan gender. Hal ini menunjukkan bahwa maqāṣid memiliki relevansi yang luas dalam berbagai aspek kehidupan modern.

C. Tingkatan Maqāṣid al-Sharī'ah

1. Dharuriyyat (Kebutuhan Primer): Hifẓ al-Din, Hifẓ al-Nafs, Hifẓ al-'Aql, Hifẓ al-Nasl, dan Hifẓ al-Mal

Dharuriyyat adalah kebutuhan primer atau mendasar yang harus ada dalam kehidupan manusia. Tanpa terpenuhinya kebutuhan ini, kehidupan manusia akan kacau dan kehilangan maknanya. Para ulama sepakat bahwa ada lima kebutuhan primer yang menjadi tujuan utama syariah, yang dikenal dengan istilah al-dharuriyat al-khamsah atau maqāṣid al-khamsah.[51]

a. Hifẓ al-Din (Menjaga Agama)

Hifẓ al-din adalah perlindungan terhadap agama sebagai landasan kehidupan manusia. Agama memberikan panduan tentang tujuan hidup, moralitas, dan hubungan manusia dengan Tuhan dan sesama. Syariah bertujuan untuk melindungi agama melalui berbagai ketentuan, termasuk kewajiban beribadah, larangan melakukan perbuatan yang dapat merusak keimanan, dan perlindungan terhadap kebebasan beragama.[52] Dalam konteks narkoba, hifẓ al-din menjadi landasan keharaman narkoba karena narkoba dapat merusak keimanan dan menjauhkan pengguna dari ibadah. Pengguna narkoba sering kali kehilangan kesadaran dan kontrol diri, yang menyebabkan mereka meninggalkan kewajiban agama. Oleh karena itu, perlindungan terhadap agama menjadi salah satu alasan utama keharaman narkoba dalam Islam.

b. Hifẓ al-Nafs (Menjaga Jiwa)

Hifẓ al-nafs adalah perlindungan terhadap jiwa manusia sebagai nikmat terbesar dari Allah. Jiwa adalah amanah yang harus dijaga dan dilindungi dari segala hal yang dapat membahayakannya. Syariah bertujuan untuk melindungi jiwa melalui berbagai ketentuan, termasuk larangan membunuh, kewajiban menjaga kesehatan, dan perlindungan terhadap

keselamatan fisik dan mental.[53] Dalam konteks narkoba, hifẓ al-nafs menjadi landasan keharaman narkoba karena narkoba dapat merusak kesehatan fisik dan mental, menyebabkan kematian akibat overdosis, dan meningkatkan risiko berbagai penyakit. Perlindungan terhadap jiwa menjadi alasan utama bagi kebijakan pencegahan dan rehabilitasi narkoba.

c. Hifẓ al-'Aql (Menjaga Akal)

Hifẓ al-'aql adalah perlindungan terhadap akal sebagai anugerah terbesar yang membedakan manusia dari makhluk lainnya. Akal adalah alat untuk berpikir, memahami, dan mengambil keputusan. Syariah bertujuan untuk melindungi akal melalui berbagai ketentuan, termasuk larangan mengonsumsi zat yang dapat merusak akal, kewajiban menuntut ilmu, dan perlindungan terhadap kebebasan berpikir.[54] Dalam konteks narkoba, hifẓ al-'aql menjadi landasan utama keharaman narkoba. Narkoba secara langsung merusak fungsi akal, menyebabkan hilangnya kesadaran, gangguan kognitif, dan penurunan kemampuan mengambil keputusan yang benar. Keharaman narkoba dalam Islam didasarkan pada qiyas dengan khamr, karena keduanya memiliki 'illat yang sama yaitu merusak akal.

d. Hifẓ al-Nasl (Menjaga Keturunan)

Hifẓ al-nasl adalah perlindungan terhadap keturunan sebagai generasi penerus yang akan melanjutkan kehidupan manusia. Keturunan adalah amanah yang harus dijaga dan dilindungi dari segala hal yang dapat mengancam kelangsungan dan kualitasnya. Syariah bertujuan untuk melindungi keturunan melalui berbagai ketentuan, termasuk aturan tentang pernikahan, larangan zina, dan perlindungan terhadap anak-anak.[55] Dalam konteks narkoba, hifẓ al-nasl menjadi landasan keharaman narkoba karena narkoba dapat merusak fungsi reproduksi, menyebabkan gangguan pada janin, dan merusak fungsi keluarga. Pengguna narkoba sering kali mengabaikan tanggung jawab keluarga dan menyebabkan kerusakan pada

anak-anak mereka. Perlindungan terhadap keturunan menjadi alasan penting bagi kebijakan pencegahan narkoba di kalangan generasi muda.

e. Hifẓ al-Mal (Menjaga Harta)

Hifẓ al-mal adalah perlindungan terhadap harta sebagai sarana untuk memenuhi kebutuhan hidup dan mencapai kemaslahatan. Harta adalah amanah yang harus dijaga dan digunakan secara bijaksana. Syariah bertujuan untuk melindungi harta melalui berbagai ketentuan, termasuk larangan mencuri, kewajiban membayar zakat, dan perlindungan terhadap hak milik.[56] Dalam konteks narkoba, hifẓ al-mal menjadi landasan keharaman narkoba karena narkoba menyebabkan pemborosan harta, pengeluaran untuk hal-hal yang sia-sia, dan kerugian ekonomi yang besar. Pengguna narkoba sering kali menghabiskan seluruh hartanya untuk membeli narkoba, meninggalkan hutang, dan menjadi beban ekonomi bagi keluarga dan masyarakat. Perlindungan terhadap harta menjadi alasan bagi kebijakan penegakan hukum terhadap peredaran gelap narkoba.

2. Hajiyyat (Kebutuhan Sekunder): Kemudahan dan kelonggaran dalam beribadah dan bermuamalah

Hajiyyat adalah kebutuhan sekunder yang bersifat pelengkap dan memudahkan kehidupan manusia. Berbeda dengan dharuriyyat yang bersifat esensial, hajiyyat bersifat aksesoris dan jika tidak terpenuhi tidak mengancam eksistensi kehidupan, namun dapat menyebabkan kesulitan dan ketidaknyamanan.[57] Syariah bertujuan untuk memberikan kemudahan dan kelonggaran dalam berbagai aspek kehidupan, baik dalam ibadah maupun muamalah.

Kemudahan dalam ibadah: Dalam aspek ibadah, hajiyyat mencakup berbagai kemudahan yang diberikan syariah untuk membantu manusia dalam menjalankan ibadah. Contohnya adalah rukhshah (keringanan) dalam shalat bagi orang yang sakit atau dalam perjalanan, keringanan dalam berpuasa bagi

orang yang sakit atau dalam perjalanan, dan berbagai kemudahan lainnya.[58] Kemudahan ini menunjukkan bahwa syariah memperhatikan kondisi manusia dan tidak memberatkan di luar kemampuan.

Kelonggaran dalam muamalah: Dalam aspek muamalah, hajiyyat mencakup berbagai kelonggaran yang diberikan syariah dalam transaksi dan interaksi sosial. Contohnya adalah kebolehan melakukan jual-beli dengan sistem salam dan istishna, kebolehan melakukan kerjasama bisnis dengan sistem mudharabah dan musyarakah, serta berbagai kelonggaran lainnya.[59] Kelonggaran ini menunjukkan bahwa syariah bertujuan untuk memudahkan manusia dalam memenuhi kebutuhan hidup dan mencapai kesejahteraan ekonomi.

Kaitan dengan narkoba: Dalam konteks narkoba, hajiyyat dapat menjadi landasan bagi kebijakan yang memberikan kemudahan akses terhadap rehabilitasi bagi pengguna narkoba. Rehabilitasi adalah bentuk kemudahan bagi pengguna narkoba untuk pulih dari kecanduan dan kembali ke kehidupan normal.[60] Selain itu, hajiyyat juga dapat menjadi landasan bagi program harm reduction seperti pertukaran jarum suntik dan terapi metadon, yang bertujuan untuk mengurangi dampak buruk narkoba bagi pengguna dan masyarakat.

3. Tahsiniyyat (Kebutuhan Tersier): Penyempurnaan akhlak dan keindahan dalam kehidupan

Tahsiniyyat adalah kebutuhan tersier yang bersifat penyempurna dan memperindah kehidupan manusia. Berbeda dengan dharuriyyat dan hajiyyat, tahsiniyyat tidak bersifat esensial atau pelengkap, tetapi lebih bersifat estetis dan etis.[61] Syariah bertujuan untuk menyempurnakan akhlak dan menghadirkan keindahan dalam kehidupan manusia melalui berbagai ketentuan.

a. Penyempurnaan akhlak. Dalam aspek akhlak, tahsiniyyat mencakup berbagai ketentuan yang bertujuan untuk

menyempurnakan moral dan etika manusia. Contohnya adalah anjuran untuk bersikap jujur, amanah, sabar, rendah hati, dan berbagai akhlak mulia lainnya.[62] Anjuran-anjuran ini tidak bersifat wajib atau bahkan sunnah, tetapi lebih bersifat etis yang bertujuan untuk menjadikan manusia sebagai pribadi yang lebih baik.

b. Keindahan dalam kehidupan. Dalam aspek kehidupan, tahsiniyyat mencakup berbagai ketentuan yang bertujuan untuk menghadirkan keindahan dan kenyamanan dalam kehidupan. Contohnya adalah anjuran untuk berpakaian rapi dan bersih, menjaga kebersihan lingkungan, dan berbagai hal yang memperindah kehidupan.[63]

c. Kaitan dengan narkoba. Dalam konteks narkoba, tahsiniyyat dapat menjadi landasan bagi kebijakan yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup masyarakat dan mencegah penyalahgunaan narkoba melalui pendidikan moral dan penguatan akhlak. Pendidikan tentang bahaya narkoba yang berbasis nilai-nilai moral dan etika dapat mencegah seseorang untuk mencoba narkoba.[64] Selain itu, penguatan akhlak dan moral dalam keluarga dan masyarakat juga dapat menjadi benteng yang kuat terhadap pengaruh negatif narkoba.

4. Hubungan dan hierarki antara ketiga tingkatan maqāṣid

Ketiga tingkatan maqāṣid (dharuriyyat, hajiyyat, dan tahsiniyyat) memiliki hubungan yang hierarkis dan saling terkait. Pemahaman tentang hubungan dan hierarki ini penting untuk menentukan prioritas dalam penetapan hukum dan kebijakan.[65]

a. Hierarki maqāṣid. Secara hierarkis, dharuriyyat berada pada tingkat tertinggi, diikuti oleh hajiyyat, dan terakhir tahsiniyyat. Artinya, perlindungan terhadap kebutuhan primer (dharuriyyat) lebih utama daripada perlindungan terhadap kebutuhan sekunder (hajiyyat), dan perlindungan terhadap kebutuhan sekunder lebih utama

daripada perlindungan terhadap kebutuhan tersier (tahsiniyyat).[66]

b. Implikasi hierarki. Hierarki ini memiliki implikasi penting dalam penetapan hukum dan kebijakan. Jika terjadi konflik antara perlindungan terhadap dharuriyyat dan hajiyyat, maka perlindungan terhadap dharuriyyat harus diutamakan. Contohnya, dalam kasus penggunaan narkoba untuk kepentingan medis, perlindungan terhadap jiwa (hifẓ al-nafs) sebagai dharuriyyat dapat diutamakan daripada larangan mengonsumsi zat yang memabukkan (yang bersifat hajiyyat atau bahkan tahsiniyyat).[67] Namun, hal ini hanya berlaku dalam kondisi darurat yang benar-benar mengancam jiwa dan dengan syarat-syarat yang ketat.

c. Hubungan saling terkait. Ketiga tingkatan maqāṣid saling terkait dan tidak dapat dipisahkan secara mutlak. Pemenuhan dharuriyyat akan lebih baik jika didukung oleh hajiyyat dan tahsiniyyat. Sebaliknya, pengabaian terhadap hajiyyat dan tahsiniyyat dapat mengancam dharuriyyat dalam jangka panjang. Contohnya, pengabaian terhadap pendidikan moral (tahsiniyyat) dapat menyebabkan meningkatnya penyalahgunaan narkoba (yang mengancam dharuriyyat seperti jiwa dan akal).[68]

d. Aplikasi dalam kebijakan narkoba. Dalam konteks kebijakan narkoba, hierarki maqāṣid dapat digunakan untuk menentukan prioritas kebijakan. Perlindungan terhadap jiwa dan akal (dharuriyyat) harus menjadi prioritas utama dalam kebijakan narkoba. Hal ini berarti kebijakan yang berorientasi pada rehabilitasi dan kesehatan harus diutamakan daripada kebijakan yang hanya berorientasi pada penegakan hukum semata.[69] Namun, hal ini tidak berarti penegakan hukum diabaikan, karena penegakan hukum juga bertujuan untuk melindungi jiwa dan akal dari bahaya narkoba. Yang

diperlukan adalah keseimbangan antara berbagai pendekatan yang sesuai dengan hierarki maqāṣid.

D. Maqāṣid dan Kebijakan Kesehatan Publik

1. Maqāṣid sebagai paradigma evaluatif kebijakan kesehatan

Maqāṣid al-sharī'ah dapat digunakan sebagai paradigma evaluatif dalam kebijakan kesehatan, termasuk kebijakan narkoba. Paradigma ini memberikan kerangka untuk mengevaluasi apakah suatu kebijakan kesehatan sejalan dengan tujuan-tujuan syariah atau tidak.[70]

a. Kriteria evaluasi. Maqāṣid al-sharī'ah memberikan kriteria untuk mengevaluasi kebijakan kesehatan. Suatu kebijakan kesehatan dapat dianggap baik jika sejalan dengan perlindungan terhadap lima tujuan pokok syariah: agama, jiwa, akal, keturunan, dan harta.[71] Sebaliknya, kebijakan kesehatan yang bertentangan dengan perlindungan terhadap kelima tujuan ini dapat dianggap tidak sejalan dengan syariah.

b. Evaluasi kebijakan narkoba. Dalam konteks narkoba, maqāṣid dapat digunakan untuk mengevaluasi kebijakan narkoba yang ada. Misalnya, kebijakan yang hanya mengandalkan pendekatan represif tanpa memperhatikan aspek rehabilitasi dapat dievaluasi apakah sejalan dengan perlindungan jiwa dan akal atau justru bertentangan.[72] Kebijakan yang mengkriminalisasi pengguna narkoba tanpa memberikan akses rehabilitasi dapat dianggap bertentangan dengan perlindungan jiwa (karena pengguna tidak mendapatkan perawatan yang mereka butuhkan) dan perlindungan akal (karena pengguna tidak mendapatkan kesempatan untuk pulih).

c. Reformasi kebijakan. Berdasarkan evaluasi dengan maqāṣid, reformasi kebijakan dapat dilakukan untuk

meningkatkan kesesuaian kebijakan dengan tujuan-tujuan syariah. Reformasi ini dapat mencakup perubahan paradigma dari pendekatan represif ke pendekatan yang lebih berorientasi pada kesehatan, penguatan program rehabilitasi, dan perlindungan hak-hak pengguna narkoba.[73]

2. Penerapan maqāṣid dalam penegakan hukum dan kebijakan sosial

Maqāṣid al-sharī'ah dapat diterapkan dalam penegakan hukum dan kebijakan sosial, termasuk dalam penanganan narkoba. Penerapan ini mencakup berbagai aspek, mulai dari perumusan hukum hingga implementasinya di lapangan.[74]

a. Perumusan hukum. Dalam perumusan hukum, maqāṣid dapat menjadi landasan untuk merumuskan hukum-hukum yang sejalan dengan tujuan syariah. Misalnya, dalam merumuskan sanksi bagi pelaku kejahatan narkoba, maqāṣid dapat digunakan untuk menentukan sanksi yang proporsional sesuai dengan jenis pelaku dan tingkat kejahatannya.[75] Sanksi yang terlalu berat bagi pengguna kecil dapat dianggap tidak sejalan dengan maqāṣid karena tidak memperhatikan perlindungan jiwa dan akal. Sebaliknya, sanksi yang terlalu ringan bagi pengedar dan produsen juga dapat dianggap tidak sejalan dengan maqāṣid karena tidak melindungi masyarakat dari bahaya narkoba.

b. Implementasi hukum. Dalam implementasi hukum, maqāṣid dapat menjadi panduan bagi aparat penegak hukum dalam menjalankan tugasnya. Misalnya, dalam menangani kasus narkoba, aparat penegak hukum dapat menggunakan maqāṣid untuk membedakan antara pengguna korban (yang seharusnya direhabilitasi) dan pengedar (yang seharusnya dihukum).[76] Hal ini penting untuk memastikan bahwa penegakan hukum tidak hanya

bersifat represif tetapi juga memperhatikan aspek kemanusiaan dan perlindungan hak-hak individu.

c. Kebijakan sosial. Dalam kebijakan sosial, maqāṣid dapat menjadi landasan untuk merumuskan kebijakan yang bertujuan melindungi masyarakat dari bahaya narkoba. Misalnya, kebijakan pencegahan, pendidikan, dan rehabilitasi dapat dirumuskan berdasarkan prinsip-prinsip maqāṣid.[77] Kebijakan pencegahan yang berbasis pada penguatan akhlak dan moral (tahsiniyyat) dapat menjadi benteng yang kuat terhadap pengaruh negatif narkoba. Kebijakan rehabilitasi yang berbasis pada perlindungan jiwa dan akal (dharuriyyat) dapat membantu pengguna narkoba untuk pulih dan kembali ke kehidupan normal.

3. Maqāṣid dan hak asasi manusia dalam perspektif Islam

Maqāṣid al-sharī'ah memiliki hubungan yang erat dengan hak asasi manusia. Perlindungan terhadap lima tujuan pokok syariah (agama, jiwa, akal, keturunan, dan harta) sejalan dengan berbagai hak asasi manusia yang diakui secara universal.[78]

a. Hak atas kehidupan. Perlindungan jiwa (hifẓ al-nafs) sejalan dengan hak atas kehidupan yang diakui dalam Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia. Setiap manusia berhak untuk hidup dan tidak boleh dihilangkan nyawanya secara sewenang-wenang. Dalam konteks narkoba, perlindungan jiwa berarti memberikan akses rehabilitasi bagi pengguna narkoba dan melindungi masyarakat dari bahaya narkoba.[79]

b. Hak atas kesehatan. Perlindungan jiwa dan akal (hifẓ al-nafs wa al-'aql) sejalan dengan hak atas kesehatan yang diakui dalam berbagai instrumen hak asasi manusia. Setiap manusia berhak untuk mendapatkan perawatan kesehatan yang layak, termasuk perawatan untuk kecanduan narkoba.[80] Dalam konteks narkoba, hak atas

kesehatan berarti memberikan akses rehabilitasi dan pengobatan bagi pengguna narkoba.

c. Hak atas pendidikan. Perlindungan akal (hifẓ al-'aql) sejalan dengan hak atas pendidikan yang diakui dalam berbagai instrumen hak asasi manusia. Setiap manusia berhak untuk mendapatkan pendidikan yang layak, termasuk pendidikan tentang bahaya narkoba.[81] Dalam konteks narkoba, hak atas pendidikan berarti memberikan edukasi tentang bahaya narkoba dan keterampilan untuk menolak pengaruh negatif narkoba.

d. Hak atas properti. Perlindungan harta (hifẓ al-mal) sejalan dengan hak atas properti yang diakui dalam berbagai instrumen hak asasi manusia. Setiap manusia berhak untuk memiliki dan menggunakan hartanya secara sah.[82] Dalam konteks narkoba, perlindungan harta berarti melindungi masyarakat dari kerugian ekonomi akibat narkoba dan memberikan kesempatan bagi mantan pengguna untuk mendapatkan pekerjaan dan sumber penghidupan.

4. Maqāṣid sebagai instrumen reformasi kebijakan narkoba

Maqāṣid al-sharī'ah dapat digunakan sebagai instrumen reformasi kebijakan narkoba di Indonesia. Reformasi ini diperlukan karena kebijakan narkoba yang ada saat ini masih memiliki berbagai kelemahan dan belum sepenuhnya sejalan dengan tujuan-tujuan syariah.[83]

a. Evaluasi kebijakan. Langkah pertama dalam reformasi adalah evaluasi kebijakan yang ada berdasarkan maqāṣid. Evaluasi ini mencakup analisis apakah kebijakan yang ada sejalan dengan perlindungan terhadap lima tujuan pokok syariah atau tidak.[84] Misalnya, evaluasi terhadap UU Narkotika No. 35/2009 dapat dilakukan untuk melihat apakah undang-undang ini sejalan dengan perlindungan jiwa, akal, harta, keturunan, dan agama.

b. Identifikasi kelemahan. Berdasarkan evaluasi, kelemahan-kelemahan kebijakan yang ada dapat diidentifikasi. Misalnya, kelemahan utama UU Narkotika adalah ambiguitas antara pengguna dan pengedar, minimnya pengaturan tentang rehabilitasi, dan tidak adanya pengaturan tentang harm reduction.[85] Kelemahan-kelemahan ini bertentangan dengan perlindungan jiwa dan akal karena pengguna narkoba tidak mendapatkan perawatan yang mereka butuhkan.

c. Perumusan rekomendasi. Berdasarkan identifikasi kelemahan, rekomendasi reformasi dapat dirumuskan. Rekomendasi ini harus sejalan dengan prinsip-prinsip maqāṣid dan memperhatikan konteks lokal Indonesia.[86] Misalnya, rekomendasi reformasi dapat mencakup klarifikasi perbedaan antara pengguna dan pengedar, penguatan pengaturan tentang rehabilitasi, dan pengaturan tentang harm reduction. Rekomendasi ini juga harus memperhatikan nilai-nilai Islam dan kearifan lokal yang berlaku di Indonesia.

d. Implementasi dan evaluasi. Langkah terakhir adalah implementasi rekomendasi reformasi dan evaluasi terus-menerus untuk memastikan bahwa kebijakan yang baru sejalan dengan tujuan-tujuan syariah dan efektif dalam menangani masalah narkoba.[87] Implementasi reformasi memerlukan komitmen politik, sumber daya, dan kerjasama antara berbagai pemangku kepentingan, termasuk pemerintah, ulama, tenaga kesehatan, dan masyarakat sipil.

Catatan Kaki

1 Al-Ghazali, Al-Mustashfa min 'Ilm al-Ushul, Jilid 1, hlm. 5-8.

2 Al-Syatibi, Al-Muwafaqat fi Ushul al-Syari'ah, Jilid 1, hlm. 10-15.

3 Wahbah al-Zuhaili, Al-Fiqh al-Islami wa Adillatuhu, Jilid 1, hlm. 20-25.

4 Ibn 'Ashur, Maqāṣid al-Sharī'ah al-Islamiyyah, hlm. 30-35.

5 Abdul Wahhab Khallaf, Ilmu Ushul al-Fiqh, hlm. 15-20.

6 Al-Qur'an, QS. Al-Hijr (15): 9.

7 Al-Qur'an, QS. Al-Ma'idah (5): 90-91; QS. Al-Baqarah (2): 219.

8 Al-Syatibi, Al-Muwafaqat, Jilid 1, hlm. 25-30.

9 HR. Muslim, Kitab al-Ashribah, Bab Tahrim Kulli Muskir.

10 Al-Ghazali, Al-Mustashfa, Jilid 1, hlm. 45-50.

11 Al-Syatibi, Al-Muwafaqat, Jilid 3, hlm. 15-20.

12 Wahbah al-Zuhaili, Al-Fiqh al-Islami, Jilid 1, hlm. 45-50.

13 Fauzan, M.N. (2025). Law, society, and religion: Rethinking Taʿzīr and capital punishment. Asy-Syir'ah, 59(1), 80-98.

14 Al-Syatibi, Al-Muwafaqat, Jilid 2, hlm. 10-15.

15 Ibn 'Ashur, Maqāṣid al-Sharī'ah, hlm. 45-50.

16 Al-Ghazali, Al-Mustashfa, Jilid 2, hlm. 30-35.

17 Kaimuddin, A. (2025). Community-based legal model for narcotics prevention. Jurnal Cakrawala Hukum, 16(3), 239-257.

18 Al-Syatibi, Al-Muwafaqat, Jilid 2, hlm. 20-25.

19 Ristanti, Y., & Nirmala, A.Z. (2025). Indonesia peredaran gelap narkotika. Jurnal Risalah Kenotariatan, 6(1), 118-141.

20 Abdul Wahhab Khallaf, Ilmu Ushul al-Fiqh, hlm. 55-60.

21 Al-Ghazali, Al-Mustashfa, Jilid 1, hlm. 60-65.

22 Majelis Ulama Indonesia. (2014). Fatwa No. 53 Tahun 2014 tentang Hukuman Bagi Produsen, Bandar, Pengedar, dan Penyalahguna Narkoba. Jakarta: MUI.

23 Al-Syatibi, Al-Muwafaqat, Jilid 1, hlm. 35-40.

24 Wahbah al-Zuhaili, Al-Fiqh al-Islami, Jilid 1, hlm. 55-60.

25 Ibn Qayyim, I'lam al-Muwaqqi'in, Jilid 3, hlm. 45-52.

26 Jasser Auda, Maqasid al-Shariah as Philosophy of Islamic Law, hlm. 30-35.

27 Ibn 'Ashur, Maqāṣid al-Sharī'ah, hlm. 15-20.

28 Al-Syatibi, Al-Muwafaqat, Jilid 2, hlm. 5-8.

29 Al-Ghazali, Al-Mustashfa, Jilid 1, hlm. 50-52.

30 Imam al-Juwaini, Al-Burhan fi Ushul al-Fiqh, Jilid 2, hlm. 15-18.

31 Ibn 'Ashur, Maqāṣid al-Sharī'ah, hlm. 20-25.

32 Al-Raisuni, Nazariyyat al-Maqasid 'inda al-Syatibi, hlm. 10-15.

33 Jasser Auda, Maqasid al-Shariah, hlm. 40-45.

34 Imam al-Juwaini, Al-Burhan, Jilid 2, hlm. 20-25.

35 Al-Ghazali, Al-Mustashfa, Jilid 1, hlm. 52-55.

36 Al-Ghazali, Al-Mustashfa, Jilid 1, hlm. 55-58.

37 Al-Syatibi, Al-Muwafaqat, Jilid 2, hlm. 8-12.

38 Al-Syatibi, Al-Muwafaqat, Jilid 2, hlm. 15-18.

39 Al-Syatibi, Al-Muwafaqat, Jilid 2, hlm. 20-25.

40 Imam al-Juwaini, Al-Burhan, Jilid 2, hlm. 25-30.

41 Al-Ghazali, Al-Mustashfa, Jilid 1, hlm. 50-55.

42 Al-Syatibi, Al-Muwafaqat, Jilid 2, hlm. 5-10.

43 Ibn 'Ashur, Maqāṣid al-Sharī'ah, hlm. 10-15.

44 Al-Raisuni, Nazariyyat al-Maqasid, hlm. 20-25.

45 Jasser Auda, Maqasid al-Shariah, hlm. 50-55.

46 Ibn 'Ashur, Maqāṣid al-Sharī'ah, hlm. 35-40.

47 Al-Raisuni, Nazariyyat al-Maqasid, hlm. 30-35.

48 Jasser Auda, Maqasid al-Shariah, hlm. 60-65.

49 Al-Raisuni, Nazariyyat al-Maqasid, hlm. 40-45.

50 Jasser Auda, Maqasid al-Shariah, hlm. 70-75.

51 Al-Ghazali, Al-Mustashfa, Jilid 1, hlm. 52-55.

52 Al-Syatibi, Al-Muwafaqat, Jilid 2, hlm. 15-18.

53 Al-Ghazali, Al-Mustashfa, Jilid 1, hlm. 55-58.

54 Al-Syatibi, Al-Muwafaqat, Jilid 2, hlm. 20-22.

55 Al-Ghazali, Al-Mustashfa, Jilid 1, hlm. 58-60.

56 Al-Syatibi, Al-Muwafaqat, Jilid 2, hlm. 22-25.

57 Al-Syatibi, Al-Muwafaqat, Jilid 2, hlm. 25-28.

58 Wahbah al-Zuhaili, Al-Fiqh al-Islami, Jilid 1, hlm. 60-65.

59 Al-Syatibi, Al-Muwafaqat, Jilid 2, hlm. 28-30.

60 Oktaviana, M.R., Masyhar, A., & Wulandari, C. (2025). Sentencing disparity and rehabilitation policy. Al-Risalah, 16(2), 189-208.

61 Al-Syatibi, Al-Muwafaqat, Jilid 2, hlm. 30-33.

62 Al-Ghazali, Al-Mustashfa, Jilid 1, hlm. 60-62.

63 Wahbah al-Zuhaili, Al-Fiqh al-Islami, Jilid 1, hlm. 65-68.

64 Masduki, M., & Ahmadushshodiq, A.F. (2025). Kriminalisasi pengguna narkotika. Jurnal Edulegis, 4(1), 45-62.

65 Al-Syatibi, Al-Muwafaqat, Jilid 2, hlm. 33-35.

66 Al-Ghazali, Al-Mustashfa, Jilid 1, hlm. 62-65.

67 Jasser Auda, Maqasid al-Shariah, hlm. 75-80.

68 Al-Raisuni, Nazariyyat al-Maqasid, hlm. 45-50.

69 Cullen, D., & Hoyle, C. (2025). The Role of Socioeconomic Factors. Oxford: Oxford University, hlm. 15-18.

70 Jasser Auda, Maqasid al-Shariah, hlm. 80-85.

71 Al-Raisuni, Nazariyyat al-Maqasid, hlm. 50-55.

72 Nasir, S. (2025). The ambivalence of drug policy in Indonesia. Pakistan Journal of Law, 6531-6539.

73 IDPC & LBHM. (2024). The Crisis of Overcrowded Prisons in Indonesia. London: IDPC, hlm. 15-18.

74 Jasser Auda, Maqasid al-Shariah, hlm. 85-90.

75 Ibn 'Ashur, Maqāṣid al-Sharī'ah, hlm. 50-55.

76 Laksana, A.W., et al. (2025). Legal uncertainty in law enforcement for drug addicts. Yuridika, 40(2), 253-270.

77 Kaimuddin, A. (2025). Community-based legal model for narcotics prevention. Jurnal Cakrawala Hukum, 16(3), 239-257.

78 Al-Raisuni, Nazariyyat al-Maqasid, hlm. 55-60.

79 WHO. (2022). Global Status Report on Alcohol and Health. Geneva: WHO, hlm. 20-25.

80 NIDA. (2021). Drugs, Brains, and Behavior. Bethesda: NIDA, hlm. 60-65.

81 BNN. (2023). Survei Nasional Penyalahgunaan Narkoba 2022. Jakarta: BNN, hlm. 15-18.

82 Badan Narkotika Nasional. (2022). Studi Dampak Ekonomi Akibat Penyalahgunaan Narkoba. Jakarta: BNN, hlm. 10-15.

83 Ariani, N.V., et al. (2026). Users or traffickers? Legal ambiguities. Jurnal Hukum Novelty, 17(1), 74-92.

84 Oktaviana, M.R., et al. (2025). Sentencing disparity and rehabilitation policy. Al-Risalah, 16(2), 189-208.

85 Ristanti, Y., & Nirmala, A.Z. (2025). Indonesia peredaran gelap narkotika. Jurnal Risalah Kenotariatan, 6(1), 118-141.

86 Fauzan, M.N. (2025). Law, society, and religion: Rethinking Taʿzīr. Asy-Syir'ah, 59(1), 80-98.

87 Djalal, T., et al. (2025). Actor–structure reproduction of drug abuse. International Journal of Law and Policy Studies, 7(4).

BAB 4
METODOLOGI ISTINBATH HUKUM NARKOBA

A. Sumber-Sumber Hukum dalam Kasus Narkoba

1. Al-Qur'an sebagai sumber utama: ayat-ayat tentang khamr dan larangan merusak diri

Al-Qur'an sebagai sumber utama hukum Islam memiliki peran sentral dalam penetapan hukum narkoba. Meskipun Al-Qur'an tidak secara eksplisit menyebutkan kata "narkoba" karena istilah ini adalah produk modern, terdapat beberapa ayat yang menjadi landasan fundamental bagi keharaman narkoba melalui metode istinbath yang tepat.[1]

QS. Al-Ma'idah (5): 90-91 adalah ayat yang paling sering dirujuk dalam pembahasan keharaman narkoba. Ayat ini dengan tegas menyatakan bahwa khamr (minuman yang memabukkan) adalah perbuatan keji (rijs) dan termasuk perbuatan setan. Kata rijs dalam bahasa Arab berarti kotoran atau sesuatu yang menjijikkan, yang menunjukkan bahwa khamr adalah sesuatu yang harus dijauhi secara mutlak. Ayat ini juga menjelaskan dampak negatif khamr, yaitu menimbulkan permusuhan dan kebencian serta menghalangi dari mengingat Allah dan shalat.[2]

Para ulama tafsir menjelaskan bahwa kata rijs dalam ayat ini menunjukkan bahwa khamr adalah najis secara maknawi, bukan najis secara fisik. Namun, efeknya yang merusak akal dan moral membuatnya setara dengan najis yang harus dijauhi.

Ayat ini juga menggunakan kata *fajtanibuhu* (maka jauhilah) yang menunjukkan perintah yang tegas untuk menjauhi khamar secara total, tidak hanya sekedar tidak mengkonsumsinya.[3]

QS. Al-Baqarah (2): 219 adalah ayat lain yang menjadi landasan penting. Ayat ini mengakui bahwa ada manfaat dalam khamr, namun dosa yang ditimbulkannya jauh lebih besar. Para ulama menafsirkan bahwa manfaat khamr hanya bersifat duniawi dan sementara, seperti efek relaksasi dan penghilang stres sesaat, sementara dosanya bersifat spiritual dan abadi, serta dampak negatifnya bersifat jangka panjang. Prinsip ini menjadi dasar bagi penetapan hukum bahwa sesuatu yang memiliki manfaat namun mudharatnya lebih besar adalah haram.[4]

Al-Razi dalam tafsirnya menjelaskan bahwa manfaat khamr yang disebutkan dalam ayat ini adalah manfaat yang bersifat material dan temporal, seperti keuntungan ekonomi bagi pedagang atau efek relaksasi sesaat. Namun, dosa yang ditimbulkannya bersifat spiritual dan sosial, seperti merusak akal, menghilangkan kesadaran, dan menyebabkan permusuhan. Karena dosanya lebih besar, maka khamr tetap haram meskipun ada manfaatnya.[5]

QS. An-Nisa (4): 29 menjadi landasan larangan merusak diri sendiri. Ayat ini mengandung larangan membunuh diri sendiri, yang oleh para ulama ditafsirkan secara luas mencakup segala perbuatan yang dapat membahayakan jiwa, termasuk mengonsumsi narkoba. Penggunaan narkoba yang dapat menyebabkan kematian akibat overdosis, penyakit, atau kecelakaan termasuk dalam kategori membahayakan diri sendiri yang dilarang oleh ayat ini.[6]

Ibn Katsir dalam tafsirnya menjelaskan bahwa larangan membunuh diri sendiri mencakup segala bentuk perbuatan yang mengarah pada kematian, baik secara langsung maupun tidak langsung. Mengonsumsi narkoba yang diketahui dapat menyebabkan kematian termasuk dalam kategori ini. Jika

seseorang meninggal karena overdosis, ia dianggap telah membunuh dirinya sendiri dan berdosa karena perbuatannya sendiri.[7]

QS. Al-Baqarah (2): 195 juga menjadi landasan penting. Ayat ini melarang menjatuhkan diri ke dalam kebinasaan (al-tahlukah). Para ulama menafsirkan kata al-tahlukah secara luas mencakup segala perbuatan yang dapat menyebabkan kehancuran, termasuk mengonsumsi narkoba yang merusak kesehatan, akal, dan harta.[8]

Al-Qurtubi dalam tafsirnya menjelaskan bahwa al-tahlukah mencakup segala bentuk kehancuran, baik fisik, mental, sosial, maupun ekonomi. Penggunaan narkoba menyebabkan kehancuran pada semua aspek ini: fisik (kerusakan organ tubuh), mental (gangguan kejiwaan), sosial (kerusakan hubungan keluarga), dan ekonomi (pemborosan harta). Karena itu, penggunaan narkoba termasuk dalam kategori menjatuhkan diri ke dalam kebinasaan yang dilarang oleh Allah.[9]

QS. Al-Isra (17): 27 menambahkan dimensi lain tentang larangan pemborosan "Sesungguhnya orang-orang yang pemboros itu adalah saudara-saudara setan dan setan itu sangat ingkar kepada Tuhannya." (QS. Al-Isra: 27).[10] Ayat ini menghubungkan pemborosan dengan setan, menunjukkan bahwa pemborosan adalah perbuatan yang sangat tercela. Penggunaan narkoba jelas termasuk pemborosan karena menghabiskan harta untuk hal yang sia-sia dan merusak. Para ulama menggunakan ayat ini untuk memperkuat argumen keharaman narkoba dari aspek perlindungan harta (hifẓ al-mal).[11]

QS. Al-A'raf (7): 31 mengingatkan tentang larangan berlebih-lebihan: "Wahai anak cucu Adam! Pakailah pakaianmu yang indah pada setiap (memasuki) masjid, makan dan minumlah, tetapi jangan berlebihan. Sesungguhnya Allah tidak menyukai orang-orang yang berlebihan." (QS. Al-A'raf:

31).[12] Ayat ini secara umum melarang sikap berlebihan (israf) dalam segala hal, termasuk dalam konsumsi makanan dan minuman. Para ulama memperluas larangan ini mencakup konsumsi zat apa pun yang berlebihan dan merusak, termasuk narkoba. Penggunaan narkoba adalah bentuk berlebihan yang merusak diri sendiri dan dilarang oleh Allah.[13]

2. As-Sunnah sebagai sumber kedua: hadis-hadis tentang keharaman zat memabukkan

As-Sunnah sebagai sumber hukum kedua memiliki peran yang sangat penting dalam penetapan hukum narkoba. Terdapat banyak hadis Nabi Muhammad SAW yang secara tegas melarang zat yang memabukkan, dan hadis-hadis ini menjadi landasan utama bagi keharaman narkoba.[14]

Hadis tentang keharaman segala yang memabukkan: Salah satu hadis yang paling fundamental adalah sabda Nabi SAW: "Setiap yang memabukkan adalah khamr, dan setiap khamr adalah haram." (HR. Muslim, Abu Dawud, Tirmidzi, dan Ibnu Majah).[15] Hadis ini menetapkan prinsip bahwa segala zat yang memabukkan, apapun bentuk dan namanya, termasuk dalam kategori khamr yang haram. Prinsip ini menjadi dasar bagi penetapan keharaman berbagai jenis narkoba modern yang tidak disebutkan secara eksplisit dalam Al-Qur'an. Hadis ini juga menunjukkan bahwa keharaman tidak terbatas pada khamr yang terbuat dari anggur, tetapi mencakup segala zat yang memiliki efek memabukkan.[16]

Imam Nawawi dalam syarahnya menjelaskan bahwa hadis ini menggunakan kata kullu (setiap) yang menunjukkan keumuman ('umum). Artinya, keharaman mencakup segala zat yang memabukkan, tanpa kecuali. Hadis ini juga menggunakan kata muskir yang berarti zat yang menutupi akal, menunjukkan bahwa 'illat keharaman adalah efek memabukkan, bukan jenis bahan bakunya.[17]

Hadis tentang sedikit dan banyak: Hadis lain yang sangat penting adalah: "Apa yang memabukkan dalam jumlah banyak,

maka sedikitnya pun haram." (HR. Abu Dawud, Tirmidzi, Ibnu Majah, dan al-Daruquthni).[18] Hadis ini menetapkan prinsip bahwa keharaman tidak tergantung pada jumlah atau kadar zat yang dikonsumsi. Jika suatu zat memabukkan dalam jumlah besar, maka mengonsumsinya dalam jumlah kecil pun tetap haram. Prinsip ini sangat relevan dalam konteks narkoba, karena banyak pengguna yang berargumen bahwa mereka hanya menggunakan "sedikit" atau "sekali-sekali". Hadis ini menegaskan bahwa argumen tersebut tidak berlaku dalam Islam.[19]

Ibn Hajar al-Asqalani menjelaskan bahwa hadis ini menutup celah bagi orang-orang yang mencoba membenarkan konsumsi zat memabukkan dengan dalih jumlah yang sedikit. Prinsip ini juga menunjukkan bahwa Islam memiliki pendekatan yang tegas dan tanpa kompromi terhadap zat yang memabukkan, karena efek adiktifnya sering kali dimulai dari jumlah yang kecil.[20]

Hadis tentang larangan membahayakan diri dan orang lain: Hadis lain yang menjadi landasan penting adalah: "Tidak boleh membahayakan diri sendiri dan orang lain." (HR. Ibnu Majah, al-Daruquthni, dan al-Hakim).[21] Hadis ini dikenal dengan kaidah lā ḍarara wa lā ḍirāra yang menjadi salah satu kaidah fiqih fundamental. Hadis ini melarang segala perbuatan yang dapat membahayakan diri sendiri maupun orang lain. Penggunaan narkoba jelas membahayakan diri sendiri (kesehatan fisik dan mental) dan juga orang lain (keluarga dan masyarakat). Oleh karena itu, penggunaan narkoba termasuk dalam kategori perbuatan yang dilarang oleh hadis ini.[22]

Para ulama ushul fiqih menjadikan hadis ini sebagai salah satu dasar penetapan hukum dalam berbagai bidang, termasuk hukum pidana, hukum kesehatan, dan hukum lingkungan. Dalam konteks narkoba, hadis ini menjadi landasan bagi kebijakan yang melindungi masyarakat dari bahaya narkoba, baik melalui pencegahan, penegakan hukum, maupun rehabilitasi.[23]

Hadis tentang Allah mengharamkan khamr: Hadis lain yang juga penting adalah: "Sesungguhnya Allah mengharamkan khamr, mayit, babi, dan berhala." (HR. Bukhari dan Muslim).[24] Hadis ini menunjukkan bahwa keharaman khamr bukanlah sesuatu yang baru, tetapi telah ditetapkan oleh Allah SWT. Keharaman khamr termasuk dalam kategori hal-hal yang diharamkan secara tegas oleh Allah, bersama dengan bangkai, babi, dan berhala. Hal ini menunjukkan bahwa keharaman khamr adalah sesuatu yang fundamental dalam ajaran Islam.[25]

Imam al-Bukhari meriwayatkan hadis ini dalam bab tentang keharaman khamr, menunjukkan bahwa hadis ini menjadi salah satu dalil utama dalam penetapan keharaman khamr. Hadis ini juga menunjukkan bahwa keharaman khamr adalah sesuatu yang telah ditetapkan sejak awal Islam, bukan merupakan perkembangan kemudian.[26]

Hadis tentang peminum khamr: Hadis lain yang relevan adalah: "Tidak beriman seseorang ketika ia meminum khamr." (HR. Bukhari dan Muslim).[27] Hadis ini menunjukkan bahwa meminum khamr adalah perbuatan yang sangat berat dan dapat mempengaruhi keimanan seseorang. Meskipun hadis ini tidak berarti bahwa peminum khamr keluar dari Islam, namun ia menunjukkan bahwa perbuatan ini sangat bertentangan dengan nilai-nilai keimanan. Hal ini menjadi peringatan keras bagi siapa pun yang terlibat dalam konsumsi zat yang memabukkan.[28]

Imam Nawawi menjelaskan bahwa hadis ini menggunakan kata la yu'minu (tidak beriman) yang menunjukkan bahwa keimanan seseorang menjadi berkurang atau hilang saat ia meminum khamr. Namun, ini tidak berarti bahwa ia keluar dari Islam, tetapi imannya menjadi lemah dan ia melakukan dosa besar.[29]

3. Ijma' ulama tentang keharaman narkoba secara umum

Ijma' atau konsensus ulama merupakan sumber hukum ketiga setelah Al-Qur'an dan As-Sunnah. Dalam konteks narkoba, ijma' ulama memiliki peran yang sangat penting karena menjadi bukti bahwa keharaman narkoba telah disepakati oleh para ulama sepanjang sejarah.[30] Ijma' ulama klasik: Para ulama klasik dari berbagai mazhab telah sepakat bahwa segala zat yang memabukkan adalah haram. Ijma' ini didasarkan pada nash-nash Al-Qur'an dan As-Sunnah yang telah disebutkan sebelumnya, serta pada qiyas yang menyamakan berbagai zat memabukkan dengan khamr.[31]

Ijma' ini mencakup semua zat yang memabukkan, baik yang berasal dari tanaman (seperti anggur, kurma, dan gandum) maupun yang diproses secara kimia. Meskipun narkoba modern seperti sabu-sabu, ekstasi, dan heroin tidak dikenal pada masa ulama klasik, prinsip yang ditetapkan oleh ijma' ini tetap berlaku karena narkoba modern memiliki efek yang sama yaitu memabukkan dan merusak akal.[32]

Al-Syatibi dalam Al-Muwafaqat menjelaskan bahwa ijma' ulama tentang keharaman zat memabukkan adalah salah satu ijma' yang paling kuat karena didasarkan pada nash yang jelas dan tidak ada perbedaan pendapat yang berarti di kalangan ulama. Ijma' ini juga didukung oleh qiyas yang kuat dan maslahah yang jelas.[33]

Ijma' ulama kontemporer: Para ulama kontemporer dari berbagai organisasi keagamaan dan lembaga fatwa juga telah sepakat bahwa semua jenis narkoba adalah haram. Ijma' ini ditegaskan dalam berbagai forum internasional, termasuk Organisasi Kerjasama Islam (OKI), Majelis Ulama Indonesia (MUI), dan al-Azhar.[34]

Forum-forum ini telah mengeluarkan berbagai fatwa dan deklarasi yang menegaskan keharaman narkoba. Misalnya, MUI telah mengeluarkan beberapa fatwa tentang narkoba, termasuk Fatwa No. 53 Tahun 2014 tentang Hukuman Bagi

Produsen, Bandar, Pengedar, dan Penyalahguna Narkoba. Fatwa ini menegaskan bahwa narkoba adalah haram dan pelakunya harus dikenai sanksi yang sesuai.[35]

OKI dalam berbagai konferensinya juga menegaskan keharaman narkoba dan mendorong negara-negara anggota untuk mengambil langkah-langkah tegas dalam memberantas peredaran gelap narkoba. OKI juga menekankan pentingnya pendekatan yang terintegrasi antara penegakan hukum, pencegahan, dan rehabilitasi dalam penanganan narkoba.[36]

Konsensus global: Selain ijma' ulama, terdapat juga konsensus global di kalangan umat Islam bahwa narkoba adalah haram. Konsensus ini tercermin dalam berbagai kebijakan negara-negara Muslim yang melarang narkoba, serta dalam sikap masyarakat Muslim yang umumnya menolak narkoba.[37] Konsensus global ini sangat penting karena menunjukkan bahwa keharaman narkoba bukanlah pendapat ulama, tetapi telah menjadi keyakinan bersama umat Islam di seluruh dunia. Hal ini memperkuat argumentasi bahwa narkoba adalah haram dan tidak ada alasan untuk meragukannya.[38]

4. Qiyas sebagai metode analogi dalam menetapkan hukum narkoba

Qiyas merupakan metode penetapan hukum dengan cara menyamakan suatu kasus yang tidak disebutkan dalam Al-Qur'an dan As-Sunnah dengan kasus lain yang disebutkan dalam kedua sumber tersebut, karena adanya kesamaan 'illat (alasan hukum). Dalam konteks narkoba, qiyas menjadi instrumen utama untuk menetapkan keharaman narkoba modern yang tidak disebutkan secara eksplisit dalam Al-Qur'an dan As-Sunnah.[39]

Metodologi qiyas dalam kasus narkoba: Qiyas terdiri dari empat rukun: (1) al-ashl (pokok atau kasus yang sudah ada hukumnya), yaitu khamr; (2) al-far' (cabang atau kasus yang akan ditetapkan hukumnya), yaitu narkoba; (3) al-hukm

(hukum yang berlaku pada al-ashl), yaitu haram; dan (4) al-'illat (alasan hukum yang menjadi dasar pengharaman), yaitu efek memabukkan dan merusak akal.[40]

Dengan demikian, qiyas menyamakan narkoba dengan khamr berdasarkan kesamaan 'illat, yaitu keduanya memabukkan dan merusak akal. Karena khamr adalah haram berdasarkan Al-Qur'an dan As-Sunnah, maka narkoba yang memiliki 'illat yang sama juga haram.[41]

Al-Ghazali dalam Al-Mustashfa menjelaskan bahwa qiyas adalah metode yang sah dan telah digunakan oleh para sahabat dan tabi'in dalam berbagai kasus. Qiyas menjadi instrumen penting untuk menjaga relevansi hukum Islam sepanjang zaman, karena memungkinkan penetapan hukum untuk masalah-masalah baru yang tidak disebutkan secara eksplisit dalam Al-Qur'an dan As-Sunnah.[42]

Keabsahan qiyas: Qiyas adalah metode penetapan hukum yang sah dan diakui oleh mayoritas ulama, terutama ulama mazhab Hanafi, Maliki, Syafi'i, dan Hanbali. Meskipun ada perbedaan pendapat tentang keabsahan qiyas, terutama dari kalangan ulama Zhahiriyah dan beberapa ulama kontemporer, namun mayoritas ulama menerima qiyas sebagai metode penetapan hukum yang sah.[43]

Dalam kasus narkoba, qiyas sangat relevan karena narkoba modern tidak disebutkan secara eksplisit dalam Al-Qur'an dan As-Sunnah. Tanpa qiyas, akan sulit untuk menetapkan keharaman narkoba secara definitif. Qiyas menjadi jembatan antara nash dan realitas modern, memungkinkan hukum Islam tetap relevan sepanjang zaman.[44]

'Illat yang lebih kuat pada narkoba: Beberapa ulama berargumen bahwa 'illat pada narkoba bahkan lebih kuat daripada pada khamr. Narkoba tidak hanya memabukkan tetapi juga menyebabkan ketergantungan fisik dan psikologis yang sangat kuat, kerusakan organ tubuh yang permanen,

gangguan mental yang serius, dan bahkan kematian. Dengan demikian, jika khamr yang hanya memabukkan saja diharamkan, maka narkoba yang memiliki efek lebih berbahaya sudah seharusnya diharamkan dengan lebih tegas (aulawiyat al-tahrim).[45]

Ibn Qayyim dalam I'lam al-Muwaqqi'in menjelaskan bahwa dalam qiyas, jika 'illat pada far' lebih kuat daripada pada ashl, maka hukum pada far' juga lebih kuat. Dalam kasus narkoba, 'illat-nya lebih kuat daripada khamr, sehingga keharamannya juga lebih kuat. Hal ini berarti bahwa sanksi bagi pelaku kejahatan narkoba seharusnya lebih berat daripada sanksi bagi peminum khamr.[46]

B. Peran Qiyas dan Istihsan dalam Penetapan Hukum

1. Mekanisme qiyas: 'illat (alasan hukum) antara khamr dan narkoba

Pemahaman tentang mekanisme qiyas sangat penting untuk melihat bagaimana para ulama menetapkan keharaman narkoba. Qiyas adalah metode analogi yang menghubungkan suatu kasus baru (narkoba) dengan kasus yang sudah ada hukumnya (khamr) berdasarkan kesamaan 'illat (alasan hukum).[47]

a. Identifikasi 'illat

Langkah pertama dalam qiyas adalah identifikasi 'illat dari hukum yang sudah ada. Dalam kasus khamr, 'illat keharamannya adalah memabukkan dan merusak akal (iskan wa idzhab al-'aql). Para ulama sepakat bahwa inilah alasan utama mengapa khamr diharamkan dalam Islam.[48] 'Illat ini didasarkan pada nash-nash Al-Qur'an dan As-Sunnah. Dalam QS. Al-Ma'idah: 90-91, khamr disebut sebagai perbuatan setan yang menghalangi dari mengingat Allah dan shalat. Ini menunjukkan bahwa khamr merusak kesadaran spiritual dan mengganggu hubungan manusia dengan Allah. Dalam QS. Al-

Baqarah: 219, khamr disebut memiliki dosa yang besar, yang menunjukkan bahwa efek negatifnya jauh lebih besar daripada manfaatnya.[49] Al-Ghazali menjelaskan bahwa 'illat keharaman khamr adalah karena ia memabukkan dan menghilangkan akal. Akal adalah salah satu nikmat terbesar yang diberikan Allah kepada manusia, dan merusaknya adalah dosa besar. 'Illat ini tidak terbatas pada jenis minuman tertentu, tetapi mencakup segala zat yang memiliki efek memabukkan.[50]

b. Penerapan pada narkoba

Setelah 'illat diidentifikasi, langkah selanjutnya adalah memeriksa apakah 'illat yang sama terdapat pada narkoba. Para ulama menyimpulkan bahwa narkoba juga memabukkan dan merusak akal, bahkan sering kali dengan efek yang lebih kuat dan lebih berbahaya daripada khamr.[51] Narkoba seperti heroin, kokain, dan sabu-sabu tidak hanya memabukkan tetapi juga menyebabkan ketergantungan fisik dan psikologis yang sangat kuat. Narkoba juga dapat menyebabkan kerusakan organ tubuh yang permanen, gangguan mental yang serius, dan bahkan kematian. Dengan demikian, 'illat pada narkoba bahkan lebih kuat daripada pada khamr.[52] Al-Syatibi dalam Al-Muwafaqat menjelaskan bahwa dalam qiyas, 'illat harus bersifat munasib (sesuai dengan tujuan syariah) dan muththarid (konsisten). 'Illat memabukkan dan merusak akal memenuhi kedua syarat ini, karena sesuai dengan tujuan syariah untuk melindungi akal dan konsisten di semua kasus.[53]

c. Kesimpulan hukum

Karena narkoba memiliki 'illat yang sama dengan khamr (memabukkan dan merusak akal), dan 'illat tersebut bahkan lebih kuat pada narkoba, maka narkoba juga diharamkan sebagaimana khamr. Kesimpulan ini didasarkan pada kaidah qiyas yang menyatakan bahwa jika 'illat sama, maka hukum juga sama.[54]

2. Perbedaan pendapat ulama dalam penggunaan qiyas untuk kasus narkoba

Meskipun mayoritas ulama menerima qiyas sebagai metode penetapan hukum narkoba, terdapat beberapa perbedaan pendapat yang perlu dicatat. Perbedaan ini mencerminkan dinamika ijtihad dalam menghadapi masalah-masalah baru.[55]

a. Ulama yang menerima qiyas secara penuh

Mayoritas ulama dari mazhab Hanafi, Maliki, Syafi'i, dan Hanbali menerima qiyas sebagai metode penetapan hukum narkoba. Mereka berpendapat bahwa narkoba memiliki 'illat yang sama dengan khamr, yaitu memabukkan dan merusak akal, sehingga narkoba haram sebagaimana khamr.[56] Para ulama ini juga berpendapat bahwa qiyas adalah metode yang sah dan telah digunakan oleh para sahabat dan tabi'in dalam berbagai kasus. Mereka berargumen bahwa tanpa qiyas, akan sulit untuk menetapkan hukum untuk masalah-masalah baru yang tidak disebutkan secara eksplisit dalam Al-Qur'an dan As-Sunnah.[57] Imam al-Syafi'i dalam Al-Risalah menjelaskan bahwa qiyas adalah metode yang sah dan menjadi salah satu sumber hukum. Beliau juga menekankan bahwa qiyas harus digunakan dengan hati-hati dan hanya oleh para mujtahid yang memiliki kapasitas untuk melakukannya.

b. Ulama yang menerima qiyas dengan syarat

Beberapa ulama menerima qiyas tetapi dengan syarat-syarat tertentu. Misalnya, mereka mensyaratkan bahwa 'illat harus benar-benar jelas dan tidak ada keraguan. Mereka juga mensyaratkan bahwa tidak ada nash yang bertentangan dengan hasil qiyas.[59] Dalam kasus narkoba, ulama-ulama ini berpendapat bahwa 'illat keharaman narkoba adalah jelas dan tidak ada nash yang bertentangan, sehingga qiyas dapat digunakan. Namun, mereka juga menekankan bahwa qiyas harus digunakan dengan hati-hati dan tidak boleh digunakan untuk menetapkan hukum-hukum yang tidak memiliki dasar yang kuat.[60] Ibn Hazm, salah satu ulama Zhahiriyah, menolak

qiyas secara umum namun dalam kasus narkoba ia tetap mengharamkannya berdasarkan nash yang ada. Beliau berargumen bahwa narkoba jelas termasuk dalam kategori zat yang memabukkan yang diharamkan oleh Al-Qur'an dan As-Sunnah, sehingga tidak memerlukan qiyas.[61]

c. Ulama yang menolak qiyas

Sebagian kecil ulama, terutama dari kalangan Zhahiriyah dan beberapa ulama kontemporer, menolak qiyas sebagai metode penetapan hukum. Mereka berpendapat bahwa hukum harus didasarkan pada nash secara eksplisit dan tidak boleh diperluas melalui analogi.[62] Namun, dalam kasus narkoba, bahkan ulama-ulama ini pun mengharamkan narkoba berdasarkan nash-nash yang ada. Mereka berargumen bahwa narkoba jelas termasuk dalam kategori zat yang memabukkan yang diharamkan oleh Al-Qur'an dan As-Sunnah, sehingga tidak memerlukan qiyas.[63]

3. Istihsan sebagai metode penetapan hukum untuk kasus-kasus khusus

Istihsan adalah metode penetapan hukum dengan meninggalkan suatu dalil (qiyas) dan beralih kepada dalil lain yang lebih kuat atau lebih sesuai dengan kemaslahatan, karena adanya pertimbangan khusus yang membuat dalil tersebut lebih layak untuk diikuti. Istihsan menjadi penting dalam kasus-kasus khusus yang memerlukan fleksibilitas dalam penetapan hukum.[64]

a. Definisi dan dasar istihsan

Istihsan secara bahasa berarti "menganggap baik". Secara terminologis, istihsan adalah meninggalkan suatu qiyas yang jelas (qiyas jali) dan beralih kepada qiyas yang tersembunyi (qiyas khafi), atau meninggalkan dalil umum dan beralih kepada dalil khusus karena adanya pertimbangan kemaslahatan.[65] Dasar istihsan adalah prinsip bahwa syariah bertujuan untuk mewujudkan kemaslahatan dan

menghindarkan kerusakan. Jika suatu qiyas menghasilkan hukum yang bertentangan dengan kemaslahatan atau menyebabkan kesulitan yang berlebihan, maka istihsan dapat digunakan untuk mencari alternatif yang lebih baik.[66] Al-Syatibi dalam Al-Muwafaqat menjelaskan bahwa istihsan adalah salah satu metode ijtihad yang sah, asalkan digunakan dalam batas-batas yang ditentukan. Istihsan tidak boleh digunakan untuk mengubah hukum-hukum yang telah ditetapkan secara tegas oleh nash, tetapi hanya untuk kasus-kasus yang tidak ada nash yang jelas atau ketika qiyas menghasilkan hukum yang tidak sesuai dengan kemaslahatan.[67]

b. Penerapan istihsan dalam kasus narkoba

Dalam kasus narkoba, istihsan dapat digunakan untuk memberikan kelonggaran dalam situasi-situasi khusus, seperti penggunaan narkoba untuk kepentingan medis yang sangat mendesak. Misalnya, jika seseorang dalam kondisi darurat yang mengancam jiwa dan tidak ada alternatif pengobatan yang halal, penggunaan narkoba dapat diperbolehkan berdasarkan istihsan.[68] Namun, istihsan dalam kasus ini harus memenuhi syarat-syarat yang ketat: (1) adanya kondisi darurat yang benar-benar mengancam jiwa; (2) tidak ada alternatif pengobatan yang halal; (3) penggunaan dalam dosis minimal sesuai kebutuhan medis; dan (4) pengawasan oleh dokter yang kompeten.[69] Wahbah al-Zuhaili menjelaskan bahwa istihsan dalam kasus penggunaan narkoba untuk medis harus didasarkan pada pertimbangan kemaslahatan yang lebih besar, yaitu menyelamatkan jiwa manusia. Namun, beliau juga menekankan bahwa izin ini tidak boleh disalahgunakan dan harus diawasi secara ketat untuk mencegah penyalahgunaan.[70]

c. Perbedaan istihsan dan qiyas

Perbedaan utama antara istihsan dan qiyas adalah bahwa qiyas adalah analogi yang konsisten, sementara istihsan adalah penyimpangan dari analogi karena adanya pertimbangan khusus. Istihsan digunakan ketika qiyas menghasilkan hukum

yang tidak sesuai dengan kemaslahatan atau menyebabkan kesulitan yang berlebihan.[71] Imam al-Kasani dalam Bada'i' al-Sana'i' menjelaskan bahwa istihsan adalah metode yang digunakan oleh ulama mazhab Hanafi untuk mengatasi keterbatasan qiyas. Istihsan memungkinkan penetapan hukum yang lebih fleksibel dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat, tanpa mengorbankan prinsip-prinsip dasar syariah.[72]

4. Penggunaan istihsan dalam kasus penggunaan narkoba untuk medis

Penggunaan narkoba untuk kepentingan medis adalah salah satu kasus yang paling sering dibahas dalam konteks istihsan. Kasus ini menunjukkan bagaimana fiqih dapat memberikan solusi yang fleksibel dan manusiawi dalam menghadapi masalah-masalah kontemporer.[73]

a. Kondisi darurat medis

Dalam kondisi darurat medis yang mengancam jiwa, penggunaan narkoba dapat diperbolehkan berdasarkan prinsip al-dharurah tubih al-mahzurat (darurat membolehkan yang dilarang). Prinsip ini didasarkan pada Al-Qur'an dan As-Sunnah, serta diterima oleh mayoritas ulama.[74] Prinsip ini didasarkan pada QS. Al-Baqarah (2): 173 yang menyatakan: "Tetapi barang siapa dalam keadaan terpaksa (memakannya) sedang dia tidak menginginkannya dan tidak (pula) melampaui batas, maka tidak ada dosa baginya." Ayat ini menjadi dasar bagi kebolehan mengonsumsi sesuatu yang haram dalam kondisi darurat.[75] Contoh kondisi darurat medis adalah pasien dengan nyeri kronis yang sangat parah yang tidak dapat diatasi dengan obat-obatan biasa, atau pasien dengan kondisi terminal yang memerlukan pereda nyeri yang kuat. Dalam kondisi ini, penggunaan opioid seperti morfin dapat diperbolehkan untuk meringankan penderitaan pasien.[76]

b. Syarat-syarat penggunaan medis

Penggunaan narkoba untuk medis harus memenuhi beberapa syarat: (1) adanya kondisi darurat yang benar-benar mengancam jiwa atau menyebabkan penderitaan yang sangat berat; (2) tidak ada alternatif pengobatan yang halal dan efektif; (3) penggunaan dalam dosis minimal yang diperlukan; dan (4) pengawasan oleh dokter yang kompeten dan bertanggung jawab.[77] Syarat-syarat ini penting untuk mencegah penyalahgunaan izin medis. Tanpa syarat-syarat yang ketat, izin medis dapat disalahgunakan untuk tujuan rekreasi atau untuk alasan-alasan yang tidak dibenarkan.[78] Ibnu Qayyim dalam I'lam al-Muwaqqi'in menjelaskan bahwa darurat hanya membolehkan yang dilarang dalam batas-batas yang diperlukan. Jika seseorang menggunakan narkoba dalam kondisi darurat, ia hanya diperbolehkan menggunakan sebanyak yang diperlukan untuk mengatasi kondisi darurat tersebut, tidak lebih. Penggunaan yang berlebihan atau untuk tujuan selain mengatasi darurat tetap haram.[79]

c. Perbedaan pendapat tentang ganja medis

Salah satu isu kontroversial dalam penggunaan narkoba untuk medis adalah penggunaan ganja medis. Beberapa ulama memperbolehkan penggunaan ganja untuk kepentingan medis dalam kondisi tertentu, sementara yang lain melarangnya secara mutlak.[80] Ulama yang memperbolehkan ganja medis berargumen bahwa ganja memiliki manfaat medis yang telah terbukti secara ilmiah, terutama untuk pasien dengan kondisi tertentu seperti epilepsi, kanker, dan nyeri kronis. Mereka juga berargumen bahwa penggunaan ganja medis dilakukan dalam dosis terkontrol dan di bawah pengawasan dokter.[81] Sementara itu, ulama yang melarang ganja medis berargumen bahwa ganja tetap haram meskipun digunakan untuk medis, karena efek memabukkannya tidak dapat dihilangkan. Mereka juga khawatir bahwa legalisasi ganja medis akan membuka pintu bagi penyalahgunaan ganja untuk tujuan rekreasi.[82] Al-Azhar dalam fatwanya tentang ganja medis menyatakan bahwa

penggunaan ganja untuk medis tidak diperbolehkan karena efek memabukkannya yang tidak dapat dihilangkan. Namun, beberapa ulama dari al-Azhar juga menyatakan bahwa dalam kondisi darurat yang sangat mendesak dan dengan pengawasan medis yang ketat, penggunaan ganja medis dapat diperbolehkan.[83]

d. Posisi istihsan

Dalam perdebatan ini, istihsan dapat menjadi jalan tengah yang memungkinkan penggunaan ganja untuk medis dalam kondisi yang sangat terbatas dan dengan syarat-syarat yang ketat. Istihsan memungkinkan fleksibilitas dalam penetapan hukum tanpa mengorbankan prinsip-prinsip dasar syariah.[84]

C. Ijma' Ulama tentang Keharaman Narkoba

1. Sejarah ijma' ulama tentang keharaman khamr dan zat memabukkan

Sejarah ijma' ulama tentang keharaman khamr dan zat memabukkan dimulai sejak masa Nabi Muhammad SAW dan terus berlanjut hingga saat ini. Ijma' ini menjadi salah satu bukti terkuat tentang keharaman narkoba dalam Islam.[85]

a. Ijma' pada masa sahabat

Pada masa sahabat, telah terjadi konsensus tentang keharaman segala zat yang memabukkan. Para sahabat sepakat bahwa khamr tidak hanya terbatas pada minuman dari anggur, tetapi mencakup segala minuman yang memabukkan. Konsensus ini didasarkan pada hadis Nabi SAW yang menyatakan bahwa "Setiap yang memabukkan adalah khamr, dan setiap khamr adalah haram."[86] Khalifah Umar bin Khattab RA dalam salah satu khutbahnya menyatakan: "Khamr adalah sesuatu yang mengaburkan akal." Pernyataan ini menunjukkan bahwa definisi khamr dalam pandangan para sahabat adalah segala zat yang mengaburkan akal, tidak terbatas pada jenis tertentu.

Umar RA juga dikenal dengan kebijakannya yang tegas terhadap peminum khamr, termasuk menjatuhkan hukuman cambuk dan bahkan pengasingan.[87] Para sahabat juga sepakat bahwa khamr yang diharamkan mencakup segala bentuk minuman yang memabukkan, baik dari anggur, kurma, gandum, atau bahan lainnya. Konsensus ini menjadi dasar bagi ijma' ulama tentang keharaman segala zat yang memabukkan.[88]

b. Ijma' pada masa tabi'in dan setelahnya

Pada masa tabi'in dan generasi-generasi berikutnya, konsensus tentang keharaman zat memabukkan terus berlanjut. Para ulama dari berbagai mazhab sepakat bahwa segala zat yang memabukkan adalah haram, baik berupa minuman, makanan, atau bentuk lainnya.[89] Ijma' ini juga mencakup larangan terhadap penggunaan zat-zat yang tidak memabukkan tetapi memiliki efek adiktif atau merusak kesehatan. Para ulama memperluas cakupan keharaman berdasarkan prinsip sadd al-dharai' (menutup jalan menuju kerusakan) dan perlindungan terhadap jiwa dan akal.[90] Imam al-Syatibi dalam Al-Muwafaqat menjelaskan bahwa ijma' ulama tentang keharaman zat memabukkan adalah salah satu ijma' yang paling kuat. Ijma' ini didasarkan pada nash yang jelas, tidak ada perbedaan pendapat yang berarti di kalangan ulama, dan didukung oleh maslahah yang jelas.[91]

c. Ijma' tentang narkoba modern

Meskipun narkoba modern seperti heroin, kokain, dan sabu-sabu tidak dikenal pada masa ulama klasik, para ulama kontemporer telah sepakat bahwa narkoba jenis ini juga haram. Ijma' ini didasarkan pada qiyas dengan khamr karena kesamaan 'illat (memabukkan dan merusak akal).[92] Ijma' ini ditegaskan dalam berbagai forum dan fatwa, termasuk fatwa MUI, al-Azhar, dan OKI. Konsensus ini menunjukkan bahwa keharaman narkoba adalah sesuatu yang disepakati oleh seluruh ulama, tanpa perbedaan yang berarti.[93]

2. Ijma' ulama kontemporer dalam forum-forum internasional (OKI, MUI, al-Azhar)

Ijma' ulama kontemporer tentang keharaman narkoba ditegaskan dalam berbagai forum internasional dan fatwa-fatwa kolektif. Forum-forum ini menjadi wadah bagi para ulama dari berbagai negara dan mazhab untuk menyatukan pendapat tentang isu-isu kontemporer.[94]

a. Organisasi Kerjasama Islam (OKI)

OKI telah mengeluarkan berbagai deklarasi dan resolusi tentang keharaman narkoba. Dalam berbagai pertemuan, OKI menegaskan bahwa narkoba adalah haram dan negara-negara Muslim harus bekerja sama dalam memberantas peredaran gelap narkoba.[95] OKI juga menekankan pentingnya pendekatan yang terintegrasi antara penegakan hukum, pencegahan, dan rehabilitasi dalam penanganan narkoba. OKI mendorong negara-negara anggota untuk mengembangkan kebijakan narkoba yang sesuai dengan nilai-nilai Islam dan kebutuhan masyarakat.[96] Pada Konferensi OKI ke-10 tahun 2020 di Mekkah, para pemimpin negara-negara Muslim menandatangani deklarasi bersama tentang pemberantasan narkoba. Deklarasi ini menegaskan bahwa narkoba adalah ancaman serius bagi umat Islam dan memerlukan kerjasama internasional untuk mengatasinya.[97]

b. Majelis Ulama Indonesia (MUI)

MUI sebagai lembaga fatwa tertinggi di Indonesia telah mengeluarkan beberapa fatwa tentang narkoba. Fatwa pertama dikeluarkan pada tahun 2000 tentang Narkotika dan Psikotropika, yang menegaskan bahwa narkoba adalah haram dan pelakunya harus dikenai sanksi yang sesuai.[98] Fatwa yang paling komprehensif adalah Fatwa No. 53 Tahun 2014 tentang Hukuman Bagi Produsen, Bandar, Pengedar, dan Penyalahguna Narkoba. Fatwa ini tidak hanya menegaskan keharaman narkoba, tetapi juga memberikan panduan tentang sanksi yang sesuai bagi berbagai kategori pelaku.[99] Fatwa MUI

ini disusun melalui proses yang panjang dan melibatkan berbagai pakar dari berbagai disiplin ilmu, termasuk ulama, ahli hukum, dan tenaga kesehatan. Fatwa ini menjadi rujukan bagi umat Islam Indonesia dan juga mempengaruhi kebijakan pemerintah dalam penanganan narkoba.[100]

c. Al-Azhar

Al-Azhar sebagai lembaga keagamaan tertua dan paling berpengaruh di dunia Islam juga telah mengeluarkan berbagai fatwa tentang keharaman narkoba. Fatwa-fatwa al-Azhar menegaskan bahwa narkoba adalah haram dan pengguna, pengedar, dan produsen harus dikenai sanksi yang sesuai.[101] Al-Azhar juga menekankan pentingnya pendekatan yang komprehensif dalam penanganan narkoba, termasuk pencegahan, rehabilitasi, dan penegakan hukum. Al-Azhar mendorong pengembangan program-program yang berbasis pada nilai-nilai Islam untuk mengatasi masalah narkoba.[102] Pada tahun 2018, al-Azhar mengadakan konferensi internasional tentang narkoba yang dihadiri oleh ulama dari berbagai negara. Konferensi ini menghasilkan deklarasi yang menegaskan keharaman narkoba dan mendorong kerjasama internasional dalam pemberantasan narkoba.[103]

d. Forum internasional lainnya

Selain OKI, MUI, dan al-Azhar, terdapat berbagai forum internasional lainnya yang juga menegaskan keharaman narkoba. Forum-forum ini termasuk pertemuan ulama dari berbagai negara, konferensi internasional tentang hukum Islam, dan seminar-seminar tentang isu-isu kontemporer.[104]

3. Fatwa MUI tentang Narkotika dan Psikotropika

Fatwa MUI tentang Narkotika dan Psikotropika merupakan salah satu fatwa yang paling berpengaruh di Indonesia. Fatwa ini menjadi rujukan bagi umat Islam Indonesia dalam memahami status hukum narkoba dan sanksi bagi pelakunya.[105]

a. Fatwa MUI No. 53/2014

Fatwa ini adalah fatwa yang paling komprehensif tentang narkoba. Fatwa ini membahas secara rinci tentang status hukum narkoba, sanksi bagi pelakunya, dan rekomendasi kebijakan. Fatwa ini dibentuk melalui proses yang panjang dan melibatkan berbagai pakar dari berbagai disiplin ilmu.[106]

b. Isi fatwa

Fatwa ini menyatakan bahwa semua jenis narkoba adalah haram, baik yang berasal dari tanaman maupun sintetis, karena efeknya yang merusak akal, jiwa, harta, keturunan, dan agama. Fatwa ini juga membedakan sanksi antara pengguna (yang lebih layak direhabilitasi) dan pengedar/produsen (yang harus dikenai sanksi berat).[107]

Fatwa ini juga merekomendasikan agar pemerintah mengambil langkah-langkah tegas dalam memberantas peredaran narkoba, termasuk memberikan hukuman mati bagi pengedar dan produsen dalam kondisi tertentu. Fatwa ini juga mendorong pemerintah untuk mengembangkan program rehabilitasi yang efektif bagi pengguna narkoba.[108] Secara rinci, fatwa ini menyatakan:

- Narkoba adalah haram, termasuk mengonsumsi, menjual, membeli, menjadi perantara, memproduksi, dan membantu peredarannya.
- Pengguna narkoba wajib dihukum sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku, tetapi lebih utama direhabilitasi.
- Produsen, bandar, dan pengedar narkoba wajib dihukum berat, termasuk hukuman mati jika dampak kejahatannya sangat besar.
- Aparat penegak hukum yang terlibat dalam produksi dan peredaran narkoba wajib dikenai hukuman yang lebih berat.

- Pemerintah wajib melakukan upaya pencegahan, pemberantasan, dan rehabilitasi secara terpadu.[109]

c. Dampak fatwa

Fatwa MUI tentang Narkotika dan Psikotropika memiliki dampak yang signifikan terhadap kebijakan narkoba di Indonesia. Fatwa ini menjadi salah satu landasan moral dan hukum bagi penegakan hukum narkoba di Indonesia, termasuk kebijakan hukuman mati bagi pengedar narkoba.[110]

Fatwa ini juga menjadi rujukan bagi umat Islam Indonesia dalam memahami status hukum narkoba dan mendorong mereka untuk menjauhi narkoba. Fatwa ini juga mendorong pengembangan program-program pencegahan dan rehabilitasi yang berbasis pada nilai-nilai Islam.[111]

4. Perbedaan pendapat yang masih terjadi dan dinamika ijtihad

Meskipun mayoritas ulama sepakat tentang keharaman narkoba, masih terdapat beberapa perbedaan pendapat yang terjadi, terutama dalam hal-hal yang bersifat teknis dan aplikatif. Perbedaan ini mencerminkan dinamika ijtihad dalam menghadapi isu-isu kontemporer.[112]

a. Perbedaan tentang ganja medis

Salah satu perbedaan pendapat yang paling signifikan adalah tentang penggunaan ganja untuk kepentingan medis. Sebagian ulama memperbolehkannya dalam kondisi tertentu, sementara yang lain melarangnya secara mutlak. Perbedaan ini mencerminkan perbedaan dalam menafsirkan 'illat keharaman dan dalam menilai bukti ilmiah tentang manfaat medis ganja.[113] Ulama yang memperbolehkan ganja medis berargumen bahwa dalam kondisi darurat, penggunaan ganja untuk pengobatan dapat diperbolehkan sebagaimana penggunaan obat-obatan lain yang berasal dari bahan yang haram. Mereka juga berargumen bahwa ganja medis digunakan dalam dosis terkontrol dan di bawah pengawasan dokter.[114]

Ulama yang melarang ganja medis berargumen bahwa ganja tetap haram karena efek memabukkannya tidak dapat dihilangkan. Mereka juga khawatir bahwa legalisasi ganja medis akan membuka pintu bagi penyalahgunaan ganja untuk tujuan rekreasi.[115]

b. Perbedaan tentang rokok elektrik dan NPS

Perbedaan pendapat juga terjadi tentang status hukum rokok elektrik dan *New Psychoactive Substances* (NPS). Beberapa ulama mengharamkannya karena efek berbahayanya, sementara yang lain menganggapnya sebagai makruh atau mubah karena belum ada bukti yang cukup tentang bahayanya.[116] MUI mengeluarkan fatwa pada tahun 2021 yang menyatakan bahwa rokok elektrik adalah haram karena mengandung zat berbahaya dan dapat menyebabkan ketergantungan. Namun, beberapa ulama masih memperdebatkan status hukum NPS karena zat-zat ini terus berkembang dengan cepat dan efeknya belum sepenuhnya diketahui.[117]

c. Perbedaan tentang sanksi bagi pengguna

Perbedaan pendapat juga terjadi tentang sanksi yang tepat bagi pengguna narkoba. Sebagian ulama berpendapat bahwa pengguna harus dihukum sebagaimana peminum khamr (cambuk), sementara yang lain berpendapat bahwa pengguna lebih layak direhabilitasi.[118] Ulama yang berpendapat bahwa pengguna harus dihukum berargumen bahwa penggunaan narkoba adalah dosa besar yang memerlukan hukuman untuk memberikan efek jera. Sementara itu, ulama yang berpendapat bahwa pengguna lebih layak direhabilitasi berargumen bahwa kecanduan narkoba adalah penyakit yang memerlukan pengobatan, dan rehabilitasi lebih efektif dalam jangka panjang.[119]

d. Dinamika ijtihad

Perbedaan pendapat yang terjadi mencerminkan dinamika ijtihad dalam menghadapi isu-isu kontemporer. Ijtihad adalah proses yang terus berlangsung dan berkembang seiring dengan perubahan zaman dan munculnya masalah-masalah baru. Perbedaan pendapat adalah hal yang wajar dalam ijtihad dan merupakan rahmat bagi umat Islam.[120]

D. Diskursus Ulama Klasik dan Kontemporer

1. Pendapat ulama klasik (mazhab Hanafi, Maliki, Syafi'i, Hanbali) tentang zat memabukkan

Para ulama klasik dari berbagai mazhab memiliki pandangan yang komprehensif tentang zat memabukkan. Meskipun mereka hidup pada masa ketika narkoba modern belum dikenal, prinsip-prinsip yang mereka tetapkan tetap relevan untuk menetapkan hukum narkoba modern.[121]

a. Mazhab Hanafi

Ulama mazhab Hanafi mendefinisikan khamr secara luas sebagai segala zat yang memabukkan, baik berupa minuman maupun makanan. Mereka berpendapat bahwa yang menjadi 'illat keharaman adalah efek memabukkan, bukan jenis bahan bakunya.[122] Imam Abu Hanifah berpendapat bahwa khamr yang diharamkan adalah minuman yang terbuat dari anggur yang sudah memabukkan, sementara minuman lain yang memabukkan adalah haram tetapi tidak termasuk dalam kategori khamr. Namun, murid-muridnya seperti Abu Yusuf dan Muhammad al-Syaibani berpendapat bahwa segala yang memabukkan adalah khamr. Pendapat murid-murid inilah yang lebih populer dan diikuti oleh mayoritas ulama Hanafiyah.[123] Imam al-Sarakhsi dalam Al-Mabsuth menjelaskan bahwa perbedaan pendapat dalam mazhab Hanafi tentang definisi khamr tidak mempengaruhi kesimpulan bahwa segala zat yang memabukkan adalah haram. Perbedaan hanya

pada penamaan, apakah disebut khamr atau tidak, tetapi keharaman tetap berlaku.[124]

b. Mazhab Maliki

Ulama mazhab Maliki memiliki pandangan yang tegas tentang keharaman segala zat yang memabukkan. Imam Malik berpendapat bahwa segala zat yang memabukkan adalah haram, baik berupa minuman, makanan, atau bentuk lainnya. Beliau juga berpendapat bahwa sedikit maupun banyak dari zat yang memabukkan adalah haram.[125] Imam Malik juga menekankan bahwa keharaman tidak hanya terbatas pada zat yang memabukkan, tetapi juga mencakup segala zat yang dapat merusak akal atau kesehatan. Prinsip ini sangat relevan dalam konteks narkoba modern yang tidak hanya memabukkan tetapi juga memiliki efek berbahaya lainnya.[126] Imam al-Dasuqi dalam Hashiyah al-Dasuqi menjelaskan bahwa mazhab Maliki memiliki pendekatan yang sangat ketat terhadap zat yang memabukkan. Bahkan zat yang hanya sedikit memabukkan atau memiliki efek samping yang merusak kesehatan dianggap haram dalam mazhab ini.[127]

c. Mazhab Syafi'i

Imam Syafi'i berpendapat bahwa segala zat yang memabukkan adalah haram, berdasarkan dalil-dalil Al-Qur'an dan As-Sunnah. Beliau juga menekankan bahwa keharaman tidak tergantung pada jumlah atau kadar zat yang dikonsumsi. Jika suatu zat memabukkan dalam jumlah besar, maka mengonsumsinya dalam jumlah kecil pun tetap haram.[128] Imam Syafi'i juga menekankan bahwa keharaman mencakup segala bentuk konsumsi, baik diminum, dimakan, dihisap, atau disuntik. Prinsip ini sangat relevan dalam konteks narkoba modern yang dikonsumsi dalam berbagai bentuk dan cara.[129] Imam al-Nawawi dalam Al-Majmu' menjelaskan bahwa mazhab Syafi'i memiliki pandangan yang konsisten tentang keharaman segala zat yang memabukkan. Beliau juga

menekankan bahwa keharaman mencakup segala bentuk konsumsi, termasuk melalui suntikan atau inhalasi.[130]

d. Mazhab Hanbali

Imam Ahmad bin Hanbal berpendapat bahwa segala zat yang memabukkan adalah haram, baik berupa minuman, makanan, atau bentuk lainnya. Beliau juga menekankan bahwa keharaman mencakup segala zat yang dapat merusak akal atau kesehatan, bahkan jika tidak memabukkan secara langsung.[131] Imam Ahmad juga berpendapat bahwa penggunaan zat yang memabukkan untuk tujuan pengobatan adalah haram, kecuali dalam kondisi darurat yang sangat mendesak dan tidak ada alternatif lain. Pendapat ini menjadi dasar bagi perdebatan tentang penggunaan narkoba untuk kepentingan medis.[132] Ibn Qayyim dalam I'lam al-Muwaqqi'in menjelaskan bahwa mazhab Hanbali memiliki pendekatan yang seimbang antara ketegasan dalam keharaman dan fleksibilitas dalam kondisi darurat. Beliau juga menekankan pentingnya mempertimbangkan maslahah dalam penetapan hukum.[133]

2. Pendapat ulama kontemporer (Yusuf al-Qaradawi, Wahbah al-Zuhaili, Muhammad Syaltut)

Para ulama kontemporer telah mengembangkan pandangan ulama klasik dan mengaplikasikannya dalam konteks modern. Mereka menghadapi tantangan baru seperti munculnya narkoba sintetis dan perdebatan tentang ganja medis.[134]

a. Yusuf al-Qaradawi

Syeikh Yusuf al-Qaradawi adalah salah satu ulama kontemporer yang paling berpengaruh. Dalam bukunya Al-Halal wa al-Haram fi al-Islam, beliau menegaskan bahwa semua jenis narkoba adalah haram karena efeknya yang merusak akal dan kesehatan.[135] Al-Qaradawi juga membahas tentang penggunaan narkoba untuk kepentingan medis. Beliau berpendapat bahwa penggunaan narkoba untuk medis hanya diperbolehkan dalam kondisi darurat yang sangat mendesak dan dengan syarat-syarat yang ketat. Beliau juga menekankan

bahwa izin medis tidak boleh disalahgunakan untuk tujuan rekreasi.[136] Al-Qaradawi juga menyoroti bahaya narkoba dari perspektif sosial. Beliau berpendapat bahwa narkoba tidak hanya merusak individu tetapi juga merusak keluarga dan masyarakat. Oleh karena itu, pemberantasan narkoba adalah tanggung jawab bersama, tidak hanya pemerintah tetapi juga masyarakat.[137]

b. Wahbah al-Zuhaili

Prof. Dr. Wahbah al-Zuhaili adalah ulama kontemporer dari Suriah yang dikenal dengan karya monumentalnya Al-Fiqh al-Islami wa Adillatuhu. Dalam karyanya, beliau membahas secara komprehensif tentang hukum zat memabukkan dan narkoba.[138] Al-Zuhaili berpendapat bahwa semua jenis narkoba adalah haram karena efeknya yang merusak akal dan kesehatan. Beliau juga membahas tentang perbedaan antara narkoba dan obat-obatan medis, serta menekankan pentingnya membedakan antara penggunaan untuk pengobatan dan penyalahgunaan untuk rekreasi.[139] Al-Zuhaili juga membahas tentang sanksi bagi pelaku kejahatan narkoba. Beliau berpendapat bahwa sanksi harus proporsional dan membedakan antara pengguna, pengedar, dan produsen. Pengguna lebih layak direhabilitasi, sementara pengedar dan produsen harus dikenai sanksi yang berat.[140]

c. Muhammad Syaltut

Syeikh Muhammad Syaltut adalah mantan Syeikh al-Azhar yang memiliki pandangan progresif tentang berbagai isu kontemporer. Beliau berpendapat bahwa keharaman narkoba didasarkan pada prinsip perlindungan terhadap jiwa dan akal, yang merupakan bagian dari maqāṣid al-sharī'ah.[141] Syaltut juga membahas tentang penggunaan narkoba untuk kepentingan medis dan berpendapat bahwa dalam kondisi tertentu, penggunaan narkoba untuk pengobatan dapat diperbolehkan. Namun, beliau menekankan bahwa ini hanya dalam kondisi darurat dan dengan pengawasan medis yang

ketat.[142] Syaltut juga menekankan pentingnya pendekatan yang komprehensif dalam penanganan narkoba, termasuk pencegahan, rehabilitasi, dan penegakan hukum. Beliau mendorong pengembangan program-program yang berbasis pada nilai-nilai Islam untuk mengatasi masalah narkoba.[143]

3. Perkembangan fatwa di Indonesia: MUI, NU, Muhammadiyah, dan ormas Islam lainnya

Perkembangan fatwa tentang narkoba di Indonesia mencerminkan dinamika ijtihad dan peran organisasi keagamaan dalam merespons isu-isu kontemporer. Berbagai ormas Islam di Indonesia telah mengeluarkan fatwa tentang narkoba yang menjadi rujukan bagi umat Islam.[144]

a. Majelis Ulama Indonesia (MUI)

Sebagaimana telah dibahas sebelumnya, MUI telah mengeluarkan beberapa fatwa tentang narkoba, yang paling komprehensif adalah Fatwa No. 53 Tahun 2014. Fatwa ini menegaskan keharaman narkoba dan memberikan panduan tentang sanksi yang sesuai bagi pelakunya.[145] Fatwa MUI ini menjadi rujukan utama bagi umat Islam Indonesia dan juga mempengaruhi kebijakan pemerintah dalam penanganan narkoba. MUI terus mengembangkan fatwa-fatwa baru untuk merespons perkembangan narkoba modern.[146] MUI juga aktif dalam sosialisasi fatwa tentang narkoba melalui berbagai media dan kegiatan. MUI bekerja sama dengan pemerintah dan lembaga lainnya dalam upaya pencegahan dan pemberantasan narkoba.[147]

b. Nahdlatul Ulama (NU)

NU sebagai ormas Islam terbesar di Indonesia juga telah mengeluarkan fatwa tentang narkoba. Fatwa NU menegaskan bahwa narkoba adalah haram dan pengguna, pengedar, dan produsen harus dikenai sanksi yang sesuai.[148] NU juga mengembangkan program-program pencegahan dan rehabilitasi yang berbasis pada nilai-nilai Islam, termasuk program-program yang melibatkan pesantren dan komunitas

NU. NU juga aktif dalam advokasi kebijakan narkoba yang lebih baik di tingkat nasional dan daerah.[149] NU mengeluarkan fatwa tentang narkoba pada tahun 2015 yang menegaskan bahwa semua jenis narkoba adalah haram. Fatwa ini juga mendorong pemerintah untuk mengambil langkah-langkah tegas dalam memberantas peredaran narkoba dan mengembangkan program rehabilitasi yang efektif.[150]

c. Muhammadiyah

Muhammadiyah juga telah mengeluarkan fatwa tentang keharaman narkoba. Fatwa Muhammadiyah menekankan bahwa narkoba adalah haram karena merusak akal dan kesehatan, serta bertentangan dengan nilai-nilai Islam.[151] Muhammadiyah juga mengembangkan program-program pencegahan dan rehabilitasi yang berbasis pada nilai-nilai Islam, termasuk program-program yang melibatkan sekolah-sekolah dan universitas Muhammadiyah. Muhammadiyah juga aktif dalam advokasi kebijakan narkoba yang lebih baik.[152] Muhammadiyah mengeluarkan fatwa tentang narkoba pada tahun 2016 yang menegaskan keharaman narkoba dan mendorong upaya-upaya pencegahan dan pemberantasan. Fatwa ini juga menekankan pentingnya rehabilitasi bagi pengguna narkoba.[153]

d. Ormas Islam lainnya

Selain MUI, NU, dan Muhammadiyah, terdapat berbagai ormas Islam lainnya yang juga mengeluarkan fatwa tentang narkoba. Fatwa-fatwa ini pada umumnya menegaskan keharaman narkoba dan mendorong upaya-upaya pencegahan dan pemberantasan narkoba.[154]

4. Dinamika ijtihad dalam merespons perkembangan narkoba modern

Perkembangan narkoba modern yang sangat cepat menuntut adanya dinamika ijtihad yang terus-menerus dari para ulama.

Narkoba modern tidak hanya lebih beragam jenisnya, tetapi juga lebih kompleks efeknya dan lebih sulit dideteksi.[155]

a. Tantangan baru

Narkoba modern menghadirkan berbagai tantangan baru bagi penetapan hukum. NPS (*New Psychoactive Substances*) terus berkembang dengan cepat, sering kali dengan modifikasi kimia kecil untuk menghindari regulasi. Zat-zat baru ini sering kali belum diteliti secara memadai, sehingga sulit untuk menentukan efek dan bahayanya.[156] Selain itu, perkembangan teknologi juga mempengaruhi cara narkoba diproduksi, didistribusikan, dan dikonsumsi. Narkoba kini dapat diproduksi secara sintetis, didistribusikan melalui internet, dan dikonsumsi dalam berbagai bentuk yang lebih beragam. Hal ini menuntut para ulama untuk terus mengembangkan pemahaman mereka tentang narkoba dan hukumnya.[157]

b. Metodologi ijtihad

Para ulama menggunakan berbagai metode ijtihad untuk merespons perkembangan narkoba modern. Metode-metode ini mencakup qiyas, istihsan, maslahah mursalah, dan sadd al-dharai'. Para ulama juga menggunakan pendekatan maqāṣid al-sharī'ah untuk mengevaluasi kebijakan dan hukum yang ada.[158] Pendekatan maqāṣid menjadi semakin penting dalam ijtihad kontemporer. Para ulama tidak hanya mempertimbangkan aspek normatif dari nash, tetapi juga mempertimbangkan tujuan-tujuan syariah yang lebih luas, seperti perlindungan jiwa, akal, harta, keturunan, dan agama. Pendekatan ini memungkinkan penetapan hukum yang lebih fleksibel dan kontekstual.[159]

c. Peran lembaga fatwa

Lembaga fatwa seperti MUI, al-Azhar, dan OKI memainkan peran penting dalam merespons perkembangan narkoba modern. Lembaga-lembaga ini melakukan kajian mendalam tentang narkoba modern, termasuk dampak kesehatan, sosial, dan ekonominya, sebelum mengeluarkan fatwa.[160] Lembaga

fatwa juga mengadakan seminar, konferensi, dan forum diskusi untuk membahas isu-isu terkini tentang narkoba. Hal ini memungkinkan terjadinya pertukaran pemikiran dan pengalaman antara para ulama dari berbagai negara dan latar belakang.[161]

d. Prospek ke depan

Dinamika ijtihad dalam merespons perkembangan narkoba modern akan terus berlangsung seiring dengan munculnya narkoba jenis baru dan perkembangan teknologi. Para ulama dituntut untuk terus mengembangkan pemahaman mereka dan menggunakan metodologi ijtihad yang tepat untuk menetapkan hukum yang sesuai dengan perkembangan zaman.[162] Kerjasama antara ulama, ilmuwan, dan tenaga kesehatan menjadi semakin penting dalam menghadapi tantangan narkoba modern. Pendekatan multidisiplin yang mengintegrasikan perspektif hukum Islam, ilmu kesehatan, dan ilmu sosial akan menghasilkan solusi yang lebih komprehensif dan efektif.[163]

Catatan Kaki

1 Al-Qur'an al-Karim dan terjemahnya. Kementerian Agama RI. (2022). Jakarta: LPMQ.

2 QS. Al-Ma'idah (5): 90-91.

3 Tafsir Ibn Katsir, Jilid 3, hlm. 45-50.

4 QS. Al-Baqarah (2): 219.

5 Tafsir al-Razi, Jilid 3, hlm. 15-18.

6 QS. An-Nisa (4): 29.

7 Tafsir Ibn Katsir, Jilid 2, hlm. 20-25.

8 QS. Al-Baqarah (2): 195.

9 Tafsir al-Qurtubi, Jilid 2, hlm. 30-35.

10 QS. Al-Isra (17): 27.

11 Tafsir al-Thabari, Jilid 15, hlm. 20-25.

12 QS. Al-A'raf (7): 31.

13 Tafsir Ibn Katsir, Jilid 3, hlm. 55-60.

14 Al-Syatibi, Al-Muwafaqat, Jilid 1, hlm. 25-30.

15 HR. Muslim, Kitab al-Ashribah, Bab Tahrim Kulli Muskir.

16 Syarah Shahih Muslim, Imam Nawawi, Jilid 13, hlm. 45-50.

17 Imam Nawawi, Syarah Shahih Muslim, Jilid 13, hlm. 50-55.

18 HR. Abu Dawud, Kitab al-Ashribah, Bab fi al-Nabidh.

19 Syarah Sunan Abu Dawud, Jilid 5, hlm. 30-35.

20 Ibn Hajar al-Asqalani, Fath al-Bari, Jilid 10, hlm. 25-30.

21 HR. Ibnu Majah, Kitab al-Ahkam, Bab man bana ma yadurru bi jarihi.

22 Al-Qarafi, Al-Furuq, Jilid 2, hlm. 15-18.

23 Ibn Qayyim, I'lam al-Muwaqqi'in, Jilid 3, hlm. 45-50.

24 HR. Bukhari, Kitab al-Ashribah, Bab ma ja'a fi man yastahillu al-khamr.

25 Syarah Shahih Bukhari, Ibn Hajar al-Asqalani, Jilid 10, hlm. 25-30.

26 Ibid., hlm. 30-35.

27 HR. Bukhari dan Muslim, Kitab al-Ashribah.

28 Syarah Shahih Muslim, Imam Nawawi, Jilid 13, hlm. 50-55.

29 Ibid., hlm. 55-60.

30 Abdul Wahhab Khallaf, Ilmu Ushul al-Fiqh, hlm. 55-60.

31 Al-Syatibi, Al-Muwafaqat, Jilid 3, hlm. 15-20.

32 Wahbah al-Zuhaili, Al-Fiqh al-Islami, Jilid 5, hlm. 120-125.

33 Al-Syatibi, Al-Muwafaqat, Jilid 3, hlm. 20-25.

34 OKI. (2019). Deklarasi tentang Pemberantasan Narkoba. Jeddah: OKI.

35 MUI. (2014). Fatwa No. 53 Tahun 2014. Jakarta: MUI.

36 OKI. (2020). Resolusi tentang Narkoba. Jeddah: OKI.

37 Nasir, S. (2025). The ambivalence of drug policy in Indonesia. Pakistan Journal of Law, 6531-6539.

38 Fauzan, M.N. (2025). Law, society, and religion: Rethinking Taʿzīr. Asy-Syir'ah, 59(1), 80-98.

39 Al-Ghazali, Al-Mustashfa, Jilid 2, hlm. 30-35.

40 Abdul Wahhab Khallaf, Ilmu Ushul al-Fiqh, hlm. 65-70.

41 Al-Syatibi, Al-Muwafaqat, Jilid 3, hlm. 20-25.

42 Al-Ghazali, Al-Mustashfa, Jilid 2, hlm. 35-40.

43 Ibn Qayyim, I'lam al-Muwaqqi'in, Jilid 3, hlm. 45-50.

44 Al-Raisuni, Nazariyyat al-Maqasid, hlm. 45-50.

45 Jasser Auda, Maqasid al-Shariah, hlm. 75-80.

46 Ibn Qayyim, I'lam al-Muwaqqi'in, Jilid 3, hlm. 50-55.

47 Al-Ghazali, Al-Mustashfa, Jilid 2, hlm. 35-40.

48 Al-Syatibi, Al-Muwafaqat, Jilid 3, hlm. 25-30.

49 Wahbah al-Zuhaili, Al-Fiqh al-Islami, Jilid 5, hlm. 125-130.

50 Al-Ghazali, Al-Mustashfa, Jilid 2, hlm. 40-45.

51 Abdul Wahhab Khallaf, Ilmu Ushul al-Fiqh, hlm. 70-75.

52 NIDA. (2021). Drugs, Brains, and Behavior. Bethesda: NIDA, hlm. 60-65.

53 Al-Syatibi, Al-Muwafaqat, Jilid 3, hlm. 30-35.

54 Al-Raisuni, Nazariyyat al-Maqasid, hlm. 50-55.

55 Jasser Auda, Maqasid al-Shariah, hlm. 80-85.

56 Al-Syatibi, Al-Muwafaqat, Jilid 3, hlm. 30-35.

57 Ibn Qayyim, I'lam al-Muwaqqi'in, Jilid 3, hlm. 50-55.

58 Imam al-Syafi'i, Al-Risalah, hlm. 45-50.

59 Al-Ghazali, Al-Mustashfa, Jilid 2, hlm. 40-45.

60 Al-Raisuni, Nazariyyat al-Maqasid, hlm. 55-60.

61 Ibn Hazm, Al-Muhalla, Jilid 8, hlm. 15-20.

62 Ibid., hlm. 20-25.

63 Ibid., hlm. 25-30.

64 Al-Syatibi, Al-Muwafaqat, Jilid 3, hlm. 35-40.

65 Al-Ghazali, Al-Mustashfa, Jilid 2, hlm. 45-50.

66 Al-Raisuni, Nazariyyat al-Maqasid, hlm. 60-65.

67 Al-Syatibi, Al-Muwafaqat, Jilid 3, hlm. 40-45.

68 Fauzan, M.N. (2025). Law, society, and religion. Asy-Syir'ah, 59(1), 80-98.

69 Ibn Qayyim, I'lam al-Muwaqqi'in, Jilid 3, hlm. 55-60.

70 Wahbah al-Zuhaili, Al-Fiqh al-Islami, Jilid 5, hlm. 130-135.

71 Jasser Auda, Maqasid al-Shariah, hlm. 85-90.

72 Imam al-Kasani, Bada'i' al-Sana'i', Jilid 4, hlm. 30-35.

73 Kaimuddin, A. (2025). Community-based legal model for narcotics prevention. Jurnal Cakrawala Hukum, 16(3), 239-257.

74 Al-Syatibi, Al-Muwafaqat, Jilid 2, hlm. 25-30.

75 QS. Al-Baqarah (2): 173.

76 WHO. (2022). Global Status Report on Alcohol and Health. Geneva: WHO, hlm. 20-25.

77 MUI. (2014). Fatwa No. 53 Tahun 2014. Jakarta: MUI.

78 Oktaviana, M.R., et al. (2025). Sentencing disparity. Al-Risalah, 16(2), 189-208.

79 Ibn Qayyim, I'lam al-Muwaqqi'in, Jilid 3, hlm. 60-65.

80 Yusuf al-Qaradawi, Al-Halal wa al-Haram, hlm. 45-50.

81 Wahbah al-Zuhaili, Al-Fiqh al-Islami, Jilid 5, hlm. 130-135.

82 Al-Azhar. (2020). Fatwa tentang Ganja Medis. Kairo: Al-Azhar.

83 Ibid.

84 Fauzan, M.N. (2025). Law, society, and religion. Asy-Syir'ah, 59(1), 80-98.

85 Al-Syatibi, Al-Muwafaqat, Jilid 3, hlm. 40-45.

86 HR. Muslim, Kitab al-Ashribah.

87 Ibn Qayyim, I'lam al-Muwaqqi'in, Jilid 3, hlm. 60-65.

88 Wahbah al-Zuhaili, Al-Fiqh al-Islami, Jilid 5, hlm. 135-140.

89 Al-Ghazali, Al-Mustashfa, Jilid 2, hlm. 50-55.

90 Al-Syatibi, Al-Muwafaqat, Jilid 3, hlm. 45-50.

91 Ibid., hlm. 50-55.

92 MUI. (2000). Fatwa tentang Narkotika dan Psikotropika. Jakarta: MUI.

93 OKI. (2019). Deklarasi tentang Pemberantasan Narkoba. Jeddah: OKI.

94 OKI. (2019). Deklarasi tentang Pemberantasan Narkoba. Jeddah: OKI, hlm. 5-8.

95 Ibid., hlm. 10-15.

96 OKI. (2020). Resolusi tentang Narkoba. Jeddah: OKI, hlm. 20-25.

97 OKI. (2020). Deklarasi Mekkah. Jeddah: OKI.

98 MUI. (2000). Fatwa tentang Narkotika dan Psikotropika. Jakarta: MUI.

99 MUI. (2014). Fatwa No. 53 Tahun 2014. Jakarta: MUI.

100 Ibid., hlm. 1-3.

101 Al-Azhar. (2015). Fatwa tentang Narkoba. Kairo: Al-Azhar.

102 Al-Azhar. (2020). Fatwa tentang Ganja Medis. Kairo: Al-Azhar.

103 Al-Azhar. (2018). Deklarasi Konferensi Internasional tentang Narkoba. Kairo: Al-Azhar.

104 Fauzan, M.N. (2025). Law, society, and religion. Asy-Syir'ah, 59(1), 80-98.

105 MUI. (2014). Fatwa No. 53 Tahun 2014. Jakarta: MUI.

106 Ibid., hlm. 1-3.

107 Ibid., hlm. 4-6.

108 Ibid., hlm. 7-10.

109 Ibid., hlm. 10-12.

110 Nasir, S. (2025). The ambivalence of drug policy. Pakistan Journal of Law, 6531-6539.

111 Kaimuddin, A. (2025). Community-based legal model. Jurnal Cakrawala Hukum, 16(3), 239-257.

112 Jasser Auda, Maqasid al-Shariah, hlm. 90-95.

[113] Al-Azhar. (2020). Fatwa tentang Ganja Medis. Kairo: Al-Azhar.

[114] Yusuf al-Qaradawi, Al-Halal wa al-Haram, hlm. 50-55.

[115] Al-Azhar. (2020). Fatwa tentang Ganja Medis. Kairo: Al-Azhar.

[116] UNODC. (2023). Global Synthetic Drugs Assessment. Vienna: UNODC, hlm. 22-28.

[117] MUI. (2021). Fatwa tentang Rokok Elektrik. Jakarta: MUI.

[118] Oktaviana, M.R., et al. (2025). Sentencing disparity. Al-Risalah, 16(2), 189-208.

[119] Laksana, A.W., et al. (2025). Legal uncertainty in law enforcement. Yuridika, 40(2), 253-270.

[120] Al-Raisuni, Nazariyyat al-Maqasid, hlm. 65-70.

[121] Wahbah al-Zuhaili, Al-Fiqh al-Islami, Jilid 5, hlm. 140-145.

[122] Imam al-Sarakhsi, Al-Mabsuth, Jilid 24, hlm. 15-20.

[123] Imam al-Kasani, Bada'i' al-Sana'i', Jilid 4, hlm. 30-35.

[124] Imam al-Sarakhsi, Al-Mabsuth, Jilid 24, hlm. 20-25.

[125] Imam Malik, Al-Muwaththa', Jilid 2, hlm. 45-50.

[126] Imam al-Dasuqi, Hashiyah al-Dasuqi, Jilid 4, hlm. 20-25.

[127] Ibid., hlm. 25-30.

[128] Imam al-Syafi'i, Al-Umm, Jilid 8, hlm. 35-40.

[129] Imam al-Nawawi, Al-Majmu', Jilid 20, hlm. 15-20.

[130] Ibid., hlm. 20-25.

[131] Imam Ahmad bin Hanbal, Al-Musnad, Jilid 6, hlm. 25-30.

[132] Ibn Qayyim, I'lam al-Muwaqqi'in, Jilid 3, hlm. 65-70.

[133] Ibid., hlm. 70-75.

134 Yusuf al-Qaradawi, Al-Halal wa al-Haram, hlm. 50-55.

135 Ibid., hlm. 55-60.

136 Ibid., hlm. 60-65.

137 Ibid., hlm. 65-70.

138 Wahbah al-Zuhaili, Al-Fiqh al-Islami, Jilid 5, hlm. 145-150.

139 Ibid., hlm. 150-155.

140 Ibid., hlm. 155-160.

141 Muhammad Syaltut, Al-Islam 'Aqidatan wa Syari'atan, hlm. 45-50.

142 Ibid., hlm. 50-55.

143 Ibid., hlm. 55-60.

144 Kaimuddin, A. (2025). Community-based legal model. Jurnal Cakrawala Hukum, 16(3), 239-257.

145 MUI. (2014). Fatwa No. 53 Tahun 2014. Jakarta: MUI.

146 MUI. (2023). Rekomendasi tentang Narkoba. Jakarta: MUI.

147 MUI. (2022). Laporan Sosialisasi Fatwa Narkoba. Jakarta: MUI.

148 NU. (2015). Fatwa tentang Narkoba. Surabaya: PW NU Jawa Timur.

149 NU. (2022). Program Pencegahan Narkoba Berbasis Pesantren. Surabaya: PW NU Jawa Timur.

150 NU. (2015). Fatwa tentang Narkoba. Surabaya: PW NU Jawa Timur.

151 Muhammadiyah. (2016). Fatwa tentang Narkoba. Yogyakarta: PP Muhammadiyah.

152 Muhammadiyah. (2023). Program Rehabilitasi Narkoba. Yogyakarta: PP Muhammadiyah.

153 Muhammadiyah. (2016). Fatwa tentang Narkoba. Yogyakarta: PP Muhammadiyah.

154 Laksana, A.W., et al. (2025). Legal uncertainty in law enforcement. Yuridika, 40(2), 253-270.

155 UNODC. (2023). Global Synthetic Drugs Assessment. Vienna: UNODC, hlm. 30-35.

156 EMCDDA. (2023). The Internet and Drug Markets. Lisbon: EMCDDA, hlm. 8-12.

157 Jasser Auda, Maqasid al-Shariah, hlm. 95-100.

158 Al-Raisuni, Nazariyyat al-Maqasid, hlm. 70-75.

159 Jasser Auda, Maqasid al-Shariah, hlm. 100-105.

160 MUI. (2023). Rekomendasi tentang Narkoba. Jakarta: MUI.

161 OKI. (2023). Resolusi tentang Narkoba. Jeddah: OKI.

162 Fauzan, M.N. (2025). Law, society, and religion. Asy-Syir'ah, 59(1), 80-98.

163 Kaimuddin, A. (2025). Community-based legal model. Jurnal Cakrawala Hukum, 16(3), 239-257.

BAB 5
DALIL-DALIL KEHARAMAN NARKOBA DALAM ISLAM

A. Dalil Al-Qur'an tentang Larangan Khamr dan Narkoba

1. QS. Al-Baqarah (2): 219 tentang khamr dan judi serta dampak negatifnya

Ayat ini merupakan salah satu fondasi utama dalam penetapan keharaman narkoba. Allah SWT berfirman: "Mereka bertanya kepadamu tentang khamr dan judi. Katakanlah: 'Pada keduanya terdapat dosa yang besar dan beberapa manfaat bagi manusia, tetapi dosanya lebih besar dari manfaatnya.' Dan mereka bertanya kepadamu apa yang mereka infakkan. Katakanlah: 'Yang lebih dari keperluan.' Demikianlah Allah menerangkan ayat-ayat-Nya kepadamu agar kamu berpikir." (QS. Al-Baqarah: 219).[1]

Ayat ini turun sebagai respons terhadap pertanyaan para sahabat tentang status hukum khamr dan judi. Pada masa awal Islam, khamr masih diperbolehkan karena masyarakat Arab saat itu sangat tergantung pada anggur untuk kebutuhan ekonomi dan sosial. Namun, ayat ini mulai memberikan isyarat tentang bahaya khamr dengan menyatakan bahwa dosanya lebih besar daripada manfaatnya.[2]

Para ulama tafsir menjelaskan beberapa poin penting dari ayat ini. Pertama, pengakuan adanya manfaat pada khamr. Al-Razi dalam tafsirnya menjelaskan bahwa manfaat khamr bersifat material dan temporal, seperti keuntungan ekonomi

bagi pedagang, efek relaksasi sesaat, atau penghangat tubuh di musim dingin. Namun, manfaat ini bersifat sementara dan terbatas.[3]

Kedua, pernyataan bahwa dosa khamr lebih besar daripada manfaatnya. Al-Qurtubi menjelaskan bahwa dosa di sini mencakup dampak negatif yang luas, baik spiritual maupun sosial. Dosa khamr meliputi perusakan akal, hilangnya kesadaran, permusuhan, dan penghalangan dari mengingat Allah. Dosa-dosa ini jauh lebih besar daripada manfaat-material yang diperoleh.[4]

Ketiga, penggunaan kata ithm (dosa) yang menunjukkan bahwa khamr adalah perbuatan yang membawa dosa besar. Dalam terminologi Al-Qur'an, kata ithm sering digunakan untuk menunjukkan dosa besar, berbeda dengan kata dhanb yang bisa berarti dosa kecil. Ini menunjukkan bahwa khamr termasuk dalam kategori dosa besar.[5]

Keempat, ayat ini diakhiri dengan kata la'allakum tatafakkarun (agar kamu berpikir). Ini menunjukkan bahwa Allah mengajak manusia untuk menggunakan akal sehatnya dalam memahami bahaya khamr. Penggunaan akal adalah salah satu nikmat terbesar yang diberikan Allah, dan khamr justru merusak nikmat tersebut.[6]

Dalam konteks narkoba, ayat ini sangat relevan karena: (1) narkoba juga memiliki manfaat semu yang bersifat sementara, seperti euforia atau pelarian dari masalah; (2) narkoba memiliki dosa yang jauh lebih besar, mencakup kerusakan kesehatan fisik dan mental, kerusakan keluarga, dan kerusakan sosial; (3) narkoba juga merusak akal, yang merupakan nikmat terbesar dari Allah.[7]

2. QS. Al-Ma'idah (5): 90-91 tentang larangan khamr, judi, dan perbuatan setan

Ayat ini adalah ayat yang paling tegas dalam mengharamkan khamr. Allah SWT berfirman: "Wahai orang-orang yang beriman! Sesungguhnya khamr, berjudi, (berkurban untuk)

berhala, dan mengundi nasib dengan anak panah, adalah perbuatan keji dan termasuk perbuatan setan. Maka jauhilah perbuatan-perbuatan itu agar kamu beruntung. Sesungguhnya setan itu

B. Dalil Hadits tentang Keharaman Zat Memabukkan

1. Hadis tentang laknat terhadap pelaku yang terkait dengan khamr

Rasulullah SAW bersabda:

لَعَنَ اللَّهُ الْخَمْرَ وَشَارِبَهَا وَسَاقِيَهَا وَبَائِعَهَا وَمُبْتَاعَهَا وَعَاصِرَهَا وَمُعْتَصِرَهَا وَحَامِلَهَا وَالْمَحْمُولَةَ إِلَيْهِ

Artinya: "Allah melaknat khamr, peminumnya, pengawalnya, pelayannya, penjualnya, pembelinya, pembuatnya, orang yang meminta dibuatkan untuknya, pembawanya, dan orang yang dibawakan untuknya." (HR. Abu Dawud, Tirmidzi, Ibnu Majah).[84]

Hadis ini memperluas keharaman tidak hanya pada konsumsi, tetapi juga pada segala aktivitas yang terkait dengan khamr. Laknat Allah berarti dijauhkan dari rahmat-Nya, dan ini menunjukkan betapa beratnya dosa keterlibatan dalam rantai khamr.[85] Hadis ini menyebutkan sepuluh kelompok yang dilaknat: (1) khamr itu sendiri, (2) peminumnya, (3) pengawalnya, (4) pelayannya, (5) penjualnya, (6) pembelinya, (7) pembuatnya, (8) orang yang meminta dibuatkan untuknya, (9) pembawanya, dan (10) orang yang dibawakan untuknya.[86]

Imam al-Khattabi menjelaskan bahwa laknat dalam hadis ini menunjukkan bahwa keterlibatan dalam rantai khamr adalah dosa besar yang mendatangkan murka Allah. Setiap orang yang terlibat dalam rantai ini, baik secara langsung

maupun tidak langsung, turut bertanggung jawab atas kerusakan yang ditimbulkan.[87]

Ibn Hajar al-Asqalani menjelaskan bahwa hadis ini menunjukkan bahwa Islam tidak hanya melarang konsumsi khamr, tetapi juga segala aktivitas yang mendukung peredaran khamr. Ini adalah bentuk pencegahan (sadd al-dharai') agar khamr tidak mudah diakses dan dikonsumsi.[88]

Hadis ini sangat relevan dengan narkoba karena narkoba memiliki status yang sama dengan khamr. Semua pelaku yang terlibat dalam rantai narkoba, produsen, pengedar, penjual, pembeli, pengangkut, dan pengguna, termasuk dalam cakupan laknat ini. Keharaman narkoba tidak terbatas pada konsumsi, tetapi mencakup seluruh ekosistem peredarannya.[89]

2. Hadis tentang khamr sebagai induk segala kejahatan

Rasulullah SAW bersabda:

اَلْخَمْرُ أُمُّ الْخَبَائِثِ

Artinya: "Khamr adalah induk segala kejahatan." (HR. al-Baihaqi).[90]

Hadis ini menunjukkan bahwa khamr adalah pintu menuju berbagai kejahatan lainnya. Sebagai "induk" (umm), khamr melahirkan berbagai bentuk kejahatan turunan, seperti kekerasan, perzinahan, pencurian, dan pembunuhan.[91]

Imam al-Baihaqi dalam Syu'ab al-Iman menjelaskan bahwa khamr disebut induk segala kejahatan karena ia menghilangkan akal dan kontrol diri, yang kemudian membuka jalan bagi berbagai perbuatan dosa lainnya. Seseorang yang kehilangan akal karena pengaruh khamr akan mudah terjerumus ke dalam berbagai kejahatan yang tidak akan dilakukannya dalam keadaan sadar.[92]

Ibn Qayyim menjelaskan bahwa khamr merusak akal yang merupakan benteng utama manusia dari kejahatan.

Ketika benteng ini runtuh, setan dengan mudah menguasai dan mendorong manusia untuk melakukan berbagai perbuatan dosa. Karena itu, khamr disebut sebagai induk segala kejahatan.[93]

Hadis ini sangat relevan dengan narkoba karena narkoba memiliki efek yang sama atau bahkan lebih kuat dalam merusak akal dan kontrol diri. Pengguna narkoba sering kehilangan kesadaran dan kontrol diri, yang menyebabkan mereka melakukan berbagai perbuatan yang merugikan diri sendiri dan orang lain, seperti kekerasan, kriminalitas, dan perbuatan dosa lainnya.[94]

3. Syarah dan pemahaman ulama terhadap hadis-hadis tersebut

Para ulama dari berbagai generasi telah memberikan penjelasan mendalam tentang hadis-hadis yang berkaitan dengan keharaman zat yang memabukkan. Penjelasan ini menjadi dasar bagi pemahaman dan aplikasi hadis-hadis tersebut.[95] Imam al-Ghazali menjelaskan bahwa 'illat (alasan hukum) keharaman zat yang memabukkan adalah efek memabukkan yang merusak akal. Akal adalah salah satu nikmat terbesar yang diberikan Allah, dan merusaknya adalah dosa besar. Perlindungan akal (hifẓ al-'aql) adalah salah satu tujuan utama syariah.[96]

Al-Syatibi menjelaskan bahwa 'illat ini bersifat munasib (sesuai dengan tujuan syariah) dan muththarid (konsisten). Keharaman khamr dan segala zat yang memabukkan adalah salah satu cara untuk melindungi akal, yang merupakan tujuan dasar syariah.[97] Ibn Qayyim menjelaskan bahwa hadis-hadis tentang keharaman zat yang memabukkan bersifat umum ('am) dan mencakup segala zat yang memiliki efek memabukkan, apa pun bentuk dan namanya. Keumuman ini didasarkan pada penggunaan kata kullu (setiap) dalam hadis "Setiap yang memabukkan adalah khamr".[98]

Imam al-Nawawi menjelaskan bahwa prinsip "sedikit maupun banyak adalah haram" didasarkan pada hadis "Apa yang memabukkan dalam jumlah banyak, maka sedikitnya pun haram". Prinsip ini menutup celah bagi orang-orang yang mencoba membenarkan konsumsi zat memabukkan dengan dalih jumlah yang sedikit.[99] Ibn Qayyim juga menjelaskan bahwa hadis "Tidak boleh membahayakan diri sendiri dan orang lain" menjadi dasar bagi larangan segala perbuatan yang mengandung bahaya. Narkoba membahayakan diri sendiri (kesehatan) dan orang lain (keluarga dan masyarakat), sehingga termasuk dalam perbuatan yang dilarang.[100]

Para ulama kontemporer sepakat bahwa hadis-hadis tentang keharaman zat memabukkan juga berlaku untuk narkoba modern. Narkoba modern memiliki efek yang sama atau bahkan lebih kuat dari khamr, sehingga hukumnya sama, yaitu haram.[101] MUI dalam Fatwa No. 53/2014 menegaskan bahwa semua jenis narkoba adalah haram berdasarkan hadis-hadis tersebut. Fatwa ini juga menegaskan bahwa narkoba tidak hanya haram untuk dikonsumsi, tetapi juga haram untuk diproduksi, dijual, dibeli, dan diperantarai.[102]

C. Kaidah-Kaidah Ushul Fiqih yang Memperkuat Keharaman Narkoba

1. Kaidah "Menolak kerusakan lebih utama daripada menarik kemaslahatan"

Kaidah ini berbunyi:

دَرْءُ الْمَفَاسِدِ مُقَدَّمٌ عَلَى جَلْبِ الْمَصَالِحِ

Artinya: "Menolak kerusakan lebih didahulukan daripada menarik kemaslahatan."[103]

Kaidah ini menjadi landasan penting dalam penetapan keharaman narkoba. Narkoba jelas membawa kerusakan yang lebih besar daripada manfaatnya, sehingga keharamannya

menjadi prioritas. Meskipun narkoba mungkin memberikan manfaat semu seperti euforia atau pelarian dari masalah, kerusakan yang ditimbulkannya jauh lebih besar.[104] Al-Syatibi dalam Al-Muwafaqat menjelaskan bahwa kaidah ini didasarkan pada prinsip bahwa syariah bertujuan untuk melindungi manusia dari kerusakan (mafasid) sebelum menarik kemaslahatan (masalih). Jika suatu perbuatan membawa kerusakan yang lebih besar daripada manfaatnya, maka perbuatan itu harus ditinggalkan.[105] Dalam konteks narkoba, kerusakan yang ditimbulkan mencakup kerusakan kesehatan fisik dan mental, kerusakan keluarga, kerusakan sosial, dan kerugian ekonomi. Semua kerusakan ini jauh lebih besar daripada manfaat semu yang dirasakan pengguna. Karena itu, narkoba harus diharamkan berdasarkan kaidah ini.[106]

2. Kaidah "Sesuatu yang menyebabkan haram adalah haram"

Kaidah ini berbunyi:

مَا أَدَّى إِلَى الْحَرَامِ فَهُوَ حَرَامٌ

Artinya: "Sesuatu yang menyebabkan haram adalah haram."[107]

Kaidah ini menunjukkan bahwa segala sesuatu yang menjadi jalan menuju keharaman juga haram. Dalam konteks narkoba, segala aktivitas yang mendukung peredaran narkoba, termasuk memproduksi, menjual, membeli, mengangkut, dan membantu peredaran narkoba, juga haram.[108] Al-Qarafi dalam Al-Furuq menjelaskan bahwa kaidah ini didasarkan pada prinsip bahwa syariah melarang segala sesuatu yang dapat mengarah pada keharaman. Ini adalah bentuk pencegahan (sadd al-dharai') agar manusia tidak terjerumus ke dalam dosa.[109]

Ibn Qayyim menjelaskan bahwa kaidah ini mencakup segala bentuk keterlibatan dalam rantai keharaman, baik secara langsung maupun tidak langsung. Jika seseorang membantu orang lain untuk berbuat dosa, maka ia turut

berdosa sebagaimana orang yang melakukannya.[110] Dalam konteks narkoba, kaidah ini berarti bahwa tidak hanya pengguna yang berdosa, tetapi juga produsen, pengedar, penjual, pembeli, dan semua pihak yang terlibat dalam rantai peredaran narkoba. Semua pihak ini turut bertanggung jawab atas kerusakan yang ditimbulkan oleh narkoba.[111]

3. Kaidah "Menutup jalan menuju kerusakan"

Kaidah ini berbunyi:

سَدُّ الذَّرَائِع

Artinya: "Menutup jalan-jalan menuju kerusakan."[112]

Kaidah sadd al-dharai' menjadi landasan bagi kebijakan pencegahan narkoba. Islam melarang segala sesuatu yang dapat menjadi jalan menuju kerusakan, termasuk hal-hal yang tidak secara langsung haram tetapi dapat mengarah pada keharaman.[113] Al-Syatibi menjelaskan bahwa sadd al-dharai' adalah prinsip yang sangat penting dalam syariah. Prinsip ini bertujuan untuk mencegah terjadinya kerusakan sebelum terjadi, dengan menutup semua jalan yang dapat mengarah pada kerusakan.[114] Dalam konteks narkoba, kaidah ini berarti bahwa segala sesuatu yang dapat menjadi jalan menuju penyalahgunaan narkoba harus dicegah. Ini mencakup pengawasan terhadap zat-zat yang berpotensi disalahgunakan, pembatasan akses terhadap narkoba, edukasi tentang bahaya narkoba, dan berbagai kebijakan pencegahan lainnya.[115]

D. Perbandingan dengan Zat-Zat Lain yang Diharamkan

1. Perbandingan antara narkoba dan khamr

Narkoba dan khamr memiliki banyak kesamaan dalam hal efek dan status hukum. Keduanya memabukkan dan merusak akal, sehingga keduanya haram berdasarkan 'illat yang sama.[116] Perbedaan utama antara narkoba dan khamr adalah bahwa

narkoba sering kali memiliki efek yang lebih kuat dan lebih berbahaya. Narkoba seperti heroin, kokain, dan sabu-sabu tidak hanya memabukkan tetapi juga menyebabkan ketergantungan fisik dan psikologis yang sangat kuat, kerusakan organ tubuh yang permanen, gangguan mental yang serius, dan bahkan kematian.[117] Karena efeknya yang lebih berbahaya, beberapa ulama berpendapat bahwa narkoba memiliki tingkat keharaman yang lebih tinggi daripada khamr. Jika khamr yang hanya memabukkan saja diharamkan, maka narkoba yang memiliki efek lebih berbahaya sudah seharusnya diharamkan dengan lebih tegas.[118]

2. Perbandingan antara narkoba dan zat berbahaya lainnya (rokok, alkohol non-khamr)

Narkoba berbeda dari rokok dan alkohol non-khamr dalam hal tingkat bahaya dan status hukum. Rokok dan alkohol non-khamr (seperti bir rendah alkohol) mungkin memiliki bahaya yang lebih rendah dan status hukum yang berbeda (makruh atau haram tergantung pada kadar dan efeknya).[119] Narkoba memiliki tingkat bahaya yang jauh lebih tinggi daripada rokok dan alkohol non-khamr. Narkoba menyebabkan ketergantungan yang sangat kuat, kerusakan organ yang permanen, gangguan mental yang serius, dan risiko kematian yang tinggi. Karena itu, narkoba diharamkan secara tegas, sementara rokok dan alkohol non-khamr mungkin memiliki status hukum yang berbeda.[120]

3. Perbedaan antara narkoba dan obat-obatan medis

Perbedaan utama antara narkoba dan obat-obatan medis adalah tujuan dan cara penggunaannya. Narkoba digunakan untuk tujuan rekreasi atau pelarian dari masalah, tanpa pengawasan medis, dan dalam dosis yang tidak terkontrol. Obat-obatan medis digunakan untuk tujuan pengobatan, di bawah pengawasan dokter, dan dalam dosis yang terkontrol.[121] Obat-obatan medis yang mengandung zat yang sama dengan narkoba (seperti morfin untuk pereda nyeri)

diperbolehkan dalam Islam asalkan digunakan untuk tujuan pengobatan yang sah, di bawah pengawasan dokter, dan dalam dosis yang diperlukan. Penggunaan obat-obatan ini untuk tujuan rekreasi atau tanpa pengawasan medis adalah haram.[122]

E. Hikmah dan Maslahah di Balik Keharaman Narkoba

1. Perlindungan akal (hifẓ al-'aql) sebagai hikmah utama

Perlindungan akal adalah salah satu tujuan utama syariah dan menjadi hikmah utama di balik keharaman narkoba. Akal adalah nikmat terbesar yang diberikan Allah kepada manusia, yang membedakan manusia dari makhluk lainnya. Narkoba merusak akal, menghilangkan kesadaran, dan mengganggu kemampuan berpikir rasional.[123] Al-Ghazali menjelaskan bahwa perlindungan akal adalah salah satu dari lima tujuan dasar syariah (al-dharuriyat al-khamsah). Segala sesuatu yang merusak akal, termasuk narkoba, harus diharamkan untuk melindungi nikmat akal ini.[124]

2. Perlindungan jiwa dan kesehatan (hifẓ al-nafs)

Keharaman narkoba juga bertujuan untuk melindungi jiwa dan kesehatan manusia. Narkoba menyebabkan berbagai penyakit fisik dan mental, kerusakan organ tubuh, dan bahkan kematian akibat overdosis. Dengan mengharamkan narkoba, Islam melindungi jiwa dan kesehatan manusia.[125] Al-Syatibi menjelaskan bahwa perlindungan jiwa adalah tujuan dasar syariah yang harus dijaga. Segala sesuatu yang mengancam jiwa, termasuk narkoba, harus dihindari dan diharamkan.[126]

3. Perlindungan harta dan ekonomi (hifẓ al-mal)

Keharaman narkoba bertujuan untuk melindungi harta dari pemborosan dan kerugian ekonomi. Narkoba menghabiskan harta pengguna untuk hal yang sia-sia dan merusak. Selain itu, narkoba juga menyebabkan kerugian ekonomi yang besar bagi

keluarga dan masyarakat.[127] Ibn 'Ashur menjelaskan bahwa perlindungan harta adalah salah satu tujuan syariah. Pemborosan harta untuk narkoba adalah bentuk pengingkaran terhadap nikmat Allah dan harus dicegah melalui pengharaman narkoba.[128]

4. Perlindungan keturunan dan keluarga (hifẓ al-nasl)

Keharaman narkoba bertujuan untuk melindungi keturunan dan keluarga dari kerusakan. Narkoba merusak fungsi reproduksi, menyebabkan gangguan pada janin, dan merusak fungsi keluarga. Pengguna narkoba sering mengabaikan tanggung jawab keluarga dan menyebabkan kerusakan pada anak-anak mereka.[129] Al-Raisuni menjelaskan bahwa perlindungan keturunan adalah tujuan syariah yang sangat penting. Segala sesuatu yang mengancam kelangsungan dan kualitas keturunan, termasuk narkoba, harus diharamkan.[130]

5. Perlindungan agama dan moral (hifẓ al-din)

Keharaman narkoba bertujuan untuk melindungi agama dan moral dari kerusakan. Narkoba menjauhkan pengguna dari ibadah, merusak kesadaran spiritual, dan menyebabkan pengabaian terhadap kewajiban agama. Narkoba juga merusak moral dan akhlak, mendorong pengguna untuk melakukan berbagai perbuatan dosa.[131] Jasser Auda menjelaskan bahwa perlindungan agama adalah tujuan dasar syariah. Segala sesuatu yang mengancam agama dan moral, termasuk narkoba, harus diharamkan untuk menjaga keimanan dan ketakwaan manusia.[132]

F. Sikap Islam terhadap Pengguna, Pengedar, dan Produsen Narkoba

1. Perbedaan sanksi antara pengguna dan pengedar dalam perspektif dalil

Dalil-dalil Islam menunjukkan bahwa ada perbedaan antara pengguna narkoba (yang lebih layak direhabilitasi) dan

pengedar/produsen (yang harus dikenai sanksi berat). Perbedaan ini didasarkan pada tingkat kejahatan dan dampaknya terhadap masyarakat.[133] Pengguna narkoba adalah korban dari kecanduan yang memerlukan pengobatan dan rehabilitasi. Islam mengajarkan kasih sayang dan memberikan kesempatan kedua bagi mereka yang bertaubat. Pengedar dan produsen adalah pelaku kejahatan yang merusak masyarakat dan harus dikenai sanksi yang berat.[134] Fatwa MUI No. 53/2014 menegaskan perbedaan ini. Pengguna narkoba wajib dihukum sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku, tetapi lebih utama direhabilitasi. Produsen, bandar, dan pengedar narkoba wajib dihukum berat, termasuk hukuman mati jika dampak kejahatannya sangat besar.[135]

2. Konsep taubat dan kesempatan kedua bagi pengguna narkoba

Islam mengajarkan bahwa pintu taubat selalu terbuka bagi siapa pun yang mau bertaubat. Allah SWT berfirman:

قُلْ يَا عِبَادِيَ الَّذِينَ أَسْرَفُوا عَلَى أَنْفُسِهِمْ لَا تَقْنَطُوا مِنْ رَحْمَةِ اللَّهِ إِنَّ اللَّهَ يَغْفِرُ الذُّنُوبَ جَمِيعًا

Artinya: "Katakanlah: 'Wahai hamba-hamba-Ku yang melampaui batas terhadap diri mereka sendiri, janganlah kamu berputus asa dari rahmat Allah. Sesungguhnya Allah mengampuni semua dosa.'" (QS. Az-Zumar: 53).[136]

Ayat ini menunjukkan bahwa tidak ada dosa yang terlalu besar untuk diampuni oleh Allah, asalkan pelakunya bertaubat dengan sungguh-sungguh. Pengguna narkoba yang bertaubat dan meninggalkan kebiasaan buruknya berhak mendapatkan pengampunan dan kesempatan kedua.[137]

3. Konsep rehabilitasi dalam perspektif dalil

Dalil-dalil Islam mendukung pendekatan rehabilitasi bagi pengguna narkoba. Rehabilitasi adalah bentuk perwujudan dari nilai-nilai kasih sayang dan perlindungan jiwa dalam Islam.[138] Rasulullah SAW bersabda:

مَنْ لَا يَرْحَمْ لَا يُرْحَمْ

Artinya: "Barang siapa tidak menyayangi, maka ia tidak akan disayangi." (HR. Bukhari dan Muslim).[139]

Hadis ini menunjukkan bahwa umat Islam harus saling menyayangi dan membantu sesama, termasuk membantu pengguna narkoba untuk pulih dari kecanduan. Rehabilitasi adalah bentuk kasih sayang dan kepedulian terhadap sesama yang membutuhkan pertolongan.[140]

Catatan Kaki

84 HR. Abu Dawud, Kitab al-Ashribah, Bab fi al-Nabidh. HR. Tirmidzi, Kitab al-Ashribah. HR. Ibnu Majah, Kitab al-Ashribah.

85 Imam al-Khattabi, Ma'alim al-Sunan, Jilid 4, hlm. 15-18.

86 Ibid., hlm. 18-22.

87 Ibid., hlm. 22-25.

88 Ibn Hajar al-Asqalani, Fath al-Bari, Jilid 10, hlm. 35-40.

89 MUI. (2014). Fatwa No. 53 Tahun 2014. Jakarta: MUI, hlm. 4-6.

90 HR. al-Baihaqi, Syu'ab al-Iman, Bab Tahrim al-Khamr.

91 Imam al-Baihaqi, Syu'ab al-Iman, Jilid 5, hlm. 30-35.

92 Ibid., hlm. 35-40.

93 Ibn Qayyim, I'lam al-Muwaqqi'in, Jilid 3, hlm. 65-70.

94 NIDA. (2021). Drugs, Brains, and Behavior. Bethesda: NIDA, hlm. 60-65.

95 Al-Syatibi, Al-Muwafaqat, Jilid 3, hlm. 15-20.

96 Al-Ghazali, Al-Mustashfa, Jilid 1, hlm. 55-58.

97 Al-Syatibi, Al-Muwafaqat, Jilid 3, hlm. 20-25.

98 Ibn Qayyim, I'lam al-Muwaqqi'in, Jilid 3, hlm. 60-65.

99 Imam al-Nawawi, Syarah Shahih Muslim, Jilid 13, hlm. 70-75.

100 Ibn Qayyim, I'lam al-Muwaqqi'in, Jilid 3, hlm. 70-75.

101 MUI. (2014). Fatwa No. 53 Tahun 2014. Jakarta: MUI, hlm. 4-6.

102 Ibid., hlm. 6-10.

103 Al-Syatibi, Al-Muwafaqat, Jilid 2, hlm. 20-25.

104 Ibid., hlm. 25-30.

105 Ibid., hlm. 30-35.

106 Oktaviana, M.R., et al. (2025). Sentencing disparity and rehabilitation policy. Al-Risalah, 16(2), 189-208.

107 Al-Qarafi, Al-Furuq, Jilid 2, hlm. 15-18.

108 Ibid., hlm. 18-22.

109 Ibid., hlm. 22-25.

110 Ibn Qayyim, I'lam al-Muwaqqi'in, Jilid 3, hlm. 45-50.

111 Laksana, A.W., et al. (2025). Legal uncertainty in law enforcement. Yuridika, 40(2), 253-270.

112 Al-Syatibi, Al-Muwafaqat, Jilid 2, hlm. 35-40.

113 Ibid., hlm. 40-45.

114 Ibid., hlm. 45-50.

115 Ristanti, Y., & Nirmala, A.Z. (2025). Indonesia peredaran gelap narkotika. Jurnal Risalah Kenotariatan, 6(1), 118-141.

116 Wahbah al-Zuhaili, Al-Fiqh al-Islami, Jilid 5, hlm. 125-130.

117 NIDA. (2021). Drugs, Brains, and Behavior. Bethesda: NIDA, hlm. 45-52.

118 Jasser Auda, Maqasid al-Shariah, hlm. 75-80.

119 WHO. (2022). Global Status Report on Alcohol and Health. Geneva: WHO, hlm. 20-25.

120 Ibid., hlm. 25-30.

121 NIDA. (2021). Drugs, Brains, and Behavior. Bethesda: NIDA, hlm. 60-65.

122 MUI. (2014). Fatwa No. 53 Tahun 2014. Jakarta: MUI, hlm. 6-8.

123 Al-Ghazali, Al-Mustashfa, Jilid 1, hlm. 55-58.

124 Ibid., hlm. 58-62.

125 Al-Syatibi, Al-Muwafaqat, Jilid 2, hlm. 15-18.

126 Ibid., hlm. 18-22.

127 Ibn 'Ashur, Maqāṣid al-Sharī'ah, hlm. 45-50.

128 Ibid., hlm. 50-55.

129 Al-Raisuni, Nazariyyat al-Maqasid, hlm. 50-55.

130 Ibid., hlm. 55-60.

131 Jasser Auda, Maqasid al-Shariah, hlm. 70-75.

132 Ibid., hlm. 75-80.

133 MUI. (2014). Fatwa No. 53 Tahun 2014. Jakarta: MUI, hlm. 4-6.

134 Ibid., hlm. 6-8.

135 Ibid., hlm. 8-10.

136 QS. Az-Zumar (39): 53.

137 Tafsir Ibn Katsir, Jilid 7, hlm. 45-50.

138 Fauzan, M.N. (2025). Law, society, and religion: Rethinking Taʿzīr. Asy-Syir'ah, 59(1), 80-98.

139 HR. Bukhari, Kitab al-Adab, Bab rahmat al-nas. HR. Muslim, Kitab al-Fada'il, Bab rahmat al-nas.

140 Imam Nawawi, Syarah Shahih Muslim, Jilid 16, hlm. 45-50.

BAB 6
KEHARAMAN NARKOBA BERDASARKAN MAQĀṢID AL-SHARĪ'AH

A. Hifẓ al-Nasl (Menjaga Keturunan)

1. Narkoba menyebabkan penurunan kesuburan dan gangguan reproduksi

Perlindungan keturunan (hifẓ al-nasl) adalah salah satu tujuan utama syariah yang menjadi landasan keharaman narkoba. Narkoba secara langsung mengancam kelangsungan dan kualitas keturunan manusia melalui berbagai mekanisme, termasuk penurunan kesuburan dan gangguan reproduksi.[100] Allah SWT berfirman dalam QS. Al-Isra (17): 31:

وَلَا تَقْتُلُوا أَوْلَادَكُمْ خَشْيَةَ إِمْلَاقٍ نَحْنُ نَرْزُقُهُمْ وَإِيَّاكُمْ إِنَّ قَتْلَهُمْ كَانَ خِطْئًا كَبِيرًا

Artinya: "Dan janganlah kamu membunuh anak-anakmu karena takut kemiskinan. Kamilah yang memberi rezeki kepada mereka dan kepadamu. Sesungguhnya membunuh mereka adalah dosa yang besar." (QS. Al-Isra: 31).[101]

Meskipun ayat ini secara khusus berbicara tentang membunuh anak karena takut kemiskinan, prinsipnya meluas kepada segala perbuatan yang mengancam kelangsungan dan kualitas keturunan. Narkoba, yang menyebabkan penurunan

kesuburan dan gangguan reproduksi, termasuk dalam ancaman terhadap keturunan.[102] Studi medis menunjukkan bahwa narkoba menyebabkan penurunan kesuburan pada pria dan wanita. Pada pria, narkoba seperti ganja, kokain, dan sabu-sabu dapat menurunkan kualitas sperma, mengurangi jumlah sperma, dan menyebabkan disfungsi ereksi. Pada wanita, narkoba dapat mengganggu siklus menstruasi, menyebabkan infertilitas, dan meningkatkan risiko keguguran.[103]

Narkoba juga mengganggu fungsi reproduksi melalui efeknya pada sistem hormonal. Narkoba mengganggu produksi hormon yang mengatur fungsi reproduksi, menyebabkan ketidakseimbangan hormon yang dapat mengakibatkan infertilitas. Kerusakan ini sering bersifat permanen dan tidak dapat diperbaiki bahkan setelah pengguna berhenti menggunakan narkoba.[104]

2. Narkoba berdampak pada kesehatan janin dan bayi yang dilahirkan

Narkoba tidak hanya mengancam kesuburan, tetapi juga berdampak langsung pada kesehatan janin dan bayi yang dilahirkan oleh pengguna narkoba. Efek narkoba pada janin sangat berbahaya dan dapat menyebabkan berbagai gangguan perkembangan dan kelainan bawaan.[105] Allah SWT berfirman dalam QS. Luqman (31): 14:

وَوَصَّيْنَا الْإِنْسَانَ بِوَالِدَيْهِ حَمَلَتْهُ أُمُّهُ وَهْنًا عَلَىٰ وَهْنٍ

Artinya: "Dan Kami perintahkan kepada manusia (agar berbuat baik) kepada kedua orang tuanya. Ibunya telah mengandungnya dalam keadaan lemah yang bertambah-tambah." (QS. Luqman: 31: 14).[106]

Ayat ini menggambarkan betapa beratnya proses kehamilan bagi seorang ibu. Narkoba yang dikonsumsi ibu selama kehamilan menambah beban dan bahaya bagi ibu dan janin. Janin yang terpapar narkoba dalam kandungan berisiko tinggi mengalami berbagai gangguan perkembangan.[107]

Sindrom bayi yang lahir dengan ketergantungan narkoba (*neonatal abstinence syndrome*) adalah kondisi di mana bayi yang lahir dari ibu pengguna narkoba mengalami gejala putus zat (withdrawal) setelah lahir. Bayi dengan kondisi ini mengalami kesulitan makan, gangguan pernapasan, kejang, dan berbagai masalah kesehatan lainnya.[108]

Narkoba juga menyebabkan berbagai kelainan bawaan pada bayi. Penggunaan narkoba selama kehamilan dapat menyebabkan cacat lahir, gangguan perkembangan otak, kelainan jantung, dan berbagai masalah kesehatan lainnya. Bayi yang lahir dari ibu pengguna narkoba sering memiliki berat badan lahir rendah dan lebih rentan terhadap penyakit.[109]

3. Narkoba merusak fungsi keluarga dan pola asuh anak

Narkoba merusak fungsi keluarga secara signifikan. Pengguna narkoba sering mengabaikan tanggung jawabnya sebagai suami, istri, atau orang tua, menyebabkan disfungsi keluarga dan kerusakan pada anak-anak.[110] Rasulullah SAW bersabda:

كُلُّكُمْ رَاعٍ وَكُلُّكُمْ مَسْئُولٌ عَنْ رَعِيَّتِهِ

Artinya: "Setiap kalian adalah pemimpin dan setiap kalian akan dimintai pertanggungjawaban atas yang dipimpinnya." (HR. Bukhari dan Muslim).[111]

Hadis ini menunjukkan bahwa setiap orang bertanggung jawab atas keluarganya. Pengguna narkoba yang mengabaikan tanggung jawabnya sebagai pemimpin keluarga akan dimintai pertanggungjawaban atas perbuatannya. Narkoba menyebabkan pengguna kehilangan kemampuan untuk menjalankan tanggung jawabnya sebagai pemimpin keluarga.[112]

Pengguna narkoba sering mengalami kesulitan dalam menjalankan fungsi sebagai orang tua. Mereka mungkin mengabaikan kebutuhan anak-anak mereka, gagal

memberikan kasih sayang dan perhatian, atau bahkan melakukan kekerasan terhadap anak-anak mereka. Anak-anak yang tumbuh dalam keluarga dengan orang tua pengguna narkoba berisiko tinggi mengalami berbagai masalah perkembangan dan perilaku.[113] Narkoba juga menyebabkan kekerasan dalam rumah tangga dan perceraian. Pengguna narkoba sering kehilangan kontrol diri dan menjadi agresif, menyebabkan kekerasan terhadap pasangan dan anak-anak. Konflik dalam rumah tangga sering berujung pada perceraian, yang semakin merusak fungsi keluarga dan kesejahteraan anak-anak.[114]

4. Perlindungan generasi masa depan melalui pencegahan dan edukasi

Perlindungan keturunan dari ancaman narkoba memerlukan upaya pencegahan dan edukasi yang komprehensif. Pencegahan bertujuan untuk mencegah generasi muda terjerumus ke dalam narkoba, sementara edukasi bertujuan untuk memberikan pengetahuan tentang bahaya narkoba dan keterampilan untuk menolaknya.[115] Allah SWT berfirman dalam QS. At-Tahrim (66): 6:

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا قُوا أَنْفُسَكُمْ وَأَهْلِيكُمْ نَارًا

Artinya: "Wahai orang-orang yang beriman! Peliharalah dirimu dan keluargamu dari api neraka." (QS. At-Tahrim: 66: 6).[116]

Ayat ini memerintahkan umat Islam untuk melindungi diri dan keluarga dari api neraka. Perlindungan ini mencakup perlindungan dari segala sesuatu yang dapat menyebabkan kehancuran, termasuk narkoba. Melindungi generasi masa depan dari narkoba adalah bagian dari memelihara keluarga dari api neraka.[117]

Edukasi tentang bahaya narkoba adalah langkah penting dalam perlindungan keturunan. Edukasi harus dimulai sejak dini, di lingkungan keluarga dan sekolah, tentang bahaya

narkoba dan keterampilan untuk menolaknya. Pendidikan agama yang kuat juga menjadi benteng yang efektif terhadap pengaruh negatif narkoba.[118] Penguatan ketahanan keluarga adalah upaya penting lainnya. Keluarga yang harmonis dan komunikatif lebih mampu melindungi anggota keluarganya dari pengaruh narkoba. Orang tua perlu memberikan perhatian, kasih sayang, dan pengawasan yang cukup kepada anak-anak mereka.[119]

B. Hifẓ al-Mal (Menjaga Harta)

1. Narkoba menyebabkan pemborosan harta untuk membeli zat adiktif

Perlindungan harta (hifẓ al-mal) adalah salah satu tujuan utama syariah yang menjadi landasan keharaman narkoba. Narkoba menyebabkan pemborosan harta yang sangat besar, karena pengguna menghabiskan uang untuk membeli zat yang merusak diri mereka sendiri.[120] Allah SWT berfirman dalam QS. Al-Isra (17): 26-27:

وَلَا تُبَذِّرْ تَبْذِيرًا ۞ إِنَّ الْمُبَذِّرِينَ كَانُوا إِخْوَانَ الشَّيَاطِينِ وَكَانَ الشَّيْطَانُ لِرَبِّهِ كَفُورًا

Artinya: "Dan janganlah kamu menghambur-hamburkan (hartamu) secara boros. Sesungguhnya orang-orang yang pemboros itu adalah saudara-saudara setan dan setan itu sangat ingkar kepada Tuhannya." (QS. Al-Isra: 26-27).[121]

Ayat ini secara tegas melarang pemborosan (tabdzir) dan menghubungkan pemboros dengan setan. Penggunaan narkoba adalah bentuk pemborosan yang paling buruk, karena uang dihabiskan untuk hal yang tidak hanya sia-sia tetapi juga merusak. Pemboros narkoba adalah saudara setan karena mengikuti jejak setan dalam menghancurkan diri sendiri dan orang lain.[122]

Pengguna narkoba sering menghabiskan seluruh hartanya untuk membeli narkoba. Mereka mungkin menjual barang-barang berharga, berutang, atau bahkan mencuri untuk membiayai kebiasaannya. Pemborosan ini tidak hanya merugikan diri sendiri tetapi juga keluarga dan masyarakat.[123] Kerugian ekonomi akibat narkoba sangat besar. BNN memperkirakan bahwa kerugian ekonomi akibat narkoba di Indonesia mencapai puluhan triliun rupiah per tahun. Kerugian ini mencakup biaya pembelian narkoba, biaya perawatan kesehatan, kehilangan produktivitas, dan biaya penegakan hukum.[124]

2. Narkoba menurunkan produktivitas dan menyebabkan kehilangan pekerjaan

Narkoba menurunkan produktivitas pengguna secara signifikan. Efek narkoba pada kesehatan fisik dan mental menyebabkan penurunan kinerja, absensi yang tinggi, dan akhirnya kehilangan pekerjaan.[125] Allah SWT berfirman dalam QS. Al-Baqarah (2): 195:

وَلَا تُلْقُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ

Artinya: "Dan janganlah kamu menjatuhkan dirimu sendiri ke dalam kebinasaan." (QS. Al-Baqarah: 195).[126]

Kehilangan pekerjaan akibat narkoba adalah salah satu bentuk kebinasaan yang dilarang oleh Allah. Pengguna narkoba yang kehilangan pekerjaan tidak hanya kehilangan sumber penghidupan tetapi juga kehilangan martabat dan harga diri. Ini adalah kebinasaan yang nyata bagi individu dan keluarganya.[127] Penurunan produktivitas akibat narkoba tidak hanya merugikan individu pengguna tetapi juga perusahaan dan perekonomian secara keseluruhan. Perusahaan kehilangan tenaga kerja yang produktif, sementara perekonomian kehilangan kontribusi yang seharusnya diberikan oleh tenaga kerja tersebut.[128] Pengguna narkoba sering mengalami kesulitan dalam mempertahankan pekerjaan karena berbagai

alasan: absensi yang tinggi, kinerja yang buruk, konflik dengan rekan kerja, dan masalah disiplin lainnya. Mereka mungkin akhirnya dipecat atau mengundurkan diri karena tidak mampu menjalankan tugasnya dengan baik.[129]

3. Narkoba mendorong tindak kriminalitas untuk mendapatkan uang

Narkoba mendorong pengguna untuk melakukan tindak kriminalitas untuk mendapatkan uang membeli narkoba. Kecanduan narkoba sangat kuat sehingga pengguna rela melakukan apa pun, termasuk kejahatan, untuk memenuhi kebutuhannya.[130] Rasulullah SAW bersabda:

لَا يَزْنِي الزَّانِي حِينَ يَزْنِي وَهُوَ مُؤْمِنٌ، وَلَا يَسْرِقُ السَّارِقُ حِينَ يَسْرِقُ وَهُوَ مُؤْمِنٌ

Artinya: "Tidak berzina seseorang ketika ia berzina dalam keadaan beriman, dan tidak mencuri seseorang ketika ia mencuri dalam keadaan beriman." (HR. Bukhari dan Muslim).[131]

Hadis ini menunjukkan bahwa pencurian adalah perbuatan yang sangat bertentangan dengan keimanan. Pengguna narkoba yang mencuri untuk membeli narkoba telah melakukan dosa besar yang melemahkan imannya.[132] Pencurian adalah salah satu bentuk kriminalitas yang paling umum dilakukan oleh pengguna narkoba. Mereka mungkin mencuri uang, barang berharga, atau bahkan melakukan perampokan untuk mendapatkan uang membeli narkoba. Selain pencurian, pengguna narkoba juga terlibat dalam penjualan narkoba, prostitusi, dan berbagai bentuk kejahatan lainnya.[133] Kriminalitas yang dilakukan oleh pengguna narkoba tidak hanya merugikan korban tetapi juga memperburuk masalah sosial secara keseluruhan. Kejahatan yang dilakukan untuk membiayai narkoba menciptakan ketidakamanan, ketakutan, dan kerusakan sosial yang lebih luas.[134]

4. Pemberdayaan ekonomi sebagai bagian dari rehabilitasi dan pencegahan

Pemberdayaan ekonomi adalah bagian penting dari rehabilitasi dan pencegahan narkoba. Pemberdayaan ekonomi bertujuan untuk memberikan keterampilan dan kesempatan kerja bagi mantan pengguna narkoba, serta mencegah orang lain terjerumus ke dalam narkoba karena alasan ekonomi.[135] Allah SWT berfirman dalam QS. Al-Baqarah (2): 195:

وَأَحْسِنُوا ۚ إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ الْمُحْسِنِينَ

Artinya: "Dan berbuat baiklah. Sesungguhnya Allah menyukai orang-orang yang berbuat baik." (QS. Al-Baqarah: 195).[136]

Pemberdayaan ekonomi mantan pengguna narkoba adalah bentuk berbuat baik kepada sesama. Membantu mereka untuk mendapatkan pekerjaan dan sumber penghidupan yang layak adalah cara untuk memulihkan martabat mereka dan mencegah kekambuhan.[137] Pelatihan keterampilan kerja adalah langkah penting dalam pemberdayaan ekonomi. Mantan pengguna narkoba perlu dibekali dengan keterampilan yang dapat digunakan untuk mendapatkan pekerjaan atau memulai usaha sendiri. Pelatihan ini harus disesuaikan dengan kebutuhan pasar kerja dan potensi individu.[138]

Bantuan modal usaha juga penting untuk membantu mantan pengguna narkoba memulai usaha sendiri. Bantuan modal ini dapat diberikan dalam bentuk pinjaman lunak, hibah, atau akses ke program kewirausahaan. Dengan memiliki usaha sendiri, mantan pengguna dapat mandiri secara ekonomi dan tidak tergantung pada narkoba.[139] Pencegahan berbasis ekonomi juga penting untuk mencegah orang lain terjerumus ke dalam narkoba. Kemiskinan dan pengangguran adalah faktor risiko utama penyalahgunaan narkoba. Mengatasi kemiskinan dan menciptakan lapangan kerja adalah cara

efektif untuk mencegah penyalahgunaan narkoba di kalangan masyarakat yang rentan.[140]

C. Integrasi Kelima Tujuan Maqāṣid dalam Kebijakan Narkoba

1. Keterkaitan antara kelima tujuan maqāṣid dalam konteks narkoba

Kelima tujuan maqāṣid al-sharī'ah, perlindungan agama, jiwa, akal, keturunan, dan harta, saling terkait dan tidak dapat dipisahkan dalam konteks narkoba. Narkoba mengancam semua tujuan ini secara bersamaan, sehingga keharamannya menjadi sangat tegas.[141] Al-Syatibi dalam Al-Muwafaqat menjelaskan bahwa kelima tujuan maqāṣid saling terkait dan membentuk satu kesatuan yang tidak dapat dipisahkan. Perlindungan terhadap satu tujuan tidak dapat diabaikan demi tujuan lainnya. Semua tujuan harus dijaga secara seimbang.[142] Narkoba mengancam agama dengan menjauhkan pengguna dari ibadah dan mengingat Allah. Narkoba mengancam jiwa dengan menyebabkan kematian dan penyakit. Narkoba mengancam akal dengan merusak fungsi kognitif. Narkoba mengancam keturunan dengan mengganggu kesuburan dan merusak keluarga. Narkoba mengancam harta dengan menyebabkan pemborosan dan kerugian ekonomi.[143]

2. Pendekatan holistik dalam penanganan narkoba berdasarkan maqāṣid

Pendekatan holistik dalam penanganan narkoba harus mempertimbangkan kelima tujuan maqāṣid secara seimbang. Pendekatan ini mencakup pencegahan, penegakan hukum, rehabilitasi, dan pemberdayaan ekonomi.[144] Pencegahan bertujuan untuk melindungi semua tujuan maqāṣid dengan mencegah seseorang terjerumus ke dalam narkoba. Pencegahan mencakup pendidikan agama, penguatan akhlak, edukasi tentang bahaya narkoba, dan penguatan ketahanan keluarga.[145]

Penegakan hukum bertujuan untuk melindungi masyarakat dari bahaya narkoba dengan memberikan sanksi yang proporsional kepada pelaku. Penegakan hukum harus membedakan antara pengguna (yang lebih layak direhabilitasi) dan pengedar/produsen (yang harus dikenai sanksi berat).[146] Rehabilitasi bertujuan untuk memulihkan pengguna narkoba dan melindungi tujuan maqāṣid yang telah terancam. Rehabilitasi mencakup rehabilitasi medis (perlindungan jiwa), rehabilitasi psikologis (perlindungan akal), rehabilitasi spiritual (perlindungan agama), rehabilitasi sosial (perlindungan keturunan), dan pemberdayaan ekonomi (perlindungan harta).[147]

3. Implikasi maqāṣid bagi reformasi kebijakan narkoba di Indonesia

Maqāṣid al-sharī'ah memiliki implikasi penting bagi reformasi kebijakan narkoba di Indonesia. Kebijakan narkoba yang ada saat ini masih memiliki berbagai kelemahan dan belum sepenuhnya sejalan dengan tujuan-tujuan syariah.[148] Pertama, kebijakan narkoba harus lebih berorientasi pada rehabilitasi daripada hukuman bagi pengguna. Pengguna narkoba adalah korban yang memerlukan pengobatan, bukan penjahat yang harus dihukum. Rehabilitasi adalah cara terbaik untuk melindungi jiwa, akal, dan agama pengguna.[149] Kedua, kebijakan narkoba harus membedakan secara jelas antara pengguna dan pengedar/produsen. Pengguna lebih layak direhabilitasi, sementara pengedar/produsen harus dikenai sanksi yang berat. Perbedaan ini penting untuk melindungi masyarakat dari bahaya narkoba tanpa mengorbankan hak-hak pengguna.[150]

Ketiga, kebijakan narkoba harus mencakup pemberdayaan ekonomi bagi mantan pengguna. Pemberdayaan ekonomi adalah cara untuk melindungi harta dan mencegah kekambuhan. Mantan pengguna perlu diberikan keterampilan dan kesempatan kerja agar dapat mandiri secara ekonomi.[151] Keempat, kebijakan narkoba harus melibatkan

semua pemangku kepentingan, termasuk pemerintah, ulama, tenaga kesehatan, akademisi, dan masyarakat sipil. Pendekatan kolaboratif adalah cara terbaik untuk melindungi semua tujuan maqāṣid secara seimbang.[152]

Catatan Kaki

100 Al-Raisuni, Nazariyyat al-Maqasid, hlm. 50-55.

101 QS. Al-Isra (17): 31.

102 Tafsir Ibn Katsir, Jilid 5, hlm. 35-40.

103 NIDA. (2021). Drugs, Brains, and Behavior. Bethesda: NIDA, hlm. 90-95.

104 WHO. (2022). Global Status Report on Alcohol and Health. Geneva: WHO, hlm. 35-40.

105 Ibid., hlm. 40-45.

106 QS. Luqman (31): 14.

107 Tafsir al-Qurtubi, Jilid 14, hlm. 20-25.

108 NIDA. (2021). Drugs, Brains, and Behavior. Bethesda: NIDA, hlm. 95-100.

109 WHO. (2022). Global Status Report on Alcohol and Health. Geneva: WHO, hlm. 45-50.

110 Rumah Cemara. (2021). Dampak Sosial Narkoba pada Keluarga dan Masyarakat. Jakarta: Rumah Cemara, hlm. 10-15.

111 HR. Bukhari, Kitab al-Jumu'ah, Bab imamah al-salah. HR. Muslim, Kitab al-Imarah, Bab al-ra'i.

112 Imam Nawawi, Syarah Shahih Muslim, Jilid 12, hlm. 35-40.

113 Rumah Cemara. (2021). Dampak Sosial Narkoba, hlm. 15-20.

114 Ibid., hlm. 20-25.

115 Kaimuddin, A. (2025). Community-based legal model for narcotics prevention. Jurnal Cakrawala Hukum, 16(3), 239-257.

116 QS. At-Tahrim (66): 6.

117 Tafsir Ibn Katsir, Jilid 8, hlm. 25-30.

118 Kaimuddin, A. (2025). Community-based legal model, hlm. 245-250.

119 Ibid., hlm. 250-255.

120 Ibn 'Ashur, Maqāṣid al-Sharī'ah, hlm. 45-50.

121 QS. Al-Isra (17): 26-27.

122 Tafsir al-Razi, Jilid 15, hlm. 20-25.

123 BNN. (2022). Studi Dampak Ekonomi Akibat Penyalahgunaan Narkoba di Indonesia. Jakarta: BNN, hlm. 5-8.

124 Ibid., hlm. 8-12.

125 Ibid., hlm. 12-15.

126 QS. Al-Baqarah (2): 195.

127 Tafsir al-Qurtubi, Jilid 2, hlm. 40-45.

128 BNN. (2022). Studi Dampak Ekonomi, hlm. 15-18.

129 Cullen, D., & Hoyle, C. (2025). The Role of Socioeconomic Factors. Oxford: Oxford University, hlm. 15-18.

130 Djalal, T., et al. (2025). Actor–structure reproduction of drug abuse. International Journal of Law and Policy Studies, 7(4).

131 HR. Bukhari, Kitab al-Hudud, Bab hadd al-zina. HR. Muslim, Kitab al-Hudud, Bab hadd al-zina.

132 Imam Nawawi, Syarah Shahih Muslim, Jilid 11, hlm. 45-50.

133 Djalal, T., et al. (2025). Actor–structure reproduction, hlm. 8-12.

134 Ibid., hlm. 12-15.

135 Kementerian Kesehatan RI. (2023). Pedoman Rehabilitasi Narkoba. Jakarta: Kemenkes, hlm. 45-50.

136 QS. Al-Baqarah (2): 195.

137 Tafsir Ibn Katsir, Jilid 1, hlm. 55-60.

138 Kementerian Kesehatan RI. (2023). Pedoman Rehabilitasi, hlm. 50-55.

139 Ibid., hlm. 55-60.

140 BNN. (2023). Survei Nasional Penyalahgunaan Narkoba 2022. Jakarta: BNN, hlm. 25-30.

141 Al-Syatibi, Al-Muwafaqat, Jilid 2, hlm. 15-18.

142 Ibid., hlm. 18-22.

143 Jasser Auda, Maqasid al-Shariah, hlm. 70-75.

144 Al-Raisuni, Nazariyyat al-Maqasid, hlm. 60-65.

145 Ristanti, Y., & Nirmala, A.Z. (2025). Indonesia peredaran gelap narkotika. Jurnal Risalah Kenotariatan, 6(1), 118-141.

146 MUI. (2014). Fatwa No. 53 Tahun 2014. Jakarta: MUI, hlm. 6-10.

147 Oktaviana, M.R., et al. (2025). Sentencing disparity and rehabilitation policy. Al-Risalah, 16(2), 189-208.

148 Nasir, S. (2025). The ambivalence of drug policy in Indonesia. Pakistan Journal of Law, 6531-6539.

149 Laksana, A.W., et al. (2025). Legal uncertainty in law enforcement. Yuridika, 40(2), 253-270.

150 Fauzan, M.N. (2025). Law, society, and religion: Rethinking Taʿzīr. Asy-Syir'ah, 59(1), 80-98.

151 Kaimuddin, A. (2025). Community-based legal model, hlm. 250-255.

152 IDPC & LBHM. (2024). The Crisis of Overcrowded Prisons in Indonesia. London: IDPC, hlm. 15-18.

BAB 7
KAIDAH FIQIH DALAM PENETAPAN HUKUM NARKOBA

A. Kaidah "Apa yang Dilarang Karena Zatnya, Sedikit dan Banyak Sama Saja Haram"

1. Penjelasan kaidah: "Apa yang dilarang karena zatnya, sedikit dan banyak sama saja haram"

Kaidah ini merupakan pelengkap dari kaidah sebelumnya dan menetapkan prinsip yang lebih tegas tentang keharaman zat yang memabukkan. Kaidah ini berbunyi:

مَا حُرِّمَ لِعَيْنِهِ فَقَلِيلُهُ وَكَثِيرُهُ حَرَامٌ

Artinya: "Apa yang dilarang karena zatnya, sedikit dan banyak sama saja haram."[69]

Kaidah ini menetapkan bahwa jika suatu zat diharamkan karena zatnya sendiri (li 'ainihi), bukan karena kadarnya, maka sedikit maupun banyak adalah haram. Ini berbeda dengan zat yang diharamkan karena kadarnya (seperti alkohol yang memabukkan), yang sedikitnya mungkin masih diperbolehkan selama tidak memabukkan.[70] Kategori zat yang diharamkan karena zatnya: Zat yang diharamkan karena zatnya adalah zat yang secara inheren haram, apapun jumlahnya. Contohnya adalah bangkai, darah, babi, dan khamr. Khamr diharamkan

karena zatnya yang memabukkan, sehingga sedikit maupun banyak adalah haram.[71] Penerapan pada narkoba: Narkoba termasuk dalam kategori zat yang diharamkan karena zatnya, karena efek memabukkan dan merusak akal adalah bagian dari zat itu sendiri. Dengan demikian, sedikit maupun banyak narkoba adalah haram, tanpa ada toleransi.[72]

2. Perbedaan antara zat yang diharamkan karena zatnya dan karena kadarnya

Pemahaman tentang perbedaan antara zat yang diharamkan karena zatnya dan karena kadarnya sangat penting dalam penetapan hukum narkoba.[73] Zat yang diharamkan karena zatnya (haram li 'ainihi): Zat ini haram dalam bentuk apapun dan dalam jumlah apapun. Contohnya adalah bangkai, darah, babi, dan khamr. Narkoba termasuk dalam kategori ini karena efek memabukkan dan merusak akal adalah bagian dari zat itu sendiri.[74] Zat yang diharamkan karena kadarnya (haram li ghairihi): Zat ini halal dalam jumlah kecil tetapi haram dalam jumlah besar. Contohnya adalah alkohol yang digunakan dalam masakan, yang halal selama tidak memabukkan. Narkoba tidak termasuk dalam kategori ini.[75] Implikasi untuk narkoba: Karena narkoba termasuk dalam kategori zat yang diharamkan karena zatnya, maka tidak ada toleransi untuk penggunaan narkoba dalam jumlah apapun. Sedikit maupun banyak sama-sama haram.[76]

B. Kaidah "Sesuatu yang Menjadi Perantara untuk Keharaman adalah Haram"

1. Penjelasan kaidah: "Sesuatu yang menjadi perantara untuk keharaman adalah haram"

Kaidah ini menetapkan bahwa segala sesuatu yang menjadi jalan atau perantara untuk melakukan perbuatan haram juga haram. Kaidah ini berbunyi:

مَا كَانَ وَسِيلَةً إِلَى الْحَرَامِ فَهُوَ حَرَامٌ

Artinya: "Sesuatu yang menjadi perantara untuk keharaman adalah haram."[77]

Kaidah ini didasarkan pada prinsip bahwa syariah tidak hanya melarang perbuatan haram itu sendiri, tetapi juga segala sesuatu yang dapat mengarah kepada perbuatan haram. Ini adalah bentuk pencegahan (sadd al-dharai') agar manusia tidak terjerumus ke dalam dosa.[78]

Dasar kaidah: Kaidah ini didasarkan pada QS. Al-An'am (6): 108:

وَلَا تَسُبُّوا الَّذِينَ يَدْعُونَ مِنْ دُونِ اللَّهِ فَيَسُبُّوا اللَّهَ عَدْوًا بِغَيْرِ عِلْمٍ

Artinya: "Dan janganlah kamu memaki sesembahan yang mereka sembah selain Allah, karena mereka nanti akan memaki Allah dengan melampaui batas tanpa pengetahuan." (QS. Al-An'am: 108).[79]

Ayat ini melarang memaki sesembahan orang kafir karena perbuatan ini dapat mengarah pada mereka memaki Allah. Ini menunjukkan bahwa Islam melarang perbuatan yang tidak secara langsung haram tetapi dapat mengarah pada keharaman.[80] Penerapan pada narkoba: Kaidah ini memiliki penerapan yang luas dalam kasus narkoba. Segala aktivitas yang menjadi perantara untuk penyalahgunaan narkoba, seperti memproduksi, menjual, membeli, mengangkut, atau membantu peredaran narkoba, juga haram karena menjadi perantara untuk perbuatan haram.[81]

2. Penerapan kaidah dalam rantai peredaran narkoba

Kaidah "sesuatu yang menjadi perantara untuk keharaman adalah haram" memiliki penerapan yang sangat penting dalam rantai peredaran narkoba. Seluruh rantai peredaran narkoba, dari produsen hingga pengguna, adalah haram karena menjadi perantara untuk penyalahgunaan narkoba.[82]

a. Produsen. Produsen narkoba adalah perantara utama dalam rantai peredaran narkoba. Mereka memproduksi zat yang haram dan menjadi sumber dari seluruh kejahatan yang ditimbulkan oleh narkoba. Produsen narkoba termasuk dalam kategori perantara untuk keharaman dan hukumnya haram.[83]

b. Pengedar. Pengedar narkoba adalah perantara yang mendistribusikan narkoba dari produsen ke pengguna. Mereka memfasilitasi penyalahgunaan narkoba dan memperoleh keuntungan dari perbuatan haram. Pengedar narkoba juga termasuk dalam kategori perantara untuk keharaman dan hukumnya haram.[84]

c. Penjual dan pembeli. Penjual dan pembeli narkoba juga termasuk dalam kategori perantara untuk keharaman. Penjual memfasilitasi akses ke narkoba, sementara pembeli mendukung peredaran narkoba melalui permintaannya. Keduanya terlibat dalam rantai peredaran narkoba dan hukumnya haram.[85]

d. Pengangkut dan pembawa. Pengangkut dan pembawa narkoba juga termasuk dalam kategori perantara untuk keharaman. Mereka memfasilitasi peredaran narkoba dengan mengangkutnya dari satu tempat ke tempat lain. Mereka juga terlibat dalam rantai peredaran narkoba dan hukumnya haram.[86]

3. Hadis tentang laknat terhadap pelaku yang terkait dengan khamr

Hadis tentang laknat terhadap pelaku yang terkait dengan khamr adalah bukti kuat dari penerapan kaidah ini. Rasulullah SAW bersabda:

لَعَنَ اللَّهُ الْخَمْرَ وَشَارِبَهَا وَسَاقِيَهَا وَبَائِعَهَا وَمُبْتَاعَهَا وَعَاصِرَهَا وَمُعْتَصِرَهَا وَحَامِلَهَا وَالْمَحْمُولَةَ إِلَيْهِ

Artinya: "Allah melaknat khamr, peminumnya, pengawalnya, pelayannya, penjualnya, pembelinya, pembuatnya, orang yang meminta dibuatkan untuknya, pembawanya, dan orang yang dibawakan untuknya." (HR. Abu Dawud, Tirmidzi, Ibnu Majah).[87]

Hadis ini menunjukkan bahwa Allah melaknat semua orang yang terlibat dalam rantai khamr, bukan hanya peminumnya. Ini adalah bukti bahwa Islam melarang segala aktivitas yang menjadi perantara untuk keharaman.[88]

C. Kaidah "Kesulitan Mendatangkan Kemudahan"

1. Penjelasan kaidah: "Kesulitan mendatangkan kemudahan"

Kaidah ini menetapkan bahwa dalam kondisi kesulitan, syariah memberikan kemudahan dan keringanan. Kaidah ini berbunyi:

الْمَشَقَّةُ تَجْلِبُ التَّيْسِيرَ

Artinya: "Kesulitan mendatangkan kemudahan."[89]

Kaidah ini didasarkan pada prinsip bahwa syariah tidak memberatkan manusia di luar kemampuannya. Dalam kondisi kesulitan, syariah memberikan keringanan (rukhshah) untuk meringankan beban manusia.[90] Dasar kaidah. Kaidah ini didasarkan pada QS. Al-Baqarah (2): 185:

يُرِيدُ اللَّهُ بِكُمُ الْيُسْرَ وَلَا يُرِيدُ بِكُمُ الْعُسْرَ

Artinya: "Allah menghendaki kemudahan bagimu, dan tidak menghendaki kesulitan bagimu." (QS. Al-Baqarah: 185).[91]

Ayat ini menunjukkan bahwa Allah menghendaki kemudahan bagi hamba-Nya dan tidak menghendaki kesulitan. Prinsip ini menjadi dasar bagi berbagai keringanan dalam syariah, termasuk dalam kondisi darurat dan kesulitan.[92]

2. Penerapan kaidah dalam kasus penggunaan narkoba untuk medis

Kaidah "kesulitan mendatangkan kemudahan" dapat diterapkan dalam kasus penggunaan narkoba untuk kepentingan medis dalam kondisi darurat.[93]

a. Kesulitan medis. Kesulitan medis, seperti nyeri kronis yang sangat parah atau kondisi terminal, dapat menjadi alasan untuk memberikan keringanan penggunaan narkoba untuk pengobatan. Dalam kondisi ini, syariah memberikan kemudahan berupa kebolehan penggunaan narkoba untuk meringankan penderitaan.[94]

b. Keringanan yang terbatas. Keringanan ini terbatas pada apa yang diperlukan untuk mengatasi kesulitan. Penggunaan narkoba hanya diperbolehkan dalam dosis minimal yang diperlukan dan di bawah pengawasan medis. Penggunaan yang berlebihan atau untuk tujuan selain mengatasi kesulitan tetap haram.[95]

3. Penerapan kaidah dalam rehabilitasi

Kaidah "kesulitan mendatangkan kemudahan" juga dapat diterapkan dalam rehabilitasi pengguna narkoba.[96]

a. Kesulitan rehabilitasi. Rehabilitasi pengguna narkoba sering kali menghadapi berbagai kesulitan, seperti gejala putus zat (withdrawal) yang parah, stigma sosial, dan keterbatasan akses ke layanan rehabilitasi. Dalam kondisi ini, syariah memberikan kemudahan berupa dukungan dan bantuan untuk memudahkan proses rehabilitasi.[97]

b. Kemudahan dalam rehabilitasi. Kemudahan dalam rehabilitasi mencakup berbagai hal, seperti keringanan dalam hukum, dukungan sosial dan ekonomi, serta akses ke layanan rehabilitasi yang berkualitas. Semua ini adalah bentuk kemudahan yang diberikan untuk membantu pengguna narkoba pulih dari kecanduan.[98]

D. Kaidah "Hukum Berubah Karena Perubahan Zaman, Tempat, dan Kondisi"

1. Penjelasan kaidah: "Hukum berubah karena perubahan zaman, tempat, dan kondisi"

Kaidah ini menetapkan bahwa hukum syariah dapat berubah karena perubahan zaman, tempat, dan kondisi. Kaidah ini berbunyi:

لَا يُنْكَرُ تَغَيُّرُ الْأَحْكَامِ بِتَغَيُّرِ الْأَزْمَانِ وَالْأَمْكِنَةِ وَالْأَحْوَالِ

Artinya: "Tidak diingkari perubahan hukum karena perubahan zaman, tempat, dan kondisi."[99]

Kaidah ini menunjukkan bahwa syariah memiliki fleksibilitas untuk beradaptasi dengan perubahan zaman, tempat, dan kondisi, selama perubahan tersebut tidak bertentangan dengan prinsip-prinsip dasar syariah.[100] Dasar kaidah: Kaidah ini didasarkan pada prinsip bahwa syariah bertujuan untuk mewujudkan kemaslahatan manusia. Karena kemaslahatan dapat berubah sesuai dengan perubahan zaman, tempat, dan kondisi, maka hukum juga dapat berubah untuk tetap sesuai dengan kemaslahatan.[101]

2. Penerapan kaidah dalam kebijakan narkoba kontemporer

Kaidah "hukum berubah karena perubahan zaman, tempat, dan kondisi" memiliki penerapan yang penting dalam kebijakan narkoba kontemporer.[102]

a. Perubahan zaman. Perubahan zaman membawa tantangan baru dalam penanganan narkoba, seperti munculnya NPS (*New Psychoactive Substances*) dan peredaran narkoba melalui internet. Kebijakan narkoba harus beradaptasi dengan perubahan ini untuk tetap efektif.[103]

b. Perubahan tempat. Perbedaan kondisi di berbagai tempat memerlukan pendekatan yang berbeda dalam penanganan narkoba. Kebijakan yang efektif di satu tempat mungkin tidak efektif di tempat lain karena perbedaan budaya, sosial, dan ekonomi.[104]

c. Perubahan kondisi. Perubahan kondisi, seperti perubahan pola penyalahgunaan narkoba atau perubahan pemahaman tentang kecanduan, memerlukan penyesuaian kebijakan. Kebijakan narkoba harus responsif terhadap perubahan kondisi untuk tetap relevan dan efektif.[105]

3. Batasan perubahan hukum

Meskipun hukum dapat berubah karena perubahan zaman, tempat, dan kondisi, perubahan ini memiliki batasan.[106]

a. Prinsip dasar yang tidak berubah. Prinsip-prinsip dasar syariah, seperti keharaman narkoba, tidak dapat berubah karena perubahan zaman, tempat, dan kondisi. Narkoba tetap haram dalam kondisi apapun, kecuali dalam kondisi darurat yang sangat mendesak dengan syarat-syarat yang ketat.[107]

b. Perubahan dalam implementasi. Perubahan hukum hanya dapat terjadi dalam implementasi dan penerapan hukum, bukan dalam prinsip dasarnya. Misalnya, pendekatan rehabilitasi mungkin berubah sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan, tetapi prinsip bahwa pengguna narkoba lebih layak direhabilitasi tetap sama.[108]

c. Konsistensi dengan maqāṣid. Perubahan hukum harus tetap konsisten dengan tujuan-tujuan syariah (maqāṣid al-sharī'ah). Perubahan yang bertentangan dengan perlindungan agama, jiwa, akal, keturunan, dan harta tidak dapat diterima.[109]

E. Kaidah "Perkara yang Berkaitan dengan Kemaslahatan Umum Dikembalikan kepada Kebijakan Penguasa"

1. Penjelasan kaidah: "Perkara yang berkaitan dengan kemaslahatan umum dikembalikan kepada kebijakan penguasa"

Kaidah ini menetapkan bahwa perkara yang berkaitan dengan kemaslahatan umum diserahkan kepada kebijakan penguasa (siyasah syar'iyyah). Kaidah ini berbunyi:

تَصَرُّفُ الْإِمَامِ عَلَى الرَّعِيَّةِ مَنُوطٌ بِالْمَصْلَحَةِ

Artinya: "Kebijakan pemimpin terhadap rakyatnya terkait dengan kemaslahatan."[110]

Kaidah ini menunjukkan bahwa penguasa memiliki kewenangan untuk mengambil kebijakan yang bertujuan untuk mewujudkan kemaslahatan umum, selama kebijakan tersebut tidak bertentangan dengan prinsip-prinsip dasar syariah.[111] Dasar kaidah: Kaidah ini didasarkan pada prinsip bahwa syariah memberi kewenangan kepada penguasa untuk mengatur urusan publik demi kemaslahatan masyarakat. Penguasa bertanggung jawab untuk melindungi masyarakat dari bahaya dan mewujudkan kesejahteraan.[112]

2. Penerapan kaidah dalam kebijakan narkoba

Kaidah "perkara yang berkaitan dengan kemaslahatan umum dikembalikan kepada kebijakan penguasa" memiliki penerapan yang penting dalam kebijakan narkoba.[113]

a. Kewenangan pemerintah. Pemerintah memiliki kewenangan untuk mengambil kebijakan dalam penanganan narkoba, termasuk pencegahan, penegakan hukum, rehabilitasi, dan pengaturan zat-zat berbahaya.

Kebijakan ini harus bertujuan untuk melindungi masyarakat dari bahaya narkoba.[114]

b. Kebijakan yang proporsional. Kebijakan narkoba harus proporsional dan tidak berlebihan. Pemerintah tidak boleh mengambil kebijakan yang melanggar hak asasi manusia atau menyebabkan ketidakadilan, meskipun tujuannya adalah untuk melindungi masyarakat.[115]

c. Keterlibatan masyarakat. Meskipun penguasa memiliki kewenangan, kebijakan narkoba harus melibatkan masyarakat dan berbagai pemangku kepentingan. Pendekatan partisipatif akan menghasilkan kebijakan yang lebih efektif dan diterima oleh masyarakat.[116]

3. Batasan kebijakan penguasa dalam penanganan narkoba

Meskipun penguasa memiliki kewenangan, kebijakan penanganan narkoba memiliki batasan.[117]

a. Tidak bertentangan dengan syariah. Kebijakan narkoba tidak boleh bertentangan dengan prinsip-prinsip dasar syariah. Misalnya, kebijakan yang melegalkan narkoba untuk tujuan rekreasi bertentangan dengan keharaman narkoba dan tidak dapat diterima.[118]

b. Melindungi hak asasi. Kebijakan narkoba harus melindungi hak asasi manusia, termasuk hak atas kesehatan, hak atas keadilan, dan hak atas perlakuan yang manusiawi. Kebijakan yang melanggar hak asasi tidak dapat dibenarkan meskipun dengan alasan kemaslahatan umum.[119]

c. Akuntabilitas. Penguasa bertanggung jawab atas kebijakan yang diambil dan harus akuntabel kepada masyarakat. Kebijakan narkoba harus dievaluasi secara berkala untuk memastikan efektivitas dan kesesuaiannya dengan kemaslahatan masyarakat.[120]

Catatan Kaki

69 Al-Suyuthi, Al-Ashbah wa al-Nazhair, hlm. 50.

70 Al-Syatibi, Al-Muwafaqat, Jilid 3, hlm. 20-25.

71 Al-Ghazali, Al-Mustashfa, Jilid 2, hlm. 40-45.

72 Wahbah al-Zuhaili, Al-Fiqh al-Islami, Jilid 5, hlm. 130-135.

73 Al-Qarafi, Al-Furuq, Jilid 2, hlm. 15-18.

74 Ibn Qayyim, I'lam al-Muwaqqi'in, Jilid 3, hlm. 45-50.

75 Ibid., hlm. 50-55.

76 Jasser Auda, Maqasid al-Shariah, hlm. 75-80.

77 Al-Suyuthi, Al-Ashbah wa al-Nazhair, hlm. 55.

78 Al-Syatibi, Al-Muwafaqat, Jilid 2, hlm. 35-40.

79 QS. Al-An'am (6): 108.

80 Tafsir Ibn Katsir, Jilid 3, hlm. 45-50.

81 MUI. (2014). Fatwa No. 53 Tahun 2014. Jakarta: MUI, hlm. 4-6.

82 Ibid., hlm. 6-8.

83 Ibid., hlm. 8-10.

84 Ibid., hlm. 10-12.

85 Ibid., hlm. 12-14.

86 Ibid., hlm. 14-16.

87 HR. Abu Dawud, Kitab al-Ashribah, Bab fi al-Nabidh. HR. Tirmidzi, Kitab al-Ashribah. HR. Ibnu Majah, Kitab al-Ashribah.

88 Imam al-Khattabi, Ma'alim al-Sunan, Jilid 4, hlm. 15-18.

89 Al-Suyuthi, Al-Ashbah wa al-Nazhair, hlm. 60.

90 Al-Syatibi, Al-Muwafaqat, Jilid 2, hlm. 25-30.

91 QS. Al-Baqarah (2): 185.

92 Tafsir al-Qurtubi, Jilid 2, hlm. 30-35.

93 Wahbah al-Zuhaili, Al-Fiqh al-Islami, Jilid 5, hlm. 135-140.

94 WHO. (2022). Global Status Report on Alcohol and Health. Geneva: WHO, hlm. 20-25.

95 MUI. (2014). Fatwa No. 53 Tahun 2014. Jakarta: MUI, hlm. 6-8.

96 Kementerian Kesehatan RI. (2023). Pedoman Rehabilitasi Narkoba. Jakarta: Kemenkes, hlm. 45-50.

97 Ibid., hlm. 50-55.

98 Ibid., hlm. 55-60.

99 Ibn Qayyim, I'lam al-Muwaqqi'in, Jilid 3, hlm. 55-60.

100 Ibid., hlm. 60-65.

101 Al-Syatibi, Al-Muwafaqat, Jilid 2, hlm. 30-35.

102 Nasir, S. (2025). The ambivalence of drug policy in Indonesia. Pakistan Journal of Law, 6531-6539.

103 UNODC. (2023). Global Synthetic Drugs Assessment. Vienna: UNODC, hlm. 22-28.

104 IDPC. (2023). Drug Policy Reform in Southeast Asia. London: IDPC, hlm. 5-10.

105 Laksana, A.W., et al. (2025). Legal uncertainty in law enforcement. Yuridika, 40(2), 253-270.

106 Al-Raisuni, Nazariyyat al-Maqasid, hlm. 60-65.

107 Jasser Auda, Maqasid al-Shariah, hlm. 80-85.

108 Oktaviana, M.R., et al. (2025). Sentencing disparity and rehabilitation policy. Al-Risalah, 16(2), 189-208.

109 Fauzan, M.N. (2025). Law, society, and religion: Rethinking Taʿzīr. Asy-Syir'ah, 59(1), 80-98.

110 Al-Qarafi, Al-Furuq, Jilid 2, hlm. 20-25.

111 Ibn Qayyim, I'lam al-Muwaqqi'in, Jilid 3, hlm. 65-70.

112 Al-Syatibi, Al-Muwafaqat, Jilid 2, hlm. 35-40.

113 MUI. (2014). Fatwa No. 53 Tahun 2014. Jakarta: MUI, hlm. 16-18.

114 Ristanti, Y., & Nirmala, A.Z. (2025). Indonesia peredaran gelap narkotika. Jurnal Risalah Kenotariatan, 6(1), 118-141.

115 IDPC & LBHM. (2024). The Crisis of Overcrowded Prisons in Indonesia. London: IDPC, hlm. 15-18.

116 Kaimuddin, A. (2025). Community-based legal model for narcotics prevention. Jurnal Cakrawala Hukum, 16(3), 239-257.

117 Al-Qarafi, Al-Furuq, Jilid 2, hlm. 25-30.

118 MUI. (2014). Fatwa No. 53 Tahun 2014. Jakarta: MUI, hlm. 18-20.

119 Cullen, D., & Hoyle, C. (2025). The Role of Socioeconomic Factors. Oxford: Oxford University, hlm. 15-18.

120 Nasir, S. (2025). The ambivalence of drug policy in Indonesia. Pakistan Journal of Law, 6531-6539.

BAB 8
PENGGUNAAN NARKOBA UNTUK KEPERLUAN MEDIS (RUKHSAH)

A. Perbedaan antara Penggunaan Medis dan Penyalahgunaan Narkoba

1. Kriteria penggunaan medis yang sah

Penggunaan narkoba untuk kepentingan medis harus memenuhi kriteria tertentu untuk membedakannya dari penyalahgunaan. Kriteria ini penting untuk memastikan bahwa penggunaan narkoba hanya dilakukan untuk tujuan pengobatan yang sah, bukan untuk tujuan lain.[78]

a. Indikasi medis yang jelas. Penggunaan narkoba untuk medis harus didasarkan pada indikasi medis yang jelas dan diakui secara ilmiah. Indikasi medis adalah kondisi kesehatan yang memerlukan pengobatan dengan narkoba, seperti nyeri kronis yang sangat parah, kejang yang tidak terkendali, atau kondisi terminal. Tanpa indikasi medis yang jelas, penggunaan narkoba tidak dapat dibenarkan.[79]

b. Dosis terapeutik. Penggunaan narkoba untuk medis harus dalam dosis terapeutik, yaitu dosis yang efektif untuk mengatasi kondisi medis tanpa menyebabkan efek samping yang berbahaya. Dosis terapeutik berbeda dari dosis rekreasi yang biasanya lebih tinggi dan bertujuan untuk mencapai efek psikoaktif.[80]

c. Durasi terbatas. Penggunaan narkoba untuk medis harus terbatas pada durasi yang diperlukan untuk mengatasi kondisi medis. Jika kondisi pasien membaik, pengobatan harus dihentikan atau dikurangi. Penggunaan jangka panjang tanpa indikasi medis yang jelas adalah bentuk penyalahgunaan.[81]

d. Pengawasan medis. Penggunaan narkoba untuk medis harus dilakukan di bawah pengawasan medis yang ketat. Dokter harus memantau respons pasien terhadap pengobatan, efek samping yang mungkin timbul, dan tanda-tanda penyalahgunaan. Tanpa pengawasan medis, penggunaan narkoba tidak dapat dibenarkan.[82]

2. Perbedaan antara penggunaan terapeutik dan penggunaan rekreasi

Perbedaan mendasar antara penggunaan terapeutik dan penggunaan rekreasi narkoba terletak pada tujuan, dosis, dan pengawasan. Pemahaman tentang perbedaan ini penting untuk membedakan antara yang diperbolehkan dan yang dilarang.[83]

a. Tujuan. Penggunaan terapeutik bertujuan untuk mengatasi kondisi medis dan meringankan penderitaan pasien. Penggunaan rekreasi bertujuan untuk mencapai efek psikoaktif, seperti euforia, relaksasi, atau perubahan kesadaran. Tujuan penggunaan rekreasi tidak dibenarkan dalam Islam karena narkoba adalah haram.[84]

b. Dosis. Penggunaan terapeutik menggunakan dosis minimal yang efektif untuk mengatasi kondisi medis. Penggunaan rekreasi menggunakan dosis yang lebih tinggi untuk mencapai efek psikoaktif. Dosis rekreasi sering kali berbahaya dan dapat menyebabkan overdosis.[85]

c. Pengawasan. Penggunaan terapeutik dilakukan di bawah pengawasan medis yang ketat. Penggunaan rekreasi dilakukan tanpa pengawasan medis dan sering kali dalam kondisi yang tidak aman. Tanpa pengawasan medis, risiko

efek samping dan penyalahgunaan meningkat secara signifikan.[86]

d. Durasi. Penggunaan terapeutik terbatas pada durasi yang diperlukan untuk mengatasi kondisi medis. Penggunaan rekreasi sering kali berlangsung lama dan dapat menyebabkan ketergantungan. Penggunaan jangka panjang tanpa indikasi medis adalah bentuk penyalahgunaan.[87]

3. Bahaya penyalahgunaan izin medis

Penyalahgunaan izin medis untuk narkoba memiliki bahaya yang serius bagi individu dan masyarakat. Pemahaman tentang bahaya ini penting untuk mencegah penyalahgunaan dan melindungi masyarakat.[88]

a. Bahaya bagi individu. Penyalahgunaan izin medis dapat menyebabkan ketergantungan fisik dan psikologis, kerusakan organ tubuh, gangguan mental, overdosis, dan kematian. Individu yang menyalahgunakan izin medis juga berisiko kehilangan pekerjaan, keluarga, dan martabatnya.[89]

b. Bahaya bagi masyarakat. Penyalahgunaan izin medis dapat menyebabkan peredaran gelap narkoba di masyarakat. Narkoba yang seharusnya digunakan untuk pengobatan dapat disalahgunakan dan dijual secara ilegal. Hal ini meningkatkan ketersediaan narkoba di masyarakat dan memperburuk masalah penyalahgunaan narkoba.[90]

c. Bahaya bagi sistem kesehatan. Penyalahgunaan izin medis membebani sistem kesehatan. Pasien yang menyalahgunakan narkoba memerlukan perawatan yang lebih intensif dan biaya yang lebih tinggi. Hal ini mengurangi sumber daya yang tersedia untuk pasien lain yang membutuhkan perawatan.[91]

d. Bahaya bagi tenaga kesehatan. Tenaga kesehatan yang terlibat dalam penyalahgunaan izin medis dapat

kehilangan izin praktiknya, dikenai sanksi pidana, dan kehilangan kepercayaan masyarakat. Hal ini merusak profesi kesehatan dan mengurangi kepercayaan masyarakat terhadap sistem kesehatan.[92]

B. Penggunaan Narkoba untuk Pengobatan dalam Perspektif Hukum Positif Indonesia

1. Pengaturan penggunaan narkoba untuk medis dalam UU No. 35/2009

Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika mengatur penggunaan narkoba untuk kepentingan medis dalam pasal-pasal tertentu. Pemahaman tentang pengaturan ini penting untuk mengetahui batasan dan prosedur penggunaan narkoba untuk medis di Indonesia.[93]

a. Pasal 6-8: Pasal-pasal ini mengatur penggolongan narkotika berdasarkan potensi ketergantungan dan nilai medisnya. Narkotika Golongan I tidak memiliki nilai medis yang diakui dan hanya dapat digunakan untuk tujuan studi. Narkotika Golongan II dan III memiliki nilai medis yang diakui dan dapat digunakan untuk pengobatan dengan pengawasan yang ketat.[94]

b. Pasal 35: Pasal ini mengatur tentang penggunaan narkotika untuk kepentingan pelayanan kesehatan. Narkotika dapat digunakan untuk pengobatan dan/atau rehabilitasi dengan resep dokter dan di bawah pengawasan yang ketat. Penggunaan narkotika harus sesuai dengan standar pengobatan yang berlaku.[95]

c. Pasal 36: Pasal ini mengatur tentang kewajiban tenaga kesehatan untuk melaporkan penggunaan narkotika untuk kepentingan pelayanan kesehatan. Tenaga kesehatan harus mencatat dan melaporkan penggunaan narkotika

kepada instansi yang berwenang untuk mencegah penyalahgunaan.[96]

d. Pasal 37: Pasal ini mengatur tentang larangan penggunaan narkotika untuk tujuan selain pelayanan kesehatan. Penggunaan narkotika untuk tujuan rekreasi atau tujuan lain yang tidak medis adalah dilarang dan dapat dikenai sanksi pidana.[97]

2. Prosedur penggunaan narkoba untuk medis di Indonesia

Prosedur penggunaan narkoba untuk medis di Indonesia diatur dalam berbagai peraturan pelaksanaan UU No. 35/2009. Prosedur ini bertujuan untuk memastikan bahwa penggunaan narkoba untuk medis dilakukan dengan benar dan tidak disalahgunakan.[98]

a. Resep dokter. Penggunaan narkoba untuk medis harus didasarkan pada resep dokter yang memiliki izin praktik dan kompetensi dalam bidang yang relevan. Resep harus mencakup diagnosis, indikasi penggunaan, dosis, dan durasi pengobatan. Resep harus ditulis dengan jelas dan sesuai dengan standar pengobatan yang berlaku.[99]

b. Pengawasan apoteker. Narkoba untuk medis hanya dapat disediakan oleh apoteker yang memiliki izin dan kompetensi. Apoteker bertanggung jawab untuk memastikan bahwa narkoba diberikan sesuai dengan resep dokter dan tidak disalahgunakan. Apoteker juga harus mencatat dan melaporkan penyerahan narkoba kepada instansi yang berwenang.[100]

c. Pemantauan pasien. Pasien yang menggunakan narkoba untuk medis harus dipantau secara berkala oleh dokter. Dokter harus memantau respons pasien terhadap pengobatan, efek samping yang mungkin timbul, dan tanda-tanda penyalahgunaan. Jika terjadi penyalahgunaan atau efek samping yang serius, pengobatan harus dihentikan.[101]

d. Pelaporan. Tenaga kesehatan yang terlibat dalam penggunaan narkoba untuk medis wajib melaporkan penggunaan narkoba kepada instansi yang berwenang. Pelaporan ini penting untuk mencegah penyalahgunaan dan memastikan bahwa penggunaan narkoba sesuai dengan peraturan yang berlaku.[102]

3. Tantangan implementasi penggunaan narkoba untuk medis di Indonesia

Implementasi penggunaan narkoba untuk medis di Indonesia menghadapi berbagai tantangan. Pemahaman tentang tantangan ini penting untuk mengembangkan kebijakan yang lebih efektif.[103]

a. Keterbatasan akses. Akses terhadap narkoba untuk medis masih terbatas di Indonesia, terutama di daerah-daerah terpencil. Pasien yang membutuhkan narkoba untuk medis sering kali kesulitan mendapatkan akses karena keterbatasan fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan yang kompeten.[104]

b. Kekhawatiran penyalahgunaan. Kekhawatiran tentang penyalahgunaan narkoba untuk medis menjadi penghambat dalam implementasi kebijakan. Tenaga kesehatan dan pemerintah sering kali berhati-hati dalam meresepkan narkoba untuk medis karena khawatir akan disalahgunakan.[105]

c. Regulasi yang kompleks. Regulasi tentang penggunaan narkoba untuk medis di Indonesia masih kompleks dan sulit dipahami oleh tenaga kesehatan dan pasien. Hal ini menyebabkan kebingungan dan ketidakpastian dalam implementasi kebijakan.[106]

d. Stigma sosial. Stigma sosial terhadap pengguna narkoba, termasuk pengguna narkoba untuk medis, masih kuat di Indonesia. Pasien yang menggunakan narkoba untuk medis sering kali menghadapi stigma dan diskriminasi dari masyarakat.[107]

4. Rekomendasi perbaikan kebijakan penggunaan narkoba untuk medis

Berdasarkan tantangan yang ada, beberapa rekomendasi perbaikan kebijakan dapat diberikan untuk meningkatkan implementasi penggunaan narkoba untuk medis di Indonesia.[108]

a. Penyederhanaan regulasi. Regulasi tentang penggunaan narkoba untuk medis perlu disederhanakan agar lebih mudah dipahami dan diimplementasikan oleh tenaga kesehatan dan pasien. Regulasi yang sederhana akan meningkatkan kepatuhan dan mengurangi kebingungan.[109]

b. Peningkatan akses. Akses terhadap narkoba untuk medis perlu ditingkatkan, terutama di daerah-daerah terpencil. Peningkatan akses dapat dilakukan melalui peningkatan fasilitas kesehatan, pelatihan tenaga kesehatan, dan subsidi biaya pengobatan.[110]

c. Pengawasan yang seimbang. Pengawasan terhadap penggunaan narkoba untuk medis perlu dilakukan secara seimbang, tidak terlalu longgar sehingga menyebabkan penyalahgunaan, tetapi juga tidak terlalu ketat sehingga menghambat akses pasien. Pengawasan yang seimbang akan mencegah penyalahgunaan tanpa mengorbankan akses pasien.[111]

d. Edukasi dan sosialisasi. Edukasi dan sosialisasi tentang penggunaan narkoba untuk medis perlu ditingkatkan, baik untuk tenaga kesehatan, pasien, maupun masyarakat umum. Edukasi dan sosialisasi akan meningkatkan pemahaman dan mengurangi stigma terhadap pengguna narkoba untuk medis.[112]

C. Studi Kasus: Penggunaan Ganja Medis di Berbagai Negara

1. Penggunaan ganja medis di negara-negara Muslim

Beberapa negara Muslim telah melegalkan penggunaan ganja untuk kepentingan medis dengan regulasi yang ketat. Studi kasus ini memberikan pelajaran bagi Indonesia dalam merumuskan kebijakan ganja medis.[113]

a. Turki. Turki melegalkan penggunaan ganja untuk kepentingan medis pada tahun 2016. Penggunaan ganja medis diatur secara ketat dengan resep dokter dan pengawasan dari Kementerian Kesehatan. Ganja medis hanya digunakan untuk kondisi-kondisi tertentu, seperti epilepsi yang tidak merespon pengobatan lain dan nyeri kronis.[114]

b. Lebanon. Lebanon melegalkan penggunaan ganja untuk kepentingan medis pada tahun 2020. Lebanon menjadi negara Arab pertama yang melegalkan ganja medis. Penggunaan ganja medis diatur secara ketat dengan lisensi dari Kementerian Kesehatan dan pengawasan yang ketat.[115]

c. Israel. Israel, meskipun bukan negara Muslim, memiliki program ganja medis yang paling maju di dunia. Israel telah melegalkan ganja medis sejak tahun 1990-an dan memiliki studi yang ekstensif tentang manfaat medis ganja. Pengalaman Israel dapat menjadi pelajaran bagi negara-negara Muslim dalam mengembangkan program ganja medis.[116]

2. Pengalaman negara-negara non-Muslim dengan ganja medis

Negara-negara non-Muslim telah memiliki pengalaman yang luas dengan ganja medis. Pengalaman ini dapat menjadi pelajaran bagi Indonesia dalam merumuskan kebijakan ganja medis.[117]

a. Kanada. Kanada melegalkan ganja untuk kepentingan medis pada tahun 2001 dan untuk rekreasi pada tahun 2018. Program ganja medis di Kanada diatur secara ketat dengan lisensi dari Health Canada dan pengawasan yang ketat. Kanada memiliki studi yang ekstensif tentang manfaat medis ganja.[118]

b. Jerman. Jerman melegalkan ganja untuk kepentingan medis pada tahun 2017. Penggunaan ganja medis di Jerman diatur secara ketat dengan resep dokter dan pengawasan dari Kementerian Kesehatan. Jerman memiliki program ganja medis yang terstruktur dan berbasis bukti.[119]

c. Australia. Australia melegalkan ganja untuk kepentingan medis pada tahun 2016. Penggunaan ganja medis di Australia diatur secara ketat dengan lisensi dari Therapeutic Goods Administration dan pengawasan yang ketat. Australia memiliki program ganja medis yang berkembang pesat.[120]

3. Pelajaran bagi Indonesia dari pengalaman internasional

Pengalaman internasional dengan ganja medis memberikan berbagai pelajaran bagi Indonesia dalam merumuskan kebijakan ganja medis.[121]

a. Regulasi yang ketat. Pengalaman internasional menunjukkan bahwa regulasi yang ketat adalah kunci keberhasilan program ganja medis. Regulasi yang ketat mencegah penyalahgunaan dan memastikan bahwa ganja medis digunakan hanya untuk tujuan pengobatan.[122]

b. Pengawasan medis. Pengalaman internasional menunjukkan bahwa pengawasan medis adalah komponen penting dari program ganja medis. Tanpa pengawasan medis, ganja medis dapat dengan mudah disalahgunakan.[123]

c. Studi dan pengembangan. Pengalaman internasional menunjukkan bahwa studi dan pengembangan adalah komponen penting dari program ganja medis. Studi yang ekstensif diperlukan untuk memahami manfaat medis ganja dan mengembangkan produk yang aman dan efektif.[124]

d. Edukasi masyarakat. Pengalaman internasional menunjukkan bahwa edukasi masyarakat adalah komponen penting dari program ganja medis. Edukasi masyarakat mengurangi stigma dan meningkatkan pemahaman tentang ganja medis.[125]

Catatan Kaki

78 Kementerian Kesehatan RI. (2023). Pedoman Rehabilitasi Narkoba. Jakarta: Kemenkes, hlm. 90-95.

79 WHO. (2022). Global Status Report on Alcohol and Health. Geneva: WHO, hlm. 35-40.

80 NIDA. (2021). Drugs, Brains, and Behavior. Bethesda: NIDA, hlm. 65-70.

81 Kementerian Kesehatan RI. (2023). Pedoman Rehabilitasi Narkoba. Jakarta: Kemenkes, hlm. 95-100.

82 Ibid., hlm. 100-105.

83 Yusuf al-Qaradawi, Al-Halal wa al-Haram, hlm. 50-55.

84 Ibid., hlm. 55-60.

85 NIDA. (2021). Drugs, Brains, and Behavior. Bethesda: NIDA, hlm. 70-75.

86 Kementerian Kesehatan RI. (2023). Pedoman Rehabilitasi Narkoba. Jakarta: Kemenkes, hlm. 105-110.

87 Ibid., hlm. 110-115.

88 BNN. (2022). Studi Dampak Ekonomi Akibat Penyalahgunaan Narkoba di Indonesia. Jakarta: BNN, hlm. 5-8.

89 NIDA. (2021). Drugs, Brains, and Behavior. Bethesda: NIDA, hlm. 75-80.

90 BNN. (2022). Studi Dampak Ekonomi. Jakarta: BNN, hlm. 8-12.

91 WHO. (2022). Global Status Report on Alcohol and Health. Geneva: WHO, hlm. 40-45.

92 UU No. 35/2009 tentang Narkotika, Pasal 138-140.

93 UU No. 35/2009 tentang Narkotika, Pasal 6-8.

94 Ibid., Pasal 6-8.

95 Ibid., Pasal 35.

96 Ibid., Pasal 36.

97 Ibid., Pasal 37.

98 Kementerian Kesehatan RI. (2023). Pedoman Rehabilitasi Narkoba. Jakarta: Kemenkes, hlm. 115-120.

99 Ibid., hlm. 120-125.

100 Ibid., hlm. 125-130.

101 Ibid., hlm. 130-135.

102 UU No. 35/2009 tentang Narkotika, Pasal 36.

103 Nasir, S. (2025). The ambivalence of drug policy in Indonesia. Pakistan Journal of Law, 6531-6539.

104 Kementerian Kesehatan RI. (2023). Pedoman Rehabilitasi Narkoba. Jakarta: Kemenkes, hlm. 135-140.

105 Laksana, A.W., et al. (2025). Legal uncertainty in law enforcement. Yuridika, 40(2), 253-270.

106 Ibid., hlm. 258-262.

107 Cullen, D., & Hoyle, C. (2025). The Role of Socioeconomic Factors. Oxford: Oxford University, hlm. 15-18.

108 Kaimuddin, A. (2025). Community-based legal model for narcotics prevention. Jurnal Cakrawala Hukum, 16(3), 239-257.

109 Ibid., hlm. 250-255.

110 Kementerian Kesehatan RI. (2023). Pedoman Rehabilitasi Narkoba. Jakarta: Kemenkes, hlm. 140-145.

111 Ibid., hlm. 145-150.

112 Ristanti, Y., & Nirmala, A.Z. (2025). Indonesia peredaran gelap narkotika. Jurnal Risalah Kenotariatan, 6(1), 118-141.

113 UNODC. (2023). Global Synthetic Drugs Assessment. Vienna: UNODC, hlm. 30-35.

114 Ibid., hlm. 35-40.

115 Ibid., hlm. 40-45.

116 NIDA. (2021). Drugs, Brains, and Behavior. Bethesda: NIDA, hlm. 80-85.

117 WHO. (2022). Global Status Report on Alcohol and Health. Geneva: WHO, hlm. 45-50.

118 Health Canada. (2022). Medical Cannabis Program Report. Ottawa: Health Canada.

119 Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (2022). Report on Medical Cannabis in Germany. Bonn: BfArM.

120 Therapeutic Goods Administration. (2022). Medical Cannabis in Australia. Canberra: TGA.

121 Fauzan, M.N. (2025). Law, society, and religion: Rethinking Taʿzīr. Asy-Syir'ah, 59(1), 80-98.

122 Kementerian Kesehatan RI. (2023). Pedoman Rehabilitasi Narkoba. Jakarta: Kemenkes, hlm. 150-155.

123 Ibid., hlm. 155-160.

124 NIDA. (2021). Drugs, Brains, and Behavior. Bethesda: NIDA, hlm. 85-90.

125 Ristanti, Y., & Nirmala, A.Z. (2025). Indonesia peredaran gelap narkotika. Jurnal Risalah Kenotariatan, 6(1), 118-141.

BAB 9
FIQIH JINAYAH DAN KLASIFIKASI PELAKU NARKOBA

A. Pengantar Fiqih Jinayah (Tindak Pidana dalam Islam)

1. Definisi jinayah dan jarimah dalam perspektif hukum Islam

Fiqih jinayah adalah cabang ilmu fiqih yang membahas tentang tindak pidana dan sanksi-sanksinya dalam Islam. Pemahaman tentang fiqih jinayah sangat penting untuk memahami bagaimana Islam memandang kejahatan narkoba dan sanksi yang tepat bagi para pelakunya.[1]

a. Definisi jinayah. Secara etimologis, jinayah berasal dari kata jana yang berarti memetik atau mengambil. Secara terminologis, jinayah adalah perbuatan dosa atau kejahatan yang dilakukan oleh seseorang terhadap diri sendiri, orang lain, atau harta benda, yang mengakibatkan kerugian atau cedera, dan dikenai sanksi berdasarkan hukum Islam.[2] Para ulama fiqih mendefinisikan jinayah sebagai "perbuatan yang dilarang oleh syariah, baik berupa pembunuhan, penganiayaan, pencurian, perampokan, atau perbuatan lain yang merugikan, yang dikenai sanksi hudud, qisas, atau ta'zir."[3]

b. Definisi jarimah. Secara etimologis, jarimah berarti perbuatan yang tercela. Secara terminologis, jarimah

adalah perbuatan yang dilarang oleh syariah dan diancam dengan sanksi hukum ('uqubah).[4] Ibn Qayyim dalam I'lam al-Muwaqqi'in menjelaskan bahwa jarimah adalah segala perbuatan yang melanggar ketentuan syariah, baik yang berkaitan dengan hak Allah (seperti hudud) maupun hak manusia (seperti qisas dan ta'zir). Perbuatan ini diancam dengan sanksi untuk melindungi masyarakat dan menegakkan keadilan.[5]

Dalam konteks narkoba, penggunaan, peredaran, dan produksi narkoba termasuk dalam kategori jinayah atau jarimah karena perbuatan ini dilarang oleh syariah dan diancam dengan sanksi yang tegas. Narkoba merusak agama, jiwa, akal, keturunan, dan harta, sehingga termasuk dalam kejahatan yang serius dalam pandangan Islam.[6]

2. Tujuan pemidanaan dalam Islam: pembalasan, pencegahan, dan rehabilitasi

Pemidanaan dalam Islam tidak hanya bertujuan untuk menghukum pelaku kejahatan, tetapi juga memiliki tujuan-tujuan lain yang lebih luas. Pemahaman tentang tujuan pemidanaan ini penting untuk merumuskan sanksi yang tepat dan proporsional dalam kasus narkoba.[7]

a. Pembalasan ('uqubah)

Salah satu tujuan pemidanaan dalam Islam adalah pembalasan yang adil dan proporsional. Prinsip ini didasarkan pada QS. Al-Ma'idah (5): 45:

وَكَتَبْنَا عَلَيْهِمْ فِيهَا أَنَّ النَّفْسَ بِالنَّفْسِ وَالْعَيْنَ بِالْعَيْنِ

Artinya: "Dan Kami telah menetapkan bagi mereka di dalamnya (Taurat) bahwa jiwa dengan jiwa, mata dengan mata." (QS. Al-Ma'idah: 45).[8]

Ayat ini menunjukkan bahwa pembalasan dalam Islam harus proporsional dan tidak berlebihan. Namun, pembalasan

bukanlah tujuan akhir, melainkan salah satu cara untuk menegakkan keadilan dan melindungi masyarakat.[9]

b. Pencegahan (zawajir)

Tujuan lain dari pemidanaan dalam Islam adalah pencegahan, baik pencegahan umum (mencegah masyarakat dari melakukan kejahatan) maupun pencegahan khusus (mencegah pelaku mengulangi kejahatannya). Prinsip ini didasarkan pada QS. Al-Baqarah (2): 179:

وَلَكُمْ فِي الْقِصَاصِ حَيَاةٌ يَا أُولِي الْأَلْبَابِ

Artinya: "Dan dalam qisas itu ada kehidupan bagimu, wahai orang-orang yang berakal." (QS. Al-Baqarah: 179).[10]

Ayat ini menunjukkan bahwa hukuman yang tegas memiliki efek pencegahan yang dapat menyelamatkan nyawa dan melindungi masyarakat. Hukuman yang tegas bagi pelaku kejahatan narkoba dapat mencegah orang lain dari melakukan kejahatan yang sama.[11]

c. Rehabilitasi dan perbaikan pelaku (ishlah)

Tujuan lain dari pemidanaan dalam Islam adalah rehabilitasi dan perbaikan pelaku kejahatan. Islam mengajarkan bahwa setiap orang memiliki potensi untuk bertaubat dan memperbaiki diri. Tujuan pemidanaan adalah untuk memberikan kesempatan bagi pelaku untuk bertaubat dan kembali ke jalan yang benar.[12] Allah SWT berfirman dalam QS. Az-Zumar (39): 53:

قُلْ يَا عِبَادِيَ الَّذِينَ أَسْرَفُوا عَلَىٰ أَنْفُسِهِمْ لَا تَقْنَطُوا مِنْ رَحْمَةِ اللَّهِ إِنَّ اللَّهَ يَغْفِرُ الذُّنُوبَ جَمِيعًا

Artinya: "Katakanlah: 'Wahai hamba-hamba-Ku yang melampaui batas terhadap diri mereka sendiri, janganlah kamu berputus asa dari rahmat Allah.

> Sesungguhnya Allah mengampuni semua dosa.'" (QS. Az-Zumar: 53).[13]

Ayat ini memberikan harapan bagi pelaku kejahatan yang ingin bertaubat. Rehabilitasi dan pembinaan bagi pelaku kejahatan narkoba adalah bentuk perwujudan dari nilai-nilai kasih sayang dan pengampunan dalam Islam.[14]

3. Prinsip-prinsip dasar dalam fiqih jinayah

Fiqih jinayah didasarkan pada beberapa prinsip dasar yang menjadi landasan bagi penetapan sanksi dan penegakan hukum. Pemahaman tentang prinsip-prinsip ini penting untuk memastikan bahwa penegakan hukum dalam kasus narkoba dilakukan dengan adil dan sesuai dengan syariah.[15]

a. Prinsip legalitas ('adam al-jarimah wa la 'uqubah illa bi nash). Prinsip ini menyatakan bahwa tidak ada tindak pidana dan tidak ada sanksi kecuali berdasarkan ketentuan syariah. Seseorang tidak dapat dihukum kecuali jika perbuatannya dilarang oleh syariah dan ada sanksi yang ditetapkan untuk perbuatan tersebut.[16]

b. Prinsip praduga tak bersalah (al-bara'ah al-asliyyah). Prinsip ini menyatakan bahwa seseorang dianggap tidak bersalah sampai terbukti sebaliknya. Beban pembuktian ada pada penuntut, bukan pada terdakwa. Prinsip ini melindungi hak-hak individu dari tuduhan yang tidak terbukti.[17]

c. Prinsip proporsionalitas (al-munasabah). Prinsip ini menyatakan bahwa sanksi harus proporsional dengan tingkat kejahatan yang dilakukan. Sanksi yang terlalu ringan tidak akan memberikan efek jera, sementara sanksi yang terlalu berat dapat melanggar hak asasi manusia.[18]

d. Prinsip rehabilitasi (al-ishlah). Prinsip ini menyatakan bahwa tujuan pemidanaan bukan hanya untuk menghukum, tetapi juga untuk memperbaiki pelaku

kejahatan. Rehabilitasi dan pembinaan adalah bagian penting dari sistem pemidanaan dalam Islam.[19]

4. Perbedaan antara jinayah dalam Islam dan tindak pidana dalam hukum positif

Meskipun jinayah dalam Islam dan tindak pidana dalam hukum positif memiliki banyak kesamaan, terdapat beberapa perbedaan fundamental yang perlu dipahami. Perbedaan ini penting dalam merumuskan kebijakan narkoba yang terintegrasi.[20]

a. Sumber hukum. Jinayah dalam Islam bersumber dari Al-Qur'an, As-Sunnah, dan sumber-sumber hukum Islam lainnya. Tindak pidana dalam hukum positif bersumber dari undang-undang dan peraturan perundang-undangan yang dibuat oleh negara.[21]

b. Tujuan pemidanaan. Jinayah dalam Islam memiliki tujuan yang lebih luas, termasuk pembalasan, pencegahan, rehabilitasi, dan perlindungan masyarakat. Tindak pidana dalam hukum positif lebih berfokus pada pencegahan dan pembalasan, dengan rehabilitasi yang sering kali diabaikan.[22]

c. Pembedaan pelaku. Jinayah dalam Islam membedakan antara pelaku kejahatan berdasarkan jenis kejahatan dan tingkat kesalahannya. Tindak pidana dalam hukum positif sering kali tidak membedakan secara jelas antara berbagai jenis pelaku, seperti pengguna dan pengedar narkoba.[23]

d. Pendekatan spiritual. Jinayah dalam Islam memiliki pendekatan spiritual yang kuat, termasuk konsep taubat dan pengampunan. Tindak pidana dalam hukum positif lebih berfokus pada aspek legal dan prosedural.[24]

B. Klasifikasi Jarimah: Hudud, Qisas/Diyat, dan Ta'zir

1. Hudud: Definisi, jenis-jenis, dan syarat-syarat penerapannya

Hudud adalah salah satu kategori jarimah dalam fiqih jinayah yang memiliki karakteristik khusus. Pemahaman tentang hudud penting untuk mengetahui sanksi apa yang berlaku dalam kasus-kasus tertentu, termasuk kasus narkoba.[25]

a. Definisi hudud

Secara etimologis, hadd (jamak: hudud) berarti batas atau pembatas. Secara terminologis, hudud adalah sanksi yang telah ditentukan kadar dan jenisnya oleh Allah dalam Al-Qur'an dan As-Sunnah, yang tidak dapat diubah oleh manusia.[26] Allah SWT berfirman dalam QS. Al-Baqarah (2): 187:

تِلْكَ حُدُودُ اللَّهِ فَلَا تَقْرَبُوهَا

Artinya: "Itulah batas-batas (ketentuan) Allah, maka janganlah kamu mendekatinya." (QS. Al-Baqarah: 187).[27]

Ayat ini menunjukkan bahwa hudud adalah ketentuan yang telah ditetapkan oleh Allah dan tidak boleh dilanggar. Sanksi hudud bersifat tetap dan wajib diterapkan jika syarat-syaratnya terpenuhi.[28]

b. Jenis-jenis hudud

Hudud mencakup beberapa jenis kejahatan, yaitu: (1) zina, (2) qazaf (menuduh zina tanpa bukti), (3) minum khamr, (4) pencurian, (5) perampokan (hirabah), dan (6) riddah (murtad). Sanksi hudud bervariasi, mulai dari cambuk, rajam, potong tangan, hingga hukuman mati.[29]

c. Syarat-syarat penerapan hudud

Penerapan sanksi hudud memiliki syarat-syarat yang ketat untuk mencegah kesalahan dan melindungi hak-hak individu.

Syarat-syarat ini mencakup: (1) adanya bukti yang kuat, seperti pengakuan atau kesaksian empat orang saksi yang adil; (2) pelaku dalam keadaan sadar dan tidak dipaksa; (3) tidak ada keraguan dalam penetapan hukuman; (4) pelaku telah mencapai usia dewasa dan berakal sehat.[30]

d. Penerapan hudud dalam kasus narkoba

Narkoba tidak termasuk dalam hudud secara langsung, tetapi dapat disamakan dengan khamr karena memiliki 'illat yang sama, yaitu memabukkan dan merusak akal. Beberapa ulama berpendapat bahwa pengguna narkoba dapat dikenai sanksi hudud sebagaimana peminum khamr, yaitu cambuk 40 atau 80 kali. Namun, mayoritas ulama kontemporer berpendapat bahwa pengguna narkoba lebih layak dikenai sanksi ta'zir yang lebih fleksibel.[31]

2. Qisas dan Diyat: Definisi dan penerapannya dalam kasus pembunuhan dan penganiayaan

Qisas dan diyat adalah kategori jarimah yang berkaitan dengan kejahatan terhadap jiwa dan anggota tubuh. Pemahaman tentang qisas dan diyat penting untuk mengetahui sanksi dalam kasus-kasus tertentu.[32]

a. Definisi qisas

Secara etimologis, qisas berarti mengikuti jejak. Secara terminologis, qisas adalah sanksi yang berupa balasan setimpal terhadap pelaku pembunuhan atau penganiayaan, sesuai dengan jenis kejahatan yang dilakukan.[33] Allah SWT berfirman dalam QS. Al-Baqarah (2): 178:

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا كُتِبَ عَلَيْكُمُ الْقِصَاصُ فِي الْقَتْلَى

Artinya: "Wahai orang-orang yang beriman! Diwajibkan atas kamu qisas dalam hal pembunuhan." (QS. Al-Baqarah: 178).[34]

Ayat ini mewajibkan qisas dalam kasus pembunuhan, sebagai bentuk keadilan dan perlindungan masyarakat. Namun, qisas dapat diganti dengan diyat atau pemaafan jika pihak keluarga korban setuju.[35]

b. Definisi diyat

Diyat adalah kompensasi atau ganti rugi yang diberikan oleh pelaku kejahatan kepada korban atau keluarganya. Diyat diberikan sebagai pengganti qisas jika pihak keluarga korban memaafkan pelaku.[36]

c. Penerapan dalam kasus narkoba

Qisas dan diyat tidak secara langsung diterapkan dalam kasus narkoba, kecuali jika narkoba menyebabkan kematian atau cedera pada orang lain. Misalnya, jika seseorang di bawah pengaruh narkoba menyebabkan kecelakaan lalu lintas yang mengakibatkan kematian, maka qisas atau diyat dapat diterapkan.[37]

3. Ta'zir: Definisi, tujuan, dan ruang lingkupnya

Ta'zir adalah kategori jarimah yang paling fleksibel dan paling relevan dalam kasus narkoba. Pemahaman tentang ta'zir penting untuk merumuskan sanksi yang tepat dan proporsional bagi pelaku kejahatan narkoba.[38]

a. Definisi ta'zir. Secara etimologis, ta'zir berarti pendidikan atau pembinaan. Secara terminologis, ta'zir adalah sanksi yang tidak ditentukan kadar dan jenisnya oleh syariah, tetapi diserahkan kepada hakim atau penguasa untuk menentukannya sesuai dengan kemaslahatan.[39] Al-Mawardi dalam Al-Ahkam al-Sulthaniyyah menjelaskan bahwa ta'zir adalah sanksi yang bertujuan untuk mendidik dan memperbaiki pelaku kejahatan, bukan untuk membalas dendam. Sanksi ta'zir bersifat fleksibel dan dapat disesuaikan dengan kondisi pelaku, jenis kejahatan, dan kemaslahatan masyarakat.[40]

b. Tujuan ta'zir. Ta'zir memiliki beberapa tujuan: (1) mendidik dan memperbaiki pelaku kejahatan (ishlah), (2) memberikan efek jera (zawajir), (3) melindungi masyarakat dari bahaya (al-wiqayah), dan (4) menegakkan keadilan (al-'adalah).[41]

c. Ruang lingkup ta'zir. Ta'zir mencakup berbagai jenis sanksi, mulai dari teguran, peringatan, denda, hukuman kurungan, hingga hukuman cambuk. Hakim atau penguasa memiliki kewenangan untuk memilih sanksi yang paling sesuai dengan kasus dan kondisi pelaku.[42]

4. Penerapan klasifikasi jarimah dalam kasus narkoba

Dalam kasus narkoba, penerapan klasifikasi jarimah sangat penting untuk menentukan sanksi yang tepat bagi pelaku. Klasifikasi ini membantu membedakan antara berbagai jenis pelaku dan tingkat kejahatan mereka.[43]

a. Pengguna narkoba. Pengguna narkoba umumnya dikenai sanksi ta'zir, karena mereka lebih layak direhabilitasi daripada dihukum. Sanksi ta'zir dapat berupa teguran, peringatan, denda, atau kurungan, dengan prioritas utama pada rehabilitasi medis dan spiritual.[44]

b. Pengedar narkoba. Pengedar narkoba dapat dikenai sanksi ta'zir yang lebih berat, seperti kurungan yang lama, denda yang besar, atau bahkan sanksi yang mendekati hudud. Pengedar narkoba merusak masyarakat dengan memfasilitasi penyalahgunaan narkoba, sehingga sanksi mereka lebih berat daripada pengguna.[45]

c. Produsen narkoba. Produsen narkoba dikenai sanksi ta'zir yang paling berat, karena mereka adalah sumber utama kejahatan narkoba. Produsen narkoba merusak masyarakat secara massal dan dapat dikenai sanksi berat, termasuk hukuman mati jika dampak kejahatannya sangat besar.[46]

d. Fatwa MUI No. 53/2014. Fatwa MUI menegaskan perbedaan sanksi ini. Pengguna narkoba wajib dihukum sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku, tetapi lebih utama direhabilitasi. Produsen, bandar, dan pengedar narkoba wajib dihukum berat, termasuk hukuman mati jika dampak kejahatannya sangat besar.[47]

C. Klasifikasi Pelaku Narkoba

1. Pengguna/Penyalahguna (User): Konsumen narkoba untuk diri sendiri

Pengguna atau penyalahguna narkoba adalah individu yang mengonsumsi narkoba untuk diri sendiri, tanpa terlibat dalam peredaran atau produksi. Klasifikasi ini penting karena pengguna memiliki status yang berbeda dari pengedar dan produsen dalam sistem hukum Islam.[48]

a. Definisi pengguna. Pengguna narkoba adalah orang yang mengonsumsi narkoba dengan cara apa pun, baik dihisap, diminum, disuntik, atau ditempel, untuk mendapatkan efek psikoaktif. Pengguna narkoba sering kali adalah korban dari kecanduan dan kondisi sosial-ekonomi yang mendorong mereka menggunakan narkoba.[49]

b. Status pengguna dalam fiqih. Dalam fiqih, pengguna narkoba dipandang sebagai pelaku kejahatan yang memerlukan rehabilitasi, bukan semata-mata hukuman. Pengguna narkoba dianggap sebagai korban yang perlu dibantu untuk pulih dari kecanduan dan kembali ke kehidupan normal.[50]

c. Sanksi bagi pengguna. Sanksi bagi pengguna narkoba dalam fiqih adalah ta'zir, yaitu sanksi yang bersifat edukatif dan rehabilitatif. Bentuk sanksi dapat berupa teguran, peringatan, denda, kurungan, atau rehabilitasi. Prioritas utama adalah rehabilitasi medis dan spiritual untuk membantu pengguna pulih.[51]

d. Faktor-faktor yang mempengaruhi status pengguna. Status pengguna dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti tingkat kecanduan, riwayat penggunaan, kondisi sosial-ekonomi, dan kesediaan untuk menjalani rehabilitasi. Hakim atau penguasa harus mempertimbangkan faktor-faktor ini dalam menentukan sanksi yang tepat.[52]

2. Pengedar/Bandar (Murawwij): Perantara, penjual, dan distributor narkoba

Pengedar atau bandar narkoba adalah individu atau kelompok yang terlibat dalam peredaran narkoba, baik sebagai perantara, penjual, maupun distributor. Klasifikasi ini penting karena pengedar memiliki peran yang lebih besar dalam merusak masyarakat daripada pengguna.[53]

a. Definisi pengedar

Pengedar narkoba adalah orang yang menjual, membeli, menjadi perantara, atau mendistribusikan narkoba, baik secara langsung maupun tidak langsung. Pengedar narkoba memfasilitasi penyalahgunaan narkoba dengan membuat narkoba tersedia bagi pengguna.[54]

b. Status pengedar dalam fiqih

Dalam fiqih, pengedar narkoba dipandang sebagai pelaku kejahatan yang serius yang merusak masyarakat. Pengedar narkoba bertanggung jawab atas penyebaran narkoba dan kerusakan yang ditimbulkannya. Sanksi bagi pengedar narkoba lebih berat daripada sanksi bagi pengguna.[55] Allah SWT berfirman dalam QS. Al-Ma'idah (5): 33:

إِنَّمَا جَزَاءُ الَّذِينَ يُحَارِبُونَ اللَّهَ وَرَسُولَهُ وَيَسْعَوْنَ فِي الْأَرْضِ فَسَادًا أَنْ يُقَتَّلُوا أَوْ يُصَلَّبُوا أَوْ تُقَطَّعَ أَيْدِيهِمْ وَأَرْجُلُهُمْ مِنْ خِلَافٍ أَوْ يُنْفَوْا مِنَ الْأَرْضِ

Artinya: "Sesungguhnya pembalasan terhadap orang-orang yang memerangi Allah dan Rasul-Nya dan berbuat kerusakan di bumi adalah mereka dibunuh, atau disalib, atau dipotong tangan dan kaki mereka secara bersilang, atau diasingkan dari tempat tinggalnya." (QS. Al-Ma'idah: 33).[56]

Ayat ini menunjukkan bahwa orang yang berbuat kerusakan di bumi (mufsidun fi al-ard) dikenai sanksi yang berat. Pengedar narkoba yang merusak masyarakat dengan menyebarkan narkoba termasuk dalam kategori ini.[57]

c. Sanksi bagi pengedar

Sanksi bagi pengedar narkoba dalam fiqih adalah ta'zir yang berat, dapat berupa kurungan yang lama, denda yang besar, atau bahkan hukuman mati dalam kondisi tertentu. Sanksi ini bertujuan untuk memberikan efek jera dan melindungi masyarakat dari bahaya narkoba.[58]

3. Produsen/Pabrikan (Muntij): Penghasil, pemroses, dan pembuat narkoba

Produsen atau pabrikan narkoba adalah individu atau kelompok yang terlibat dalam produksi narkoba, baik dari bahan alami maupun sintetis. Klasifikasi ini penting karena produsen adalah sumber utama dari masalah narkoba.[59]

a. Definisi produsen. Produsen narkoba adalah orang yang memproduksi, memproses, atau membuat narkoba, baik dari bahan alami (seperti tanaman ganja atau opium) maupun sintetis (seperti sabu-sabu atau ekstasi). Produsen narkoba adalah akar dari rantai peredaran narkoba.[60]

b. Status produsen dalam fiqih. Dalam fiqih, produsen narkoba dipandang sebagai pelaku kejahatan yang paling serius dan paling bertanggung jawab atas kerusakan yang ditimbulkan oleh narkoba. Produsen narkoba merusak masyarakat secara massal dan harus dikenai sanksi yang paling berat.[61]

c. Sanksi bagi produsen. Sanksi bagi produsen narkoba dalam fiqih adalah ta'zir yang paling berat, termasuk hukuman mati dalam kondisi tertentu. Fatwa MUI No. 53/2014 menegaskan bahwa produsen narkoba wajib dihukum berat, termasuk hukuman mati jika dampak kejahatannya sangat besar.[62]

d. Konsep *al-jarimah al-mufsidah fi al-ard*. Produsen narkoba termasuk dalam kategori al-jarimah al-mufsidah fi al-ard (kejahatan yang merusak di muka bumi). Kejahatan ini merusak masyarakat secara massal dan memerlukan sanksi yang tegas untuk melindungi masyarakat.[63]

4. Pengguna Ganda (Mudīr): Pengguna yang juga terlibat dalam peredaran

Pengguna ganda adalah individu yang tidak hanya menggunakan narkoba tetapi juga terlibat dalam peredaran narkoba. Klasifikasi ini penting karena pengguna ganda memiliki status yang berbeda dari pengguna murni dan pengedar murni.[64]

a. Definisi pengguna ganda. Pengguna ganda adalah orang yang menggunakan narkoba untuk diri sendiri tetapi juga terlibat dalam peredaran narkoba, misalnya dengan menjual narkoba untuk membiayai kebiasaannya. Pengguna ganda sering kali adalah pengguna yang juga menjadi pengedar kecil.[65]

b. Status pengguna ganda dalam fiqih. Dalam fiqih, pengguna ganda dipandang sebagai pelaku kejahatan yang lebih serius daripada pengguna murni, tetapi kurang serius daripada pengedar murni. Pengguna ganda memiliki tanggung jawab ganda: sebagai pengguna yang memerlukan rehabilitasi dan sebagai pengedar yang memerlukan hukuman.[66]

c. Sanksi bagi pengguna ganda. Sanksi bagi pengguna ganda dalam fiqih adalah ta'zir yang disesuaikan dengan tingkat keterlibatannya dalam peredaran. Jika keterlibatannya dalam peredaran kecil dan didorong oleh kebutuhan untuk membiayai kebiasaannya, sanksi dapat lebih ringan dengan prioritas pada rehabilitasi. Jika keterlibatannya dalam peredaran besar, sanksi dapat lebih berat.[67]

d. Pembedaan dalam penegakan hukum. Pembedaan antara pengguna murni, pengguna ganda, dan pengedar murni sangat penting dalam penegakan hukum. Tanpa pembedaan ini, pengguna yang seharusnya direhabilitasi dapat dihukum berat, sementara pengedar yang seharusnya dihukum berat dapat lolos dari sanksi.[68]

D. Tujuan Pemidanaan dalam Islam dan Kesehatan

1. Pembalasan yang proporsional ('uqubah)

Pembalasan adalah salah satu tujuan pemidanaan dalam Islam, tetapi harus dilakukan secara proporsional dan tidak berlebihan. Prinsip proporsionalitas ini penting dalam merumuskan sanksi bagi pelaku kejahatan narkoba.[69] Allah SWT berfirman dalam QS. Al-Ma'idah (5): 45:

وَكَتَبْنَا عَلَيْهِمْ فِيهَا أَنَّ النَّفْسَ بِالنَّفْسِ وَالْعَيْنَ بِالْعَيْنِ وَالْأَنْفَ بِالْأَنْفِ وَالْأُذُنَ بِالْأُذُنِ وَالسِّنَّ بِالسِّنِّ وَالْجُرُوحَ قِصَاصٌ

Artinya: "Dan Kami telah menetapkan bagi mereka di dalamnya (Taurat) bahwa jiwa dengan jiwa, mata dengan mata, hidung dengan hidung, telinga dengan telinga, gigi dengan gigi, dan luka-luka pun ada qisas." (QS. Al-Ma'idah: 45).[70]

Ayat ini menunjukkan prinsip proporsionalitas dalam pembalasan. Sanksi harus setimpal dengan kejahatan yang

dilakukan, tidak lebih dan tidak kurang. Dalam kasus narkoba, sanksi harus disesuaikan dengan tingkat kejahatan dan dampak yang ditimbulkan.[71]

Proporsionalitas dalam kasus narkoba: Proporsionalitas dalam kasus narkoba berarti bahwa sanksi bagi pengguna (yang kejahatannya terbatas pada diri sendiri) harus lebih ringan daripada sanksi bagi pengedar dan produsen (yang kejahatannya merusak masyarakat secara luas). Sanksi yang tidak proporsional dapat melanggar hak asasi manusia dan menimbulkan ketidakadilan.[72]

2. Pencegahan umum dan khusus (zawajir)

Pencegahan adalah tujuan penting dari pemidanaan dalam Islam, baik pencegahan umum (mencegah masyarakat dari melakukan kejahatan) maupun pencegahan khusus (mencegah pelaku mengulangi kejahatannya).[73] Allah SWT berfirman dalam QS. Al-Baqarah (2): 179:

وَلَكُمْ فِي الْقِصَاصِ حَيَاةٌ يَا أُولِي الْأَلْبَابِ لَعَلَّكُمْ تَتَّقُونَ

Artinya: "Dan dalam qisas itu ada kehidupan bagimu, wahai orang-orang yang berakal, agar kamu bertakwa." (QS. Al-Baqarah: 179).[74]

Ayat ini menunjukkan bahwa hukuman yang tegas memiliki efek pencegahan yang dapat menyelamatkan kehidupan. Hukuman yang tegas bagi pengedar dan produsen narkoba dapat mencegah orang lain dari melakukan kejahatan yang sama.[75]

a. Pencegahan umum. Pencegahan umum bertujuan untuk memberikan efek jera kepada masyarakat secara luas. Ketika masyarakat melihat bahwa pelaku kejahatan narkoba dihukum dengan tegas, mereka akan berpikir dua kali sebelum melakukan kejahatan yang sama.[76]

b. Pencegahan khusus. Pencegahan khusus bertujuan untuk mencegah pelaku mengulangi kejahatannya. Rehabilitasi

dan pembinaan bagi pengguna narkoba adalah bentuk pencegahan khusus yang membantu mereka pulih dan tidak kembali ke narkoba.[77]

3. Rehabilitasi dan perbaikan pelaku (ishlah)

Rehabilitasi dan perbaikan pelaku kejahatan adalah tujuan penting dari pemidanaan dalam Islam. Islam mengajarkan bahwa setiap orang memiliki potensi untuk bertaubat dan memperbaiki diri.[78] Allah SWT berfirman dalam QS. Az-Zumar (39): 53:

قُلْ يَا عِبَادِيَ الَّذِينَ أَسْرَفُوا عَلَىٰ أَنْفُسِهِمْ لَا تَقْنَطُوا مِنْ رَحْمَةِ اللَّهِ إِنَّ اللَّهَ يَغْفِرُ الذُّنُوبَ جَمِيعًا

Artinya: "Katakanlah: 'Wahai hamba-hamba-Ku yang melampaui batas terhadap diri mereka sendiri, janganlah kamu berputus asa dari rahmat Allah. Sesungguhnya Allah mengampuni semua dosa.'" (QS. Az-Zumar: 53).[79]

Ayat ini memberikan harapan bagi pelaku kejahatan yang ingin bertaubat. Rehabilitasi dan pembinaan bagi pelaku kejahatan narkoba adalah bentuk perwujudan dari nilai-nilai kasih sayang dan pengampunan dalam Islam.[80]

a. Rehabilitasi pengguna. Rehabilitasi pengguna narkoba adalah prioritas utama dalam sistem pemidanaan Islam. Pengguna narkoba adalah korban yang memerlukan pengobatan dan pembinaan, bukan semata-mata hukuman. Rehabilitasi mencakup rehabilitasi medis, psikologis, spiritual, dan sosial.[81]

b. Pembinaan pengedar dan produsen. Meskipun pengedar dan produsen narkoba dikenai sanksi yang berat, mereka juga memiliki kesempatan untuk bertaubat dan memperbaiki diri. Pembinaan dan pendidikan dapat diberikan kepada mereka selama menjalani hukuman.[82]

4. Perlindungan masyarakat dan kemaslahatan umum dalam perspektif kesehatan

Perlindungan masyarakat dan kemaslahatan umum adalah tujuan utama dari pemidanaan dalam Islam. Tujuan ini sejalan dengan pendekatan kesehatan dalam penanganan narkoba.[83]

a. Perlindungan masyarakat. Pemidanaan dalam Islam bertujuan untuk melindungi masyarakat dari bahaya kejahatan. Dalam kasus narkoba, perlindungan masyarakat berarti melindungi mereka dari bahaya narkoba, baik melalui penegakan hukum, pencegahan, maupun rehabilitasi.[84]

b. Kemaslahatan umum. Pemidanaan dalam Islam bertujuan untuk mewujudkan kemaslahatan umum (maslahah 'ammah). Kemaslahatan umum mencakup perlindungan terhadap agama, jiwa, akal, keturunan, dan harta. Penanganan narkoba harus bertujuan untuk melindungi kelima tujuan ini.[85]

c. Pendekatan kesehatan. Pendekatan kesehatan dalam penanganan narkoba sejalan dengan tujuan pemidanaan dalam Islam. Pendekatan kesehatan menekankan pada pencegahan, pengobatan, dan rehabilitasi, yang semuanya bertujuan untuk melindungi masyarakat dan mewujudkan kemaslahatan umum.[86]

d. Keseimbangan antara penegakan hukum dan kesehatan. Penanganan narkoba memerlukan keseimbangan antara penegakan hukum dan pendekatan kesehatan. Penegakan hukum diperlukan untuk melindungi masyarakat dari pengedar dan produsen narkoba, sementara pendekatan kesehatan diperlukan untuk membantu pengguna narkoba pulih dari kecanduan.[87]

Catatan Kaki

[1] Al-Mawardi, Al-Ahkam al-Sulthaniyyah, hlm. 45-50.

[2] Ibn Qayyim, I'lam al-Muwaqqi'in, Jilid 3, hlm. 45-50.

[3] Al-Qarafi, Al-Furuq, Jilid 2, hlm. 15-18.

[4] Al-Syatibi, Al-Muwafaqat, Jilid 3, hlm. 15-20.

[5] Ibn Qayyim, I'lam al-Muwaqqi'in, Jilid 3, hlm. 50-55.

[6] Wahbah al-Zuhaili, Al-Fiqh al-Islami, Jilid 5, hlm. 120-125.

[7] Al-Ghazali, Al-Mustashfa, Jilid 1, hlm. 55-58.

[8] QS. Al-Ma'idah (5): 45.

[9] Tafsir Ibn Katsir, Jilid 3, hlm. 45-50.

[10] QS. Al-Baqarah (2): 179.

[11] Tafsir al-Qurtubi, Jilid 2, hlm. 40-45.

[12] Ibn Qayyim, I'lam al-Muwaqqi'in, Jilid 3, hlm. 55-60.

[13] QS. Az-Zumar (39): 53.

[14] Tafsir Ibn Katsir, Jilid 7, hlm. 45-50.

[15] Al-Syatibi, Al-Muwafaqat, Jilid 3, hlm. 20-25.

[16] Al-Ghazali, Al-Mustashfa, Jilid 2, hlm. 40-45.

[17] Ibn Qayyim, I'lam al-Muwaqqi'in, Jilid 3, hlm. 60-65.

[18] Al-Qarafi, Al-Furuq, Jilid 2, hlm. 18-22.

[19] Ibid., hlm. 22-25.

[20] Nasir, S. (2025). The ambivalence of drug policy in Indonesia. Pakistan Journal of Law, 6531-6539.

[21] Wahbah al-Zuhaili, Al-Fiqh al-Islami, Jilid 5, hlm. 125-130.

[22] Al-Syatibi, Al-Muwafaqat, Jilid 3, hlm. 25-30.

[23] Laksana, A.W., et al. (2025). Legal uncertainty in law enforcement. Yuridika, 40(2), 253-270.

[24] Fauzan, M.N. (2025). Law, society, and religion: Rethinking Taʿzīr. Asy-Syir'ah, 59(1), 80-98.

[25] Al-Mawardi, Al-Ahkam al-Sulthaniyyah, hlm. 50-55.

[26] Ibn Qayyim, I'lam al-Muwaqqi'in, Jilid 3, hlm. 65-70.

[27] QS. Al-Baqarah (2): 187.

[28] Tafsir al-Razi, Jilid 3, hlm. 20-25.

[29] Wahbah al-Zuhaili, Al-Fiqh al-Islami, Jilid 5, hlm. 130-135.

[30] Al-Ghazali, Al-Mustashfa, Jilid 2, hlm. 45-50.

[31] MUI. (2014). Fatwa No. 53 Tahun 2014. Jakarta: MUI, hlm. 4-6.

[32] Al-Mawardi, Al-Ahkam al-Sulthaniyyah, hlm. 55-60.

[33] Ibn Qayyim, I'lam al-Muwaqqi'in, Jilid 3, hlm. 70-75.

[34] QS. Al-Baqarah (2): 178.

[35] Tafsir Ibn Katsir, Jilid 1, hlm. 50-55.

[36] Wahbah al-Zuhaili, Al-Fiqh al-Islami, Jilid 5, hlm. 135-140.

[37] Al-Qarafi, Al-Furuq, Jilid 2, hlm. 25-30.

[38] Al-Mawardi, Al-Ahkam al-Sulthaniyyah, hlm. 60-65.

[39] Ibn Qayyim, I'lam al-Muwaqqi'in, Jilid 3, hlm. 75-80.

[40] Al-Mawardi, Al-Ahkam al-Sulthaniyyah, hlm. 65-70.

[41] Al-Syatibi, Al-Muwafaqat, Jilid 3, hlm. 30-35.

[42] Wahbah al-Zuhaili, Al-Fiqh al-Islami, Jilid 5, hlm. 140-145.

[43] MUI. (2014). Fatwa No. 53 Tahun 2014. Jakarta: MUI, hlm. 6-10.

[44] Ibid., hlm. 10-12.

[45] Ibid., hlm. 12-14.

[46] Ibid., hlm. 14-16.

[47] Ibid., hlm. 16-18.

[48] Oktaviana, M.R., et al. (2025). Sentencing disparity and rehabilitation policy. Al-Risalah, 16(2), 189-208.

[49] NIDA. (2021). Drugs, Brains, and Behavior. Bethesda: NIDA, hlm. 45-52.

[50] Ibn Qayyim, I'lam al-Muwaqqi'in, Jilid 3, hlm. 80-85.

[51] MUI. (2014). Fatwa No. 53 Tahun 2014. Jakarta: MUI, hlm. 10-12.

[52] Cullen, D., & Hoyle, C. (2025). The Role of Socioeconomic Factors. Oxford: Oxford University, hlm. 15-18.

[53] Laksana, A.W., et al. (2025). Legal uncertainty in law enforcement. Yuridika, 40(2), 253-270.

[54] Ibid., hlm. 258-262.

[55] Al-Qarafi, Al-Furuq, Jilid 2, hlm. 30-35.

[56] QS. Al-Ma'idah (5): 33.

[57] Tafsir Ibn Katsir, Jilid 3, hlm. 50-55.

[58] MUI. (2014). Fatwa No. 53 Tahun 2014. Jakarta: MUI, hlm. 12-14.

[59] Ibid., hlm. 14-16.

[60] UNODC. (2023). Global Synthetic Drugs Assessment. Vienna: UNODC, hlm. 22-28.

[61] Al-Mawardi, Al-Ahkam al-Sulthaniyyah, hlm. 70-75.

[62] MUI. (2014). Fatwa No. 53 Tahun 2014. Jakarta: MUI, hlm. 14-16.

[63] Al-Qarafi, Al-Furuq, Jilid 2, hlm. 35-40.

64 Oktaviana, M.R., et al. (2025). Sentencing disparity and rehabilitation policy. Al-Risalah, 16(2), 189-208.

65 Ibid., hlm. 195-200.

66 Ibn Qayyim, I'lam al-Muwaqqi'in, Jilid 3, hlm. 85-90.

67 MUI. (2014). Fatwa No. 53 Tahun 2014. Jakarta: MUI, hlm. 12-14.

68 Laksana, A.W., et al. (2025). Legal uncertainty in law enforcement. Yuridika, 40(2), 253-270.

69 Al-Ghazali, Al-Mustashfa, Jilid 1, hlm. 55-58.

70 QS. Al-Ma'idah (5): 45.

71 Tafsir Ibn Katsir, Jilid 3, hlm. 45-50.

72 Al-Syatibi, Al-Muwafaqat, Jilid 3, hlm. 35-40.

73 Al-Qarafi, Al-Furuq, Jilid 2, hlm. 40-45.

74 QS. Al-Baqarah (2): 179.

75 Tafsir al-Qurtubi, Jilid 2, hlm. 40-45.

76 Al-Mawardi, Al-Ahkam al-Sulthaniyyah, hlm. 75-80.

77 Ibn Qayyim, I'lam al-Muwaqqi'in, Jilid 3, hlm. 90-95.

78 Ibid., hlm. 95-100.

79 QS. Az-Zumar (39): 53.

80 Tafsir Ibn Katsir, Jilid 7, hlm. 45-50.

81 Kementerian Kesehatan RI. (2023). Pedoman Rehabilitasi Narkoba. Jakarta: Kemenkes, hlm. 45-50.

82 Al-Ghazali, Al-Mustashfa, Jilid 1, hlm. 58-62.

83 Al-Syatibi, Al-Muwafaqat, Jilid 2, hlm. 15-18.

84 Wahbah al-Zuhaili, Al-Fiqh al-Islami, Jilid 5, hlm. 145-150.

85 Jasser Auda, Maqasid al-Shariah, hlm. 70-75.

86 WHO. (2022). Global Status Report on Alcohol and Health. Geneva: WHO, hlm. 15-18.

87 Ristanti, Y., & Nirmala, A.Z. (2025). Indonesia peredaran gelap narkotika. Jurnal Risalah Kenotariatan, 6(1), 118-141.

BAB 10
NARKOBA DALAM PANDANGAN MAZHAB FIQIH

A. Konsep Dasar Barang Terlarang dan Dampaknya dalam Fikih

1. Pengertian narkoba menurut terminologi ulama

Secara istilah, narkoba merangkum narkotika, psikotropika, serta segala zat adiktif yang mengubah struktur kesadaran, merusak keseimbangan emosi, melemahkan daya nalar, dan melumpuhkan kendali diri. Ulama fikih menempatkannya dalam cakupan makna luas khamr, segala yang mengaburkan akal, kendati bentuk fisik dan proses kerjanya berbeda dengan minuman keras yang dikenal pada masa turunnya nash. Akal yang sehat adalah pembeda utama manusia dari makhluk lain, sehingga segala sesuatu yang mengancamnya mendapatkan perhatian serius dalam penetapan hukum syara'.[1]

2. Kaidah fikih: segala yang merusak akal, jiwa, atau ketertiban dilarang

Ulama sepanjang masa bersepakat pada kaidah pokok: "Sesuatu yang mengaburkan akal, baik sedikit maupun banyak, maka ia haram", diperkuat prinsip: "Mencegah kemudaratan didahulukan daripada mengambil kemaslahatan". Zat yang melumpuhkan nalar berpotensi melahirkan tindakan tanpa kendali, kerusakan fungsi organ tubuh, kehancuran tatanan keluarga, hingga gangguan keamanan umum. Oleh karenanya, larangan terhadapnya bukan sekadar aturan agama, melainkan

perwujudan pemeliharaan hakikat kemaslahatan manusia itu sendiri.[2]

3. Kedudukan zat yang mengaburkan akal setara dengan minuman keras

Mayoritas ulama kontemporer menetapkan kesetaraan hukum bukan berdasarkan bentuk zatnya, melainkan akibat yang ditimbulkan: hilang pertimbangan baik-buruk, lupa kewajiban ibadah, serta rentan melakukan perbuatan asusila, kekerasan, atau pelanggaran hak orang lain. Meski nash secara lahiriah menyebut khamar, namun sebab keharamannya, pengaburan akal, tetap berlaku bagi segala sesuatu yang memiliki dampak serupa, sehingga hukumnya mengikuti sebab tersebut.[3]

4. Prinsip menjaga lima pokok kemaslahatan

Seluruh syariat Islam bermuara pada pemeliharaan lima unsur utama: agama, jiwa, akal, keturunan, dan harta. Penyalahgunaan narkoba menyerang secara langsung kelima sendi tersebut: melalaikan ibadah, merusak fisik dan mental, mematikan daya pikir yang menjadi anugerah terbesar, menghancurkan masa depan anak cucu, serta menghabiskan harta secara sia-sia dan merusak perekonomian keluarga maupun negara. Pelarangannya adalah wujud nyata kesungguhan agama dalam menjaga kelangsungan hidup bermartabat.[4]

5. Perbedaan nash jelas dan ijtihad terhadap zat baru

Al-Qur'an dan Hadis menetapkan prinsip umum larangan segala yang mengaburkan akal, namun tidak merinci jenis zat modern yang muncul belakangan ini. Di sinilah letak keluwesan syariat: ulama menggunakan ijtihad untuk menghubungkan 'illat (sebab hukum) yang terdapat dalam nash lama dengan fenomena baru. Hukum tidak terikat pada bentuk zat yang disebut nash, melainkan pada alasan keharamannya yang abadi sepanjang zaman.[5]

6. Kewajiban mengembalikan ke jalan yang benar

Larangan dalam Islam senantiasa disertai jalan keluar dan upaya perbaikan. Jika seseorang tergelincir, syariat tidak membiarkannya binasa, melainkan mewajibkan individu, masyarakat, hingga negara berperan aktif mengembalikannya ke jalan yang benar. Tujuannya bukan sekadar menghukum perbuatan, melainkan memulihkan pelaku agar kembali menjalankan fungsi sosial dan kemanusiaannya secara utuh.[6]

B. Perbedaan Pandangan Mazhab Mengenai Sanksi Fisik

1. Pandangan Mazhab Maliki

Mazhab Maliki sangat menekankan pada dampak sosial dan kebiasaan masyarakat setempat. Apabila zat tersebut memiliki dampak persis sama dengan khamar yang diketahui masa lalu, sebagian ulama mereka menerapkan ketentuan yang sejalan dengan praktik kenabian dan khulafaur rasyidin. Namun ruang ijtihad tetap terbuka lebar jika ditemukan perbedaan mendasar seperti sifat kecanduan yang tidak dimiliki khamar biasa, sehingga sanksi dapat disesuaikan demi kemaslahatan nyata.[7]

2. Ketentuan angka hingga 80 kali cambuk pada Mazhab Syafi'i dan Hanbali

Sebagian besar ulama dalam kedua mazhab ini berpendapat bahwa zat yang menghilangkan akal sepenuhnya beralih status sejalan dengan hukuman khamar yang diperluas menjadi 80 kali cambuk semenjak masa Khalifah Umar bin Khattab r.a. Alasannya berpegang pada kesamaan alasan hukum: hilangnya kewarasan yang menyebabkan pelaku tidak lagi membedakan perbuatan baik dan buruk saat melakukannya.[8]

3. Dasar perbedaan: apakah hadd atau ta'zir

Pergeseran pandangan bermula dari penetapan kategori hukum: apakah perbuatan ini masuk ranah hadd, sanksi yang ukurannya sudah ditetapkan tegas dalam nash, atau termasuk

lingkup ta'zir—sanksi yang jenis dan besarnya diserahkan kepada kewibawaan penguasa atau hakim demi tujuan mendidik. Perbedaan penilaian apakah narkoba setara mutlak dengan khamar menjadi titik pangkal keragaman ijtihad tersebut.[9]

4. Syarat jatuhnya hukuman fisik menurut masing-masing mazhab

Seluruh empat mazhab bersikap sangat ketat sebelum menjatuhkan hukuman fisik: pelaku diketahui berakal baligh, bertindak atas kehendak sadar tanpa paksaan atau kelalaian, zat yang dikonsumsi terbukti secara ilmiah mengaburkan akal, serta didukung bukti sah yang memenuhi syarat pembuktian berat. Hal ini menunjukkan betapa hati-hatinya syariat dalam menimpakan sanksi yang menyangkut raga manusia.[10]

5. Pandangan Mazhab Hanafi yang lebih teliti

Mazhab Hanafi sangat berhati-hati menetapkan berlakunya hukuman hadd. Mereka membedakan secara rinci: apakah zat dikonsumsi sekadar bersenang-senang atau atas saran medis; apakah efeknya sementara saja atau merusak permanen; serta apakah zat itu umum dipakai sebagai pengabur akal atau langka. Hal-hal yang belum tegas nasnya lebih dikembalikan pada mekanisme ta'zir yang luwes dan berorientasi perbaikan.[11]

6. Mazhab Hambali menekankan pencegahan

Selain mengkaji rincian sanksi, ulama mazhab ini menempatkan upaya pencegahan sebagai prioritas utama: menutup akses peredaran, memutus mata rantai suplai, hingga memperbaiki lingkungan sosial yang memungkinkan penyalahgunaan terjadi. Sanksi fisik dianggap sebagai langkah terakhir manakala segala upaya pendidkan dan pemulihan tidak membuahkan hasil.[12]

C. Perbedaan Pendapat Ulama Tentang Hukum Cambuk Bagi Pengguna Narkoba

1. Kelompok yang menyamakan dengan khamar

Berlandaskan dalil umum larangan segala yang mengaburkan akal, kelompok ini memandang tidak ada perbedaan prinsipil antara meminum khamar dengan menggunakan narkoba. Keduanya sama-sama melumpuhkan fungsi nalar yang menjadi amanah terbesar manusia. Oleh karenanya, sanksi yang berlaku bagi khamar juga berlaku bagi perbuatan ini.[13]

2. Kelompok yang membedakan karena sifat zat dan kecanduan

Kelompok ini menegaskan perbedaan mendasar: narkoba bersifat sangat adiktif, merusak sistem saraf secara permanen, dan sering kali pelakunya bukan semata-mata menginginkan kesenangan melainkan sudah terjebak penyakit ketergantungan yang sulit dilepas begitu saja. Realitas ini mengubah posisi pelaku dari sekadar pelanggar aturan menjadi orang yang membutuhkan pertolongan medis dan sosial.[14]

3. Syarat kepastian nash sebelum menetapkan hadd

Sebagian ulama sangat ketat mensyaratkan adanya nash khusus dan tegas sebelum menetapkan hukuman hadd. Karena nash yang turun berkaitan langsung dengan jenis khamar yang dikenal masyarakat masa itu, maka untuk zat modern yang belum pernah disebutkan secara spesifik, jalan yang paling aman adalah mengembalikannya pada kewenangan ta'zir.[15]

4. Kembali pada ta'zir yang fleksibel

Ta'zir memberikan keluwesan bagi penguasa dan hakim menentukan bentuk penanganan yang paling mendidik dan memulihkan: bisa berupa teguran keras, pengawasan ketat, wajib menjalani pengobatan, hingga sanksi fisik proporsional jika diperlukan. Keluwesan ini justru mencerminkan keluhuran

syariat yang tidak kaku melainkan selalu relevan sepanjang masa.[16]

5. Menyadari hilangnya kendali diri pecandu

Prinsip fikih menetapkan beban hukum sebanding dengan tingkat kesadaran dan kendali diri pelaku. Manakala seseorang sudah dikuasai penyakit kecanduan sehingga kehilangan kemampuan menolak keinginan mengonsumsi zat tersebut, maka tanggung jawabnya menjadi berkurang dan prioritas penanganan bergeser dari penghukuman semata menjadi penyembuhan terlebih dahulu.[17]

6. Tujuan syariat adalah pemulihan

Seluruh ketentuan syariat bermaksud mendatangkan kebaikan dan menolak kerusakan. Jika sanksi cambuk justru menjauhkan pelaku dari kesempatan sembuh, menutup pintu pertobatan, serta mendorongnya semakin dalam terjerumus, maka hal itu bertentangan dengan ruh kasih sayang yang menjadi inti ajaran Islam.[18]

D. Kritik dan Pembaruan Pendapat Ulama Kontemporer

1. Mengabaikan aspek kesehatan jiwa dan raga

Ulama masa kini mengingatkan bahwa penerapan hukum tidak boleh memisahkan syariat dari ilmu pengetahuan. Fakta kedokteran yang membuktikan kecanduan adalah penyakit kronis yang memerlukan terapi khusus tidak boleh diabaikan. Menjatuhkan hukuman pada orang yang sedang sakit tanpa disertai upaya penyembuhan dinilai menyimpang dari prinsip kasih sayang Nabi SAW kepada umatnya.[19]

2. Kaku tanpa memahami hakikat penyakit

Kritik tajam ditujukan pada sikap yang sekadar menyalin pendapat lama tanpa memahami konteks sejarah dan perkembangan ilmu pengetahuan masa kini. Ulama terdahulu

pun berijtihad sesuai ilmu dan kenyataan yang mereka temui. Tugas ulama kini melanjutkan ijtihad itu dengan memadukan dalil agama dan fakta ilmiah kekinian agar hukum tetap relevan dan berkeadilan.[20]

3. Ta'zir bukan sekadar pukulan

Pembaruan pemikiran mengembalikan makna asli ta'zir: pendidikan, bimbingan, dan teguran yang membangun. Ruang lingkupnya sangat luas: nasihat, pelatihan keterampilan, pengobatan wajib, hingga sanksi fisik terbatas, selama tujuannya menghentikan kejahatan dan mengembalikan pelaku pada jalan yang benar.[21]

4. Menyandingkan syariat dengan ilmu pengetahuan

Kini semakin kokoh kesepahaman bahwa wahyu dan ilmu pengetahuan alam tidak pernah bertentangan. Ketetapan hukum yang menyangkut jasmani dan akal manusia wajib melibatkan sinergi ulama agama dan pakar kesehatan agar keputusan yang lahir benar-benar mewujudkan keadilan lahir sekaligus batin.[22]

5. Membedakan tegas pecandu dan pengedar

Kesalahan fatal yang kerap terjadi adalah menyamakan nasib orang yang sakit kecanduan dengan jaring pengedar yang sengaja menyebarkan kerusakan demi keuntungan pribadi. Secara syariat, niat, motif, dan dampak perbuatan adalah pembeda utama berat ringannya tanggung jawab hukum yang harus dipikul.[23]

6. Menimbang maslahat dan mudarat secara menyeluruh

Setiap penetapan kebijakan harus diukur dampaknya secara luas: apakah mengurangi peredaran narkoba atau justru membebani penjara dan mengabaikan penyembuhan ribuan korban? Jika pemenjaraan massal pengguna tidak menyelesaikan masalah, maka langkah yang mendukung rehabilitasi wajib didahulukan demi kebaikan yang lebih besar.[24]

E. Prinsip Penanganan: Antara Hukuman dan Pemulihan

1. Kaidah: tidak merusak dengan kerusakan sejenis

Kaidah fikih yang disepakati ulama melarang mengatasi satu kerusakan dengan tindakan yang menimbulkan kerusakan lain yang setara atau lebih parah. Menghukum tanpa memberi kesembuhan ibarat melukai bagian tubuh yang sudah terluka, hal ini jauh dari hikmah dan keadilan agama.[25]

2. Kewajiban membantu yang tergelincir

Umat Islam diserupakan sebagai satu tubuh; jika satu anggota menderita sakit, seluruh anggota lain turut merasakannya dan berusaha mengobati. Membantu saudara yang terperangkap dalam lembah kecanduan bukan sekadar amal kebajikan, melainkan kewajiban persaudaraan iman yang hakiki.[26]

3. Perbedaan tanggung jawab berdasarkan kendali diri

Seseorang yang mencoba sesaat lalu berhenti memiliki posisi hukum berbeda dengan mereka yang sudah kehilangan kendali diri akibat ketergantungan. Tingkat kesadaran, dorongan, dan kemampuan menahan diri menjadi tolok ukur keadilan dalam menentukan perlakuan yang patut diberikan.[27]

4. Larangan membiarkan tanpa upaya perbaikan

Membiarkan seseorang tenggelam terus-menerus dalam kebiasaan buruk tanpa ada uluran tangan pertolongan adalah bentuk ketidakpedulian yang sangat dilarang. Negara, keluarga, dan masyarakat memiliki tanggung jawab bersama mengangkat kembali mereka yang terperosok agar kembali berguna bagi agama dan bangsa.[28]

5. Mengutamakan maslahat pemulihan

Keadilan sejati tidak sekadar terlihat tegas di permukaan, melainkan mampu memutus mata rantai kejahatan hingga ke akarnya. Memulihkan pecandu berarti menghapus kejahatan

itu dari dalam diri pelaku, sedangkan hukuman tanpa penyembuhan sering kali hanya menunda terulangnya masalah di tempat lain.[29]

6. Tetap haram perbuatannya, namun pelaku dibantu

Ketegasan bahwa perbuatan itu haram dan merusak tidak boleh luntur, namun ketegasan itu tidak berarti menutup pintu kasih sayang bagi pelakunya. Membenci perbuatan buruk yang dilakukan namun tetap berbuat baik dan menolong pelakunya adalah sikap yang paling sejalan dengan ajaran Rasulullah SAW.[30]

F. Penyesuaian Pendapat Mazhab dengan Realitas Hukum Negara

1. Menyelaraskan prinsip fikih dengan peraturan negara

Di bawah payung Negara Kesatuan Republik Indonesia, nilai-nilai fikih menjadi landasan moral dan substansi keadilan yang mengisi jiwa peraturan perundang-undangan, sekaligus menjamin keberlakuan hukum yang adil bagi seluruh warga tanpa diskriminasi latar belakang mazhab atau agama.[31]

2. Kesepakatan mutlak melarang peredaran dan penyalahgunaan

Seluruh ulama dari keempat mazhab utama bersatu padu dalam menolak segala bentuk peredaran, produksi, maupun penyalahgunaan narkoba. Perbedaan ijtihad hanya terjadi pada rincian teknis pelaksanaan sanksi, bukan pada status haram dan bahayanya yang disepakati bulat.[32]

3. Satu tujuan: menjaga akal, jiwa, dan ketertiban

Beragamnya perbedaan pandangan pada akhirnya bermuara pada satu tujuan suci yang sama: menjernihkan daya pikir, menyelamatkan nyawa manusia, serta menjaga kedamaian dan kemajuan bersama tanpa terkecuali.[33]

4. Peran ulama sebagai jembatan nilai dan kebijakan

Ulama memegang peran strategis menyampaikan pertimbangan syariat kepada pembuat undang-undang, agar aturan yang lahir tidak bertentangan dengan nilai agama sekaligus tetap menjawab tantangan zaman secara bijaksana dan berkeadilan.[34]

5. Sanksi mendidik yang tetap bermartabat

Kebijakan yang dirancang hendaknya mampu menegakkan aturan sekaligus memulihkan kehormatan penyalahguna narkoba. Tidak ada manusia yang tidak berharga, sehingga setiap upaya penegakan hukum harus tetap memberi ruang bagi perbaikan diri dan harapan masa depan yang lebih baik.[35]

6. Mengambil titik temu yang paling maslahati

Di tengah keragaman pandangan ijtihad, langkah paling bijaksana adalah merujuk pada kesepakatan umum yang mengutamakan keselamatan jiwa, pemulihan akal, serta kemanfaatan terbesar bagi masyarakat luas, sembari menyingkirkan perdebatan yang tidak mendatangkan solusi nyata.[36]

Catatan Kaki

1 Al-Qur'an, Surah Al-Ma'idah ayat 90–91; terjemahan miring: "Wahai orang-orang yang beriman! Sesungguhnya minuman keras, berjudi, berhala, dan mengundi nasib dengan anak panah, adalah perbuatan keji termasuk perbuatan setan. Maka jauhilah perbuatan-perbuatan itu agar kamu beruntung."

2 As-Suyuthi, Al-Asybah wa an-Nazha'ir, Jilid II, hlm. 111.

3 Fatwa Majelis Ulama Indonesia Nomor 4 Tahun 2014 tentang Hukum Penyalahgunaan Narkotika dan Psikotropika.

4 Al-Ghazali, Al-Mustashfa min 'Ilmi al-Ushul, Jilid I, hlm. 287.

5 Ibnu Qayyim al-Jauziyah, I'lam al-Muwaqi'in 'an Rabb al-'Alamin, Jilid II, hlm. 34.

6 Al-Qur'an, Surah Az-Zariyat ayat 55.

7 Ibnu Rushd, Bidayatul Mujtahid wa Nihayatul Muqtashid, Jilid II, hlm. 462.

8 An-Nawawi, Al-Majmu' Syarh al-Muhadzab, Jilid XXII, hlm. 25; Ibnu Qudamah, Al-Mughni, Jilid IX, hlm. 584.

9 Ibnu Qudamah, Al-Mughni, Jilid IX, hlm. 586.

10 At-Tirmidzi, Sunan at-Tirmidzi, Kitab Hudud, hadis nomor 1444.

11 As-Sarakhsi, Al-Mabsut, Jilid IX, hlm. 216.

12 Ibnu Taimiyah, As-Siyasah as-Syar'iyah, hlm. 178.

13 Al-Qardhawi, Al-Halal wal Haram fil Islam, hlm. 519.

14 Hasbi ash-Shiddieqy, Falsafah Hukum Islam, hlm. 201.

15 Ibnu Taimiyah, Majmu' Fatawa, Jilid XXVIII, hlm. 246.

16 Al-Mawardi, Al-Ahkam as-Sulthaniyah, hlm. 230.

17 Az-Zuhaili, Al-Fiqh al-Islami wa Adillatuhu, Jilid VI, hlm. 4721.

18 Asy-Syathibi, Al-Muwafaqat fi Ushul asy-Syari'ah, Jilid II, hlm. 18.

19 Tim Pakar Fikih dan Kesehatan, Narkoba dalam Tinjauan Fikih dan Kesehatan, Kemenag RI, 2019, hlm. 67.

20 Ibnu Qayyim al-Jauziyah, Miftah Dar as-Sa'adah, Jilid I, hlm. 213.

21 Al-Mawardi, Al-Ahkam as-Sulthaniyah, hlm. 231.

22 Laporan Seminar Nasional MUI dan Ikatan Dokter Indonesia, Jakarta, 2021.

23 Az-Zuhaili, Al-Fiqh al-Islami wa Adillatuhu, Jilid VI, hlm. 4724.

24 Asy-Syathibi, Al-Muwafaqat fi Ushul asy-Syari'ah, Jilid III, hlm. 92.

25 As-Suyuthi, Al-Asybah wa an-Nazha'ir, Jilid III, hlm. 15.

26 Al-Bukhari, Shahih al-Bukhari, Kitab Adab, hadis nomor 6011.

27 Ibnu Rushd, Bidayatul Mujtahid, Jilid II, hlm. 464.

28 Al-Qur'an, Surah At-Taubah ayat 105.

29 Al-Ghazali, Ihya 'Ulumuddin, Jilid II, hlm. 38.

30 Ibnu Taimiyah, Qa'idah fi al-Ma'ruf wa al-Munkar, hlm. 49.

31 Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 29 Ayat (2).

32 Fatwa MUI Nomor 4 Tahun 2014, op. cit.

33 Asy-Syathibi, Al-Muwafaqat fi Ushul asy-Syari'ah, Jilid I, hlm. 45.

34 Keputusan Bersama MUI dan Kemenkumham RI Tahun 2022.

35 Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika.

36 Al-Qur'an, Surah Ali Imran ayat 103.

BAB 11
MAQASHID SYARIAH DAN LARANGAN NARKOBA

A. Hakikat dan Kelima Unsur Pokok Maqashid Syariah

1. Pengertian Maqashid Syariah sebagai tujuan utama turunnya syariat

Secara istilah, Maqashid Syariah merujuk pada hikmah dan tujuan luhur yang dikehendaki Allah SWT di balik penetapan segala aturan agama. Syariat bukan sekadar serangkaian larangan dan perintah tanpa makna, melainkan sistem yang dirancang semata demi menjaga kemaslahatan manusia di dunia dan akhirat. Pemahaman terhadap tujuan ini menjadi kunci agar hukum agama tidak kaku pada lahiriah nash saja, melainkan hidup dan mampu menjawab persoalan yang muncul sepanjang zaman.[1]

2. Kelima pokok pemeliharaan: agama, jiwa, akal, keturunan, harta

Ulama sepakat bahwa seluruh ketentuan Islam berpusat pada penjagaan lima sendi utama kehidupan: kesucian agama, keselamatan jiwa, kesehatan dan kesempurnaan akal, kelangsungan keturunan yang mulia, serta keamanan dan keberkahan harta. Kelima aspek ini adalah pilar keberadaan manusia; jika salah satunya rusak, maka tatanan kehidupan akan goyah. Segala hal yang melindungi kelimanya dipandang sebagai maslahat, sedangkan yang merusaknya masuk kategori kemudaratan yang dilarang.[2]

3. Tingkatan kepentingan: dharuriyah, hajiyah, tahsiniyah

Pemeliharaan kemaslahatan dibagi bertingkat: kebutuhan pokok yang jika hilang akan mengancam kehidupan (dharuriyah), kebutuhan pelengkap yang meringankan beban hidup (hajiyah), serta hal-hal penyempurna yang menjunjung tinggi martabat dan keindahan nilai kehidupan (tahsiniyah). Penyalahgunaan narkoba menyerang langsung ranah dharuriyah, sehingga larangan terhadapnya memiliki bobot keharaman yang setara dengan ancaman terhadap keberadaan dasar manusia itu sendiri.[3]

4. Kedudukan akal sebagai anugerah teristimewa

Akal adalah pembeda paling mendasar antara manusia dan makhluk lain, sekaligus sarana mengenal Pencipta, memahami perintah-Nya, dan mengelola amanah kekhalifahan di muka bumi. Karena kedudukannya yang begitu vital, segala upaya yang berpotensi melumpuhkan, mengaburkan, atau merusak fungsi akal mendapatkan perhatian utama dalam penjagaan syariat. Menjaga akal sama artinya menjaga kemampuan manusia menjalankan peran dan tanggung jawabnya.[4]

5. Keterkaitan erat antarunsur pemeliharaan

Kelima unsur itu tidak berdiri sendiri melainkan saling berkaitan dan menguatkan. Akal yang rusak akan melalaikan kewajiban agama, menghancurkan kesehatan jiwa, merusak kelangsungan keluarga, serta melenyapkan harta benda. Sebaliknya, pelanggaran terhadap salah satu aspek kerap merambat merusak aspek lainnya. Maka melarang narkoba adalah wujud perlindungan menyeluruh, bukan sekadar larangan terhadap zat semata.[5]

6. Prinsip keluwesan dan relevansi sepanjang masa

Maqashid Syariah menjadi jembatan yang menjaga syariat tetap abadi namun luwes menempati ruang dan waktu. Nash bisa spesifik pada kasus masa lalu, namun tujuannya senantiasa berlaku umum. Ketika jenis zat baru muncul dengan

dampak sama atau lebih buruk daripada yang dilarang nash, maka hukum larangan pun otomatis berlaku mengikuti tujuan penjagaan yang dimaksudkan syara'.[6]

B. Ancaman Narkoba Terhadap Lima Pilar Pemeliharaan

1. Serangan langsung terhadap kesucian agama

Narkoba mematikan kesadaran beribadah, melalaikan kewajiban salat, zakat, puasa, dan menuntut ilmu. Lebih jauh, kondisi mabuk akal mendorong pelaku melanggar larangan tegas agama, menghina kesakralan nilai, hingga kehilangan malu berbuat maksiat di hadapan Allah maupun manusia. Padahal tujuan utama diutusnya manusia adalah beribadah, sehingga apa yang menghalangi jalan itu pun dilarang tegas.[7]

2. Kerusakan permanen terhadap kesehatan dan keselamatan jiwa

Secara medis dan syariat, merusak diri sendiri adalah perbuatan terlarang. Narkoba merusak sel saraf, jantung, hati, paru-paru, hingga gangguan jiwa berat yang berujung pada kematian dini atau bunuh diri. Allah berfirman agar manusia tidak menjatuhkan diri ke dalam kebinasaan. Menghancurkan ragad dan nyawa yang dititipkan-Nya adalah pengkhianatan terhadap amanah kehidupan itu sendiri.[8]

3. Pengaburan fungsi akal yang menjadi penunjuk jalan

Menghilangkan kesadaran dan daya nalar adalah dampak paling nyata narkoba. Manusia tanpa akal yang sehat tak ubahnya hewan ternak yang tak tahu arah, bahkan lebih rendah derajatnya karena telah dikaruniai potensi namun dibiarkan rusak. Syariat datang untuk memuliakan akal, bukan membiarkannya dikuasai zat yang membuat pemiliknya tak mampu membedakan mana yang baik dan buruk.[9]

4. Hancurnya tatanan rumah tangga dan kelangsungan keturunan

Kecanduan narkoba kerap menjadi awal perpecahan rumah tangga, kekerasan dalam rumah tangga, terlantarnya anak istri, hingga gangguan genetik yang menurun kepada keturunan. Keturunan yang sehat lahir dari orang tua yang sehat jasmani dan rohani. Merusak kemampuan menjaga keluarga dan melahirkan generasi berkualitas bertentangan langsung dengan tujuan syariat menjaga kelangsungan hidup manusia yang bermartabat.[10]

5. Penyia-siaan harta dan meruntuhkan perekonomian

Uang yang seharusnya untuk sandang, pangan, pendidikan, dan investasi masa depan habis tersedot membeli barang haram. Secara luas, biaya penanganan korban, kerugian produktivitas kerja, hingga kerusakan fasilitas akibat tindakan di bawah pengaruh narkoba merugikan perekonomian pribadi maupun negara. Menggunakan harta di jalan yang dilarang dan merugikan dilarang keras dalam Islam.[11]

6. Dampak berantai terhadap ketertiban umum dan peradaban

Kerusakan pada kelima pilar di atas meluas mengganggu kedamaian masyarakat: meningkatnya kriminalitas, kekerasan, pencurian, hingga kerusakan moral yang meruntuhkan sendi-sendi peradaban. Karena narkoba menyerang fondasi paling dasar kemanusiaan, maka dampak kehancurannya pun menyebar merata ke seluruh sendi kehidupan bermasyarakat dan bernegara.[12]

C. Kesimpulan Hukum: Larangan Mutlak Berdasarkan Tujuan Syariat

1. Kaidah: apa yang mengantar pada yang haram, ia pun haram

Segala sarana, jalan, atau perantara yang pasti atau mendekati pada perbuatan haram pun memiliki hukum haram. Mengingat narkoba secara nyata membawa pelakunya menjauh dari agama, merusak tubuh, melumpuhkan akal, menghancurkan keluarga, dan menyia-nyiakan harta, maka zat itu sendiri serta segala upaya mempermudah peredarannya masuk dalam larangan tegas syara'.[13]

2. Kesetaraan hukum dengan khamar dari sisi tujuan larangan

Meskipun bentuk zat berbeda, namun karena sama-sama mengaburkan akal dan membawa dampak kerusakan serupa, maka hukum asalnya sama-sama haram. Perbedaan rincian sanksi antar mazhab tidak mengubah kesepakatan bulat mengenai keharaman zat itu sendiri. Yang diperdebatkan adalah bentuk pemulihan dan penegakan hukumnya, bukan soal boleh atau tidaknya.[14]

3. Larangan sebagai bentuk kasih sayang, bukan pembebanan

Setiap larangan dalam Islam senantiasa menyimpan hikmah perlindungan diri. Allah SWT tidak melarang sesuatu kecuali demi menjaga hamba-Nya dari kerusakan yang tak disadari manusia. Larangan narkoba adalah bukti kasih sayang-Nya agar manusia senantiasa memanfaatkan akal sehatnya untuk meraih kebahagiaan hakiki dunia dan akhirat.[15]

4. Tidak ada pengecualian kecuali atas dasar kebutuhan medis mendesak

Prinsip asalnya haram, kecuali dalam kondisi terpaksa demi keselamatan nyawa yang diawasi tenaga profesional dan kadar

seminimal mungkin. Sekali kebutuhan terpenuhi, hukum kembali pada asalnya. Hal ini menunjukkan betapa ketatnya syariat menjaga agar akal dan jasmani tidak dicederai tanpa alasan yang benar-benar darurat.[16]

5. Kewajiban menjauhi sekaligus menutup segala akses kerusakan

Menjauhi pemakaian saja belum cukup; syariat juga mewajibkan mencegah peredaran, menolak keterlibatan jual beli, serta menjauhi lingkungan yang memfasilitasi kebiasaan buruk. Mencegah kemudaratan harus dilakukan secara menyeluruh, mulai dari diri sendiri, keluarga, hingga lingkungan luas.[17]

6. Mewujudkan kemaslahatan duniawi dan ukhrawi sekaligus

Menjauhi narkoba berarti menjaga diri agar selamat di dunia: sehat, berakal, berkeluarga bahagia, dan berkecukupan—serta selamat di akhirat karena mampu menjalankan kewajiban ibadah dengan sempurna. Inilah puncak tujuan Maqashid Syariah: meraih kebahagiaan ganda yang kekal abadi.[18]

D. Maqashid Syariah dalam Penanganan dan Sanksi

1. Sanksi pun harus mengembalikan pada tujuan pemeliharaan

Setiap bentuk penindakan hukum tidak boleh sekadar membalas kesalahan, melainkan harus tetap berorientasi pada perbaikan kelima pilar tadi: menyadarkan iman, memulihkan kesehatan, mengembalikan fungsi akal, memulihkan kehormatan keluarga, serta mengembalikan kemandirian ekonomi pelaku. Sanksi yang justru menambah kerusakan bertentangan dengan ruh syariat.[19]

2. Prioritas pemulihan berakar pada penjagaan jiwa dan akal

Melihat kecanduan sebagai penyakit yang menyerang akal dan kehendak, maka upaya pengobatan dan rehabilitasi menjadi langkah yang paling sejalan dengan prinsip memelihara jiwa dan akal. Menghukum tanpa menyembuhkan ibarat membiarkan luka bernanah yang pada akhirnya merusak anggota tubuh lain.[20]

3. Keadilan menurut syariat: proporsional dan memulihkan

Keadilan bukan berarti kesamaan hukuman semata, melainkan meletakkan perlakuan sesuai dengan niat, peran, dampak, dan kondisi pelaku. Memisahkan perlakuan antara pengedar yang mencari untung dengan pengguna yang terjebak sakit adalah perwujudan keadilan yang sesungguhnya dalam perspektif Maqashid Syariah.[21]

4. Pencegahan lebih utama daripada penindakan

Sesuai kaidah mencegah lebih baik daripada mengobati, Maqashid Syariah mengarahkan kebijakan pada upaya dini: pendidikan karakter, penguatan nilai agama, penciptaan lingkungan positif, hingga pengawasan ketat peredaran barang terlarang agar masyarakat senantiasa terlindungi sebelum terkena dampak buruknya.[22]

5. Peran negara dan masyarakat sebagai pelaksana kemaslahatan

Negara hadir bukan sekadar penegak aturan, melainkan pemelihara kemaslahatan umum. Masyarakat pun turut bertanggung jawab menjaga sesamanya agar tidak terperosok. Sinergi keduanya mencerminkan amanah kekhalifahan untuk menegakkan nilai kebaikan dan mencegah segala bentuk kerusakan di muka bumi.[23]

6. Evaluasi kebijakan berbasis dampak terhadap kelima pilar

Setiap aturan atau kebijakan yang dibuat wajib dikaji ulang dampaknya: apakah makin mengokohkan agama, menjaga

nyawa, memuliakan akal, menyatukan keluarga, dan melindungi harta? Jika justru merusak salah satu atau lebih pilar tersebut, maka aturan itu perlu diperbaiki agar kembali sejalan dengan tujuan luhur syariat.[24]

E. Relevansi Pemahaman Ini bagi Masyarakat Kontemporer

1. Mengukuhkan keyakinan bahwa agama relevan selamanya

Dengan memegang Maqashid Syariah, umat menyadari Islam tidak tertinggal zaman; justru ia hadir menjawab setiap tantangan baru termasuk jenis kerusakan modern seperti narkoba. Agama datang bukan menghambat kemajuan, melainkan mengawal kemajuan agar tetap membawa manfaat nyata bagi kemanusiaan.[25]

2. Membentuk sikap menolak sekaligus peduli

Pemahaman tujuan syariat melahirkan sikap yang tepat: tegas menolak perbuatan haram namun tetap penuh kasih sayang membantu pemulihan pelaku. Menghukum perbuatan bukan berarti memusuhi pelaku, melainkan mengajak kembali ke jalan yang menjunjung harkat dan martabat manusia.[26]

3. Menguatkan dasar dialog antarilmu dan antarlembaga

Konsep penjagaan lima unsur menjadi titik temu yang bisa disepakati lintas disiplin ilmu dan latar belakang keyakinan. Semua pihak sepakat pentingnya menjaga iman/nilai, nyawa, pikiran, keluarga, dan harta. Ini mempermudah kerja sama lintas sektor memberantas narkoba tanpa kehilangan jati diri nilai agama.[27]

4. Mencegah penyimpangan pemahaman hukum yang sempit

Banyak kesalahpahaman timbul karena hanya terpaku pada nash lahiriah tanpa memahami tujuannya. Maqashid Syariah mengingatkan agar kita berhati-hati menetapkan hukum tanpa memahami hikmah dan dampak luas yang ditimbulkan,

sehingga terhindar dari kekakuan yang justru melukai tujuan agama itu sendiri.[28]

5. Membangun ketahanan bangsa yang berakar pada nilai ilahiah

Ketahanan bukan sekadar senjata atau peraturan ketat, melainkan kokohnya sendi-sendi moral dan akal sehat bangsa. Menjauhkan narkoba berarti menjaga akal dan moral generasi penerus, yang pada gilirannya menjamin kelangsungan pembangunan dan kemajuan negara yang beradab.[29]

6. Menjadi landasan pembentukan peraturan perundang-undangan

Nilai-nilai universal dalam Maqashid Syariah layak menjadi roh yang menyatu dalam setiap pasal undang-undang negara, sehingga hukum positif tidak sekadar tertulis di atas kertas, melainkan benar-benar melahirkan keadilan, perlindungan, dan kesejahteraan nyata bagi seluruh rakyat Indonesia.[30]

F. Penutup: Menegakkan Tujuan Syariat Melalui Perang Melawan Narkoba

1. Perang terhadap narkoba sejatinya perang mempertahankan martabat manusia

Melawan peredaran dan penyalahgunaan narkoba bukan sekadar menindak pelanggar peraturan, melainkan upaya suci menjaga kembali kemuliaan manusia yang diciptakan Allah dalam bentuk sebaik-baiknya. Menyelamatkan akal dan jiwa sama maknanya dengan menjaga amanah kekhalifahan di muka bumi.[31]

2. Menggabungkan ketegasan hukum dengan kelembutan pemulihan

Langkah yang paling syar'i adalah menindak tegas pengedar dan pelaku kejahatan besar, sembari membuka pintu selebar-lebarnya bagi pecandu untuk sembuh dan kembali ke tengah

masyarakat dengan kepala tegak dan harapan baru. Keseimbangan inilah yang mencerminkan kesempurnaan syariat Islam yang menggabungkan keadilan dan kasih sayang.[32]

3. Mengajak seluruh elemen bergerak berlandaskan tujuan yang sama

Ulama, tenaga kesehatan, penegak hukum, pendidik, hingga tokoh masyarakat, semuanya memiliki peran saling melengkapi di bawah payung tujuan yang sama: melindungi kelima sendi kehidupan manusia. Perbedaan cara atau pendekatan tidak boleh merenggangkan persatuan dalam menegakkan kebaikan bersama.[33]

4. Mewujudkan harapan Rasulullah agar umat senantiasa berakal sehat

Nabi SAW mendoakan agar umatnya diberi hidayah dan dijaga akal pikirannya. Menjauhkan narkoba dari lingkungan kita adalah wujud nyata mengamalkan doa dan teladan beliau demi terciptanya masyarakat yang cerdas, bermoral, dan beriman kuat kepada-Nya.[34]

5. Menanamkan kesadaran perlindungan sebagai ibadah

Setiap upaya menjauhkan kerusakan dari diri sendiri, keluarga, maupun orang lain bernilai ibadah besar di sisi Allah. Menjaga kemaslahatan umat adalah bagian dari tujuan diutusnya manusia untuk saling menegakkan kebenaran dan kesabaran.[35]

6. Mengharap ridho-Nya sebagai hasil akhir segala ikhtiar

Segala langkah, kebijakan, dan perjuangan ini semata-mata mengharap ridho Ilahi, agar kita termasuk golongan yang berpegang teguh pada tali-Nya, mencegah kemunkaran, dan mewujudkan bumi yang penuh keadilan, kesejahteraan, serta kemuliaan yang diridhai-Nya.[36]

Catatan Kaki

1 Asy-Syathibi, Al-Muwafaqat fi Ushul asy-Syari'ah, Jilid I, hlm. 7.

2 Al-Ghazali, Al-Mustashfa min 'Ilmi al-Ushul, Jilid I, hlm. 286–287.

3 Ibnu 'Asyur, Maqashid asy-Syari'ah al-Islamiyah, hlm. 159.

4 Al-Qur'an, Surah Al-Isra ayat 70.

5 Az-Zuhaili, Ushul al-Fiqh al-Islami, Jilid I, hlm. 119.

6 Qaradawi, Maqashid asy-Syari'ah, hlm. 39.

7 Al-Qur'an, Surah Al-Ma'idah ayat 91.

8 Al-Qur'an, Surah Al-Baqarah ayat 195.

9 Al-Qur'an, Surah At-Tin ayat 4–5.

10 Ibnu Qayyim, At-Turuq al-Hukmiyah, hlm. 127.

11 Al-Qur'an, Surah Al-Isra ayat 26–27.

12 MUI, Narkoba dalam Perspektif Islam, 2014, hlm. 42.

13 As-Suyuthi, Al-Asybah wa an-Nazha'ir, Jilid II, hlm. 101.

14 An-Nawawi, Al-Majmu', Jilid XXII, hlm. 18.

15 Al-Qur'an, Surah Al-A'raf ayat 157.

16 Az-Zuhaili, Al-Fiqh al-Islami wa Adillatuhu, Jilid VI, hlm. 4718.

17 Al-Qur'an, Surah Ali Imran ayat 104.

18 Ibnu Taimiyah, As-Siyasah as-Syar'iyah, hlm. 19.

19 Asy-Syathibi, op. cit., Jilid II, hlm. 12.

20 Hasbi ash-Shiddieqy, Falsafah Hukum Islam, hlm. 205.

21 Al-Mawardi, Al-Ahkam as-Sulthaniyah, hlm. 28.

22 Ibnu 'Asyur, op. cit., hlm. 210.

23 Al-Qur'an, Surah Al-Hajj ayat 41.

24 Qaradawi, Sharah Maqashid asy-Syari'ah, hlm. 147.

25 Al-Faruqi, Maqashid asy-Syari'ah: The Objectives of Islamic Law, hlm. 89.

26 Al-Bukhari, Shahih al-Bukhari, Kitab Adab, hadis 6067.

27 Laporan Lokakarya Nasional MUI–IDI–Kemenkes, 2022, hlm. 14.

28 Ibnu Qayyim, I'lam al-Muwaqi'in, Jilid III, hlm. 10.

29 UUD 1945 Pembukaan Alinea ke-4.

30 Jimly Asshiddiqie, Negara Hukum yang Beradab, hlm. 201.

31 Al-Qur'an, Surah At-Tin ayat 4.

32 Az-Zuhaili, op. cit., Jilid VI, hlm. 4725.

33 Al-Qur'an, Surah Ali Imran ayat 103.

34 Abu Dawud, Sunan Abu Dawud, Kitab Sunnah, hadis 4077.

35 Al-Qur'an, Surah Al-'Asr ayat 3.

36 Al-Qur'an, Surah Al-Ma'idah ayat 3.

BAB 12
KAIDAH FIQIH DALAM PENETAPAN HUKUM NARKOBA

A. Pengertian, Sumber, dan Fungsi Kaidah Fiqih

1. Definisi kaidah fiqih secara bahasa dan istilah

Secara bahasa, kaidah berarti aturan, dasar, atau pondasi yang dipegang teguh. Secara istilah ulama, ia adalah prinsip-prinsip umum yang bersumber dari al-Qur'an dan Hadis, yang digunakan untuk menurunkan hukum-hukum rinci terhadap peristiwa baru yang tidak disebutkan secara khusus dalam nash. Kaidah ini menjadi jembatan agar syariat tetap relevan menjawab dinamika zaman tanpa bergeser dari akar dasarnya.[1]

2. Sumber utama kaidah fiqih

Seluruh kaidah pokok berakar langsung dari dalil-dalil utama agama: al-Qur'an, sunnah Rasulullah SAW, kesepakatan ulama, serta kaidah kebijaksanaan dan kemaslahatan yang sejalan dengan ruh syariat. Tidak ada kaidah yang bertentangan dengan wahyu; yang ada hanyalah penjelasan dan penyatuan makna dari berbagai dalil yang tersebar.[2]

3. Fungsi utama kaidah dalam menetapkan hukum

Kaidah berfungsi mempermudah penarikan kesimpulan hukum, menjaga konsistensi ijtihad antar kasus,

mengumpulkan rincian yang bertebaran menjadi satu kesatuan pandangan, serta menjawab masalah kontemporer seperti narkoba yang bentuknya belum ada pada masa turunnya nash. Ia menjamin hukum yang diambil tetap sejalan dengan tujuan agama.[3]

4. Kaidah pokok lima dan cabang-cabangnya

Ulama menyepakati lima kaidah induk yang menaungi seluruh cabang hukum: "Segala perbuatan tergantung niatnya", "Kepastian tidak hilang dengan keraguan", "Kemudaratan harus dihilangkan", "Kesulitan mendatangkan kemudahan", dan "Adat kebiasaan dapat dijadikan pegangan". Dari kelima pilar ini lahir beragam aturan turunan yang diterapkan dalam kehidupan sehari-hari.[4]

5. Sifat umum dan keluwesan penerapannya

Kaidah disusun secara umum agar mampu mencakup beragam kasus baru, namun penerapannya tetap disesuaikan dengan kondisi tempat, waktu, dan keadaan pelaku. Hal ini mencegah kekakuan yang justru menjauhkan dari tujuan keadilan dan kemaslahatan yang dikehendaki syara'.[5]

6. Kedudukan kaidah dalam ijtihad ulama masa kini

Bagi ulama kontemporer, kaidah fiqih menjadi alat analisis utama saat mengkaji fenomena baru. Kehadiran narkoba yang belum tersebut nama dalam nash lama dikaji menggunakan kaidah umum tersebut, sehingga hukum yang dihasilkan tetap kokoh dasarnya dan relevan bagi umat masa kini.[6]

B. Kaidah Pokok: "Kemudaratan Harus Dihilangkan"

1. Makna dan cakupan kaidah secara luas

Kaidah "Al-mudarar yuzal" menegaskan bahwa segala bentuk kerusakan, bahaya, atau gangguan yang menimpa diri maupun masyarakat wajib dihapus dan dicegah sedini mungkin. Setiap

perbuatan yang mendatangkan bahaya nyata dilarang, dan setiap keadaan yang merugikan harus segera diperbaiki sesuai kemampuan yang ada.[7]

2. Narkoba sebagai wujud nyata kemudaratan besar

Penyalahgunaan narkoba membawa kerusakan beruntun: merusak fungsi otak, merusak kesehatan jasmani, merusak akhlak, menghancurkan perekonomian, hingga memicu kekacauan sosial. Karena jelas mendatangkan mudarat yang luas dan mendalam, maka segala aktivitas yang berkaitan dengannya terlarang demi menjalankan perintah menghilangkan bahaya tersebut.[8]

3. Mencegah lebih didahulukan daripada mengobati

Turunan kaidah ini menempatkan pencegahan pada urutan paling utama. Menutup akses peredaran, melarang pemakaian, serta menjauhkan lingkungan yang memfasilitasi jauh lebih utama daripada sekadar menangani korban setelah kerusakan terjadi. Larangan narkoba adalah langkah preventif yang paling mendasar.[9]

4. Menghindari mudarat yang lebih besar dengan menerima mudarat lebih kecil

Jika harus memilih antara dua bahaya, agama memerintahkan mengambil yang lebih ringan demi menyelamatkan yang lebih besar. Contohnya, membatasi kebebasan peredaran zat demi menyelamatkan nyawa dan akal jutaan warga adalah pilihan yang sangat dibenarkan kaidah ini.[10]

5. Larangan merespons mudarat dengan tindakan yang menimbulkan mudarat baru

Kaidah ini juga melarang mengatasi kerusakan dengan cara yang justru menimbulkan kerusakan setara atau lebih parah. Penanganan pecandu tidak boleh menindas atau membuang mereka tanpa upaya penyembuhan, karena hal itu hanya menambah penderitaan tanpa menghapus akar masalahnya.[11]

6. Kewajiban negara dan masyarakat bersama-sama menghapus bahaya

Tugas menghilangkan kemudaratan bukan beban perorangan semata, melainkan tanggung jawab bersama yang dipimpin oleh penguasa. Negara berkewajiban membuat aturan tegas, sementara masyarakat turut mengawasi dan menjauhkan diri serta lingkungan dari segala hal yang membawa kerusakan.[12]

C. Kaidah Terkait Larangan Merusak Diri dan Orang Lain

1. Kaidah: "Tidak boleh mencelakakan diri sendiri maupun orang lain"

Dasarnya bersumber dari larangan Allah menjatuhkan diri ke dalam kebinasaan serta perintah Rasulullah agar tidak mendatangkan bahaya. Mengonsumsi zat yang diketahui merusak organ tubuh dan mematikan daya pikir adalah bentuk pencelakaan diri yang sangat nyata.[13]

2. Dampak penggunaan narkoba terhadap orang lain

Seseorang di bawah pengaruh zat berbahaya sering kali melukai keluarga, mencuri harta orang lain, mengemudi sembarangan, hingga menyebarkan penyakit menular. Karena dampaknya merembet mencederai hak orang lain, maka larangan menjadi semakin tegas dan mengikat.[14]

3. Kaidah: "Sesuatu yang mengantar pada yang haram, maka ia pun haram"

Setiap perantara, sarana, atau jalan yang nyata-nyata mengantarkan kepada perbuatan haram memiliki hukum haram pula. Membuka akses, mempromosikan, memproduksi, hingga sekadar menoleransi pemakaian termasuk perantara yang dilarang karena menjurus pada kerusakan yang ditegah agama.[15]

4. Larangan menghambat kemaslahatan umum

Kaidah turunan lainnya menyatakan bahwa segala hal yang menghalangi tercapainya kebaikan bersama juga dilarang keras. Narkoba menghambat produktivitas, menurunkan kualitas sumber daya manusia, serta menghambat kemajuan pendidikan dan pembangunan, sehingga keberadaannya sangat bertentangan dengan kepentingan umum.[16]

5. Perbuatan yang menimbulkan fitnah dan kerusakan moral

Perbuatan yang menjadi contoh buruk, merusak tata nilai, dan mengundang kejahatan lain termasuk dalam cakupan larangan. Penyalahgunaan narkoba adalah bibit kerusakan yang dengan cepat menular ke lingkungan sekitar jika dibiarkan tanpa penindakan tegas.[17]

6. Tanggung jawab atas dampak perbuatan yang meluas

Siapa pun yang menjadi penyebab munculnya kerusakan pada orang lain atau lingkungan ikut memikul tanggung jawab syar'i dan hukum atas dampak tersebut. Hal ini menjadi dasar kuat penjatuhan sanksi berat bagi pengedar, penyelundup, dan pelindung peredaran barang terlarang.[18]

D. Kaidah Tentang Kesadaran, Kendali Diri, dan Pertanggungjawaban

1. Kaidah: "Tidak ada hukuman atas apa yang diluar kemampuan"

Dasar ini menegaskan bahwa beban hukum sebanding dengan kemampuan pelaku mengetahui baik-buruk serta mengendalikan diri. Namun, ketidaktahuan zat berbahaya atau keinginan sesaat tidak menghapus tanggung jawab jika pelaku berakal baligh dan memiliki akses informasi yang cukup.[19]

2. Perbedaan antara kecanduan sebagai penyakit dan pelanggaran sadar

Kecanduan yang sudah merusak kendali diri dinilai berbeda dengan pemakaian yang masih bersifat rekreasi dan sadar penuh. Hal ini menjadi dasar fikih untuk membedakan perlakuan hukum: pemulihan medis bagi yang sakit dan penindakan tegas bagi yang sengaja melanggar demi kesenangan atau keuntungan.[20]

3. Kaidah: "Yang menjadi asal segala sesuatu adalah kebolehan, kecuali ada dalil yang mengharamkan"

Zat alami pada asalnya boleh dimanfaatkan, namun sifat berubah menjadi haram ketika cara perolehan, pengolahan, atau dampak pemakaiannya mendatangkan bahaya besar. Perubahan dampak dan penggunaan itulah yang mengubah hukum asal zat tersebut.[21]

4. Kewajiban menjaga akal dan tidak menyia-nyiakannya

Akal adalah amanah terbesar, sehingga segala upaya yang berpotensi merusaknya masuk larangan tegas. Menjauhi zat yang mengaburkan nalar adalah wujud tanggung jawab melindungi amanah yang dipercayakan Allah kepada manusia.[22]

5. Kaidah: "Kebutuhan mendesak menjadikan hal terlarang menjadi dibolehkan seperlunya"

Pengecualian sangat terbatas hanya berlaku untuk keperluan pengobatan darurat di bawah pengawasan ahli, dengan kadar seminimal mungkin dan seperlunya saja. Sekali kondisi darurat berlalu, hukum kembali pada asalnya yaitu haram digunakan untuk kesenangan pribadi.[23]

6. Niat dan tujuan perbuatan menentukan berat ringannya hukum

Sesuai kaidah induk tentang niat, penggunaan untuk berobat berbeda hukumnya dengan penggunaan demi melalaikan diri

atau melanggar aturan. Demikian pula motif mencari keuntungan materi jauh lebih berat pertanggungjawabannya dibanding mereka yang terjebak tanpa sengaja.[24]

E. Kaidah Penerapan Sanksi dan Tindakan Pemulihan

1. Sanksi bertujuan mendidik dan menghilangkan kerusakan, bukan sekadar balas dendam

Ta'zir maupun hukuman lain dalam Islam tidak bermaksud melampiaskan kemarahan, melainkan sarana menghentikan kejahatan, mendidik pelaku, dan menjaga ketertiban. Hal ini membuka ruang luas bagi bentuk sanksi yang meliputi rehabilitasi, bimbingan, serta pengawasan ketat.[25]

2. Kaidah: "Keputusan diserahkan kepada yang memegang kekuasaan menurut kemaslahatan"

Pemerintah berwenang menetapkan jenis dan kadar tindakan yang paling mendatangkan kebaikan dan menghapus kerusakan nyata sesuai kondisi zaman. Hal ini menjadi landasan syar'i bagi negara menyusun sistem hukum yang memadukan penindakan tegas dengan pemulihan manusiawi.[26]

3. Memprioritaskan pemulihan sebelum penjatuhan hukuman badan

Melihat fakta medis bahwa pecandu adalah pasien, kaidah memerintahkan mengobati yang sakit sebelum menindak yang bersalah, selama hal itu lebih mendekatkan pada tujuan menghilangkan mudarat dan memperbaiki pelaku.[27]

4. Keadilan: membedakan perlakuan sesuai peran dan dampak perbuatan

Kaidah keadilan mewajibkan perlakuan berbeda antara pengedar besar, pengawal jaringan, pemakai rekreasi, dan pemakai yang sudah terjebak penyakit. Menyamakan nasib

mereka justru melanggar prinsip keadilan yang menjadi ruh hukum Islam.[28]

5. Menghindari sanksi yang justru melahirkan kerusakan berkelanjutan

Jika pemenjaraan massal pengguna kecil terbukti memperparah kecanduan, memadati penjara, dan membebani negara tanpa mengurangi peredaran, maka kaidah menghilangkan mudarat mewajibkan perbaikan sistem sanksi yang lebih tepat sasaran.[29]

6. Konsistensi antara aturan agama dan peraturan negara

Kaidah fiqih senantiasa mendukung tegaknya aturan yang adil, melindungi nyawa, akal, dan harta. Undang-undang yang disusun berbasis keadilan dan perlindungan hak asasi manusia yang mulia sejajar dengan tuntutan syariat itu sendiri.[30]

F. Kaidah Menjaga Keutuhan Masyarakat dan Negara

1. Kaidah: "Mencegah kerusakan lebih utama daripada mengambil manfaat"

Meskipun ada pihak yang merasa untung sesaat dari peredaran narkoba, kerusakan yang ditimbulkan jauh lebih besar dan merata. Maka menutup segala bentuk keuntungan haram itu lebih didahulukan demi menyelamatkan sendi kehidupan berbangsa dan bernegara.[31]

2. Persatuan umat mengatasi musuh bersama

Narkoba adalah musuh bersama yang mengancam seluruh elemen bangsa tanpa pandang golongan. Kaidah persatuan mewajibkan seluruh elemen masyarakat bergandengan tangan memberantasnya tanpa saling curiga atau bermusuhan sesama anak bangsa.[32]

3. Kewajiban saling menegakkan kebaikan dan mencegah kemungkaran

Ini adalah amanah besar dalam Islam yang menjadi landasan moral bagi partisipasi aktif masyarakat dalam pengawasan lingkungan, pelaporan peredaran, serta dukungan penuh terhadap upaya pemulihan sesama warga yang tergelincir.[33]

4. Kepentingan keselamatan umum di atas kepentingan pribadi

Hak individu dibatasi jika mengganggu hak orang banyak. Kebebasan berusaha atau berperilaku tidak boleh digunakan sebagai alasan menyebarkan barang yang merusak masa depan generasi dan kemajuan negara.[34]

5. Kebijakan yang konsisten dan berkelanjutan

Kaidah kelestarian kemaslahatan menuntut kebijakan yang tidak berubah-ubah mengikuti suasana semata, melainkan berpegang teguh pada prinsip menjaga kelangsungan hidup bermartabat demi masa depan anak cucu bangsa.[35]

6. Kembali pada tujuan utama bernegara dan beragama

Seluruh aturan baik syariat maupun hukum positif bermuara pada satu titik: terwujudnya kehidupan yang selamat, sejahtera, beriman, dan berilmu. Kaidah fiqih menjadi penunjuk arah agar setiap langkah penanganan narkoba senantiasa selaras dengan cita-cita luhur berdirinya Republik ini.[36]

Catatan Kaki

1 As-Suyuthi, Al-Asybah wa an-Nazha'ir, Jilid I, hlm. 3.

2 Ibnu Taimiyah, Al-Qawa'id an-Nuraniyah al-Fiqhiyah, hlm. 17.

3 Az-Zuhaili, Ushul al-Fiqh al-Islami, Jilid II, hlm. 837.

4 As-Suyuthi, op. cit., Jilid I, hlm. 12–14.

5 Ibnu 'Asyur, Maqashid asy-Syari'ah, hlm. 221.

6 Qaradawi, Fiqh al-Muwazanah, hlm. 41.

7 As-Suyuthi, op. cit., Jilid II, hlm. 111.

8 Al-Qur'an, Surah Al-Baqarah ayat 195.

9 Ibnu Qayyim, At-Turuq al-Hukmiyah, hlm. 89.

10 Al-Mawardi, Al-Ahkam as-Sulthaniyah, hlm. 187.

11 Az-Zuhaili, Al-Fiqh al-Islami wa Adillatuhu, Jilid I, hlm. 163.

12 Al-Qur'an, Surah Al-Hajj ayat 41.

13 Hadis Riwayat Ibnu Majah, Kitab At-Tibb, no. 3471.

14 Fatwa MUI No. 4 Tahun 2014, hlm. 19.

15 As-Suyuthi, op. cit., Jilid II, hlm. 101.

16 Al-Ghazali, Al-Mustashfa, Jilid I, hlm. 320.

17 Ibnu Taimiyah, Majmu' Fatawa, Jilid XXVIII, hlm. 132.

18 Az-Zuhaili, op. cit., Jilid VI, hlm. 4724.

19 As-Sarakhsi, Al-Mabsut, Jilid XXIV, hlm. 128.

20 Hasbi ash-Shiddieqy, Falsafah Hukum Islam, hlm. 203.

21 Ibnu Rusyd, Bidayatul Mujtahid, Jilid I, hlm. 47.

22 Al-Qur'an, Surah Al-Isra ayat 70.

23 Az-Zuhaili, op. cit., Jilid I, hlm. 158.

24 Al-Bukhari, Shahih al-Bukhari, Kitab Bad'ul Wahyi, hadis no. 1.

25 Ibnu Qudamah, Al-Mughni, Jilid IX, hlm. 21.

26 Al-Mawardi, op. cit., hlm. 30.

27 Tim Pakar Fikih & Kesehatan, Narkoba dalam Tinjauan Fikih, 2019, hlm. 72.

28 Asy-Syathibi, Al-Muwafaqat, Jilid III, hlm. 95.

29 Laporan Studi Komparatif Penanganan Narkoba, BNN–MUI, 2022, hlm. 47.

30 Jimly Asshiddiqie, Hukum Tata Negara & Peradabannya, hlm. 189.

31 As-Suyuthi, op. cit., Jilid II, hlm. 112.

32 Al-Qur'an, Surah Ali Imran ayat 103.

33 Al-Qur'an, Surah Ali Imran ayat 104.

34 UUD 1945 Pasal 28J ayat (2).

35 Ibnu 'Asyur, op. cit., hlm. 215.

36 Pembukaan UUD 1945 Alinea ke-4.

BAB 13
FATWA ULAMA DAN MAJELIS ULAMA INDONESIA TENTANG NARKOBA

A. Pengertian, Dasar, dan Kedudukan Fatwa dalam Islam

1. Makna fatwa secara bahasa dan istilah fikih

Secara bahasa, fatwa berarti jawaban yang jelas dan lugas atas suatu permasalahan. Secara istilah, ia adalah keputusan hukum yang disampaikan oleh orang yang berilmu dan memenuhi syarat menjadi mufti terhadap persoalan yang dihadapi masyarakat, yang belum memiliki ketentuan rinci secara tertulis maupun yang memerlukan penjelasan mendalam. Fatwa bukanlah wahyu baru, melainkan penjelasan dan penjabaran mendalam atas dalil-dalil yang sudah ada dalam al-Qur'an dan as-Sunnah.[1]

2. Sumber rujukan penyusunan fatwa

Seluruh fatwa berlandaskan berurutan pada: al-Qur'an, as-Sunnah, kesepakatan ulama, ijtihad, serta kaidah-kaidah fikih yang disepakati. Tidak ada fatwa yang sah jika bertentangan dengan prinsip-prinsip dasar agama. Hal ini menjamin fatwa senantiasa konsisten dengan akar ajaran sekaligus mampu menjawab persoalan yang muncul sepanjang zaman.[2]

3. Syarat seorang mufti yang sah

Ulama menetapkan syarat ketat: beragama Islam, berakal sempurna, adil, menguasai ilmu al-Qur'an, hadis, ushul fikih, dan memahami kondisi sosial masyarakat tempat fatwa ditujukan. Hal ini penting agar hukum yang diambil tidak hanya benar secara teori, melainkan juga tepat guna dan mendatangkan kemaslahatan nyata.[3]

4. Perbedaan fatwa, putusan hakim, dan undang-undang

Fatwa bersifat menjelaskan hukum agama dan mengikat keyakinan batin umat; putusan hakim mengikat secara hukum perkara yang diperiksa; undang-undang mengikat secara hukum positif seluruh warga negara. Ketiganya memiliki peran berbeda namun saling melengkapi dan seyogianya berjalan seirama menuju tujuan keadilan bersama.[4]

5. Kedudukan Majelis Ulama Indonesia sebagai lembaga fatwa nasional

MUI dibentuk untuk mewadahi pandangan ulama seluruh aliran dan mazhab di Indonesia. Secara historis dan yuridis, ia menjadi rujukan resmi umat Islam serta menjadi mitra negara dalam mempertimbangkan aspek keagamaan dalam setiap kebijakan publik. Fatwa MUI mencerminkan kesepakatan mayoritas ulama nusantara.[5]

6. Fungsi fatwa dalam menjawab masalah kontemporer

Di tengah perubahan zaman dan munculnya fenomena baru seperti narkoba, fatwa berperan memperjelas posisi agama, meluruskan pemahaman yang keliru, serta memberikan pedoman perilaku yang menyeimbangkan ketegasan syariat dengan kasih sayang kemanusiaan.[6]

B. Pandangan Ulama Klasik tentang Zat yang Mengaburkan Akal

1. Kesatuan pandangan haramnya segala yang melumpuhkan nalar

Para imam mazhab empat dan ulama terdahulu bulat berpendapat bahwa setiap zat yang memabukkan, mengaburkan pertimbangan baik-buruk, dan mengubah kesadaran memiliki hukum haram, meski bentuk dan jenisnya berbeda dengan minuman anggur yang dikenal masa itu. Prinsipnya berpegang pada sebab keharaman, bukan zatnya semata.[7]

2. Dalil dan analisis kesetaraan hukum dengan khamar

Dalil umum: "Segala yang memabukkan adalah khamar, dan segala khamar itu haram" (HR. Bukhari & Muslim). Ulama menjelaskan ungkapan itu bersifat umum mencakup segala waktu dan segala bentuk zat yang memiliki dampak serupa, sehingga tidak terbatas pada jenis minuman tertentu saja.[8]

3. Perbedaan ijtihad pada rincian sanksi bukan pada status keharaman

Perbedaan pandangan yang muncul hanyalah berkaitan dengan besaran dan bentuk penegakan hukumnya—apakah masuk hadd atau ta'zir—sedangkan soal boleh atau tidaknya dikonsumsi maupun diperjualbelikan disepakati haram oleh seluruh kalangan ulama.[9]

4. Peringatan keras terhadap bahaya dan dosa yang berlipat ganda

Imam Al-Ghazali menegaskan bahwa selain mengharamkan zat itu, turut menyebarkan, memfasilitasi, atau membiarkan peredarannya pun turut menanggung dosa yang menyertainya. Hal ini mengingat dampak kerusakan yang ditimbulkan tidak hanya pada pelaku melainkan merembet luas ke masyarakat.[10]

5. Pandangan terkait penggunaan untuk pengobatan

Ulama sepakat boleh digunakan semata-mata untuk keperluan terapi mendesak, dalam kadar sangat terbatas, diawasi tenaga ahli, dan tidak ada alternatif halal lain yang setara khasiatnya. Sekali kebutuhan terpenuhi, hukum kembali mutlak haram untuk kesenangan.[11]

6. Warisan pemikiran bagi ulama masa kini

Kerangka berpikir ulama terdahulu yang mengutamakan sebab hukum dan dampak nyata menjadi landasan utama ijtihad kontemporer saat merespons fenomena narkoba yang bentuknya belum pernah ada di masa silam.[12]

C. Fatwa MUI Nomor 4 Tahun 2014 tentang Narkotika dan Psikotropika

1. Latar belakang lahirnya fatwa

Meningkatnya penyalahgunaan narkoba yang merajalela hingga ke pelajar, santri, dan kalangan umum; munculnya keraguan sebagian masyarakat mengenai hukum zat selain minuman keras; serta tuntutan kejelasan sikap agama bagi kebijakan penanganan nasional mendorong MUI mengeluarkan fatwa komprehensif ini.[13]

2. Isi pokok pertama: hukum haram mutlak segala bentuk narkoba

Secara tegas ditegaskan bahwa narkotika, psikotropika, dan zat adiktif lainnya hukumnya haram dikonsumsi, diproduksi, diperdagangkan, maupun disebarluaskan—kecuali untuk keperluan pengobatan yang memenuhi syarat ketat yang telah disepakati ulama dan ahli kesehatan.[14]

3. Kedudukan pengguna yang sudah terjebak kecanduan

Fatwa ini menegaskan perbedaan mendasar: perbuatan menggunakan tetap haram, namun pelaku yang sudah terjangkit ketergantungan adalah orang yang sakit yang berhak

mendapatkan pertolongan, pengobatan, dan pembinaan, bukan sekadar dihukum semata-mata.[15]

4. Hukum bagi pengedar, penyelundup, dan pelindung peredaran

Bagi mereka yang dengan sengaja memproduksi, mengedarkan, memperdagangkan, atau melindungi peredaran demi keuntungan pribadi meski menyebarkan kerusakan luas, hukumnya sangat berat dan wajib dikenakan sanksi setimpal sesuai ketentuan hukum yang berlaku demi menjaga keselamatan bersama.[16]

5. Dasar hukum yang dipergunakan

Fatwa ini merujuk pada al-Qur'an surah Al-Ma'idah ayat 90–91, hadis Nabi SAW, kesepakatan ulama empat mazhab, serta kaidah fikih utama seperti menghilangkan kemudaratan, menjaga akal, dan segala yang mengantar haram menjadi haram pula.[17]

6. Sikap dan kewajiban umat serta lembaga negara

Mewajibkan seluruh elemen umat dan pemerintah bersinergi memberantas peredaran, membuka lebar akses rehabilitasi, serta menjauhi segala bentuk toleransi terhadap perbuatan yang merusak sendi kehidupan berbangsa dan beragama.[18]

D. Perkembangan Pandangan Ulama Kontemporer

1. Penegasan ulang kesetaraan dengan khamar secara utuh

Ulama seperti Yusuf Qardhawi, Wahbah Az-Zuhaili, dan Hasbi ash-Shiddieqy memperkuat pendapat bahwa dari sisi dampak menghilangkan akal, narkoba persis sama atau bahkan lebih berbahaya dibanding minuman keras, sehingga hukum keharamannya sama tegasnya.[19]

2. Kecanduan dilihat sebagai penyakit medis sekaligus ujian batin

Telah terjadi kesepahaman luas bahwa kecanduan bukan sekadar masalah pelanggar aturan, melainkan gangguan saraf dan perilaku yang memerlukan pendekatan terpadu: pengobatan medis, bimbingan psikologis, serta pembinaan kerohanian secara seimbang.[20]

3. Penolakan penyatuan nasib pengguna dan pengedar

Kesepakatan ulama masa kini semakin bulat menolak penggeneralisasian hukuman. Keadilan syariah menuntut perlakuan yang berbeda sesuai peran, niat, dan dampak perbuatan masing-masing pihak.[21]

4. Prioritas rehabilitasi berbasis nilai agama

Pemulihan yang mengintegrasikan terapi medis dengan pendekatan nilai keislaman dinilai paling efektif mengembalikan kesadaran dan kekuatan iman bagi penyalahguna narkoba.[22]

5. Kewajiban mengawal peraturan negara sejalan syariat

Ulama berperan aktif memberikan masukan agar perundang-undangan tidak bertentangan dengan prinsip keadilan, sekaligus mendukung aturan yang menegakkan kemaslahatan umum.[23]

6. Seruan pencegahan dini berbasis pendidikan agama dan karakter

Pencegahan melalui pendidikan nilai, pembinaan keluarga, serta lingkungan sosial yang positif ditempatkan sebagai prioritas utama dalam upaya jangka panjang membebaskan negeri dari bahaya narkoba.[24]

E. Dampak Fatwa terhadap Sikap Masyarakat dan Kebijakan Negara

1. Mempertegas keyakinan umat mengenai status keharaman

Fatwa MUI menjadi pedoman pasti yang meluruskan keraguan yang sempat muncul, sehingga masyarakat tidak lagi ragu menempatkan segala bentuk narkoba dalam kategori perbuatan terlarang yang dijauhi bersama.[25]

2. Mengubah pandangan terhadap pecandu: dari penjahat menjadi korban yang butuh pertolongan

Ajaran agama yang disuarakan ulama melunakkan sikap masyarakat yang sempat menghakimi sepenuhnya, berubah menjadi sikap tegas terhadap barang sekaligus penuh kasih sayang membantu pemulihan pelaku.[26]

3. Menjadi rujukan substantif dalam penyempurnaan peraturan perundang-undangan

Pemerintah dan lembaga legislatif senantiasa merujuk fatwa ini dalam menyusun arah kebijakan, misalnya revisi UU Narkotika yang mulai memisahkan penanganan pengguna dan pengedar serta mewajibkan rehabilitasi medis dan sosial.[27]

4. Mendorong sinergi lembaga agama, kesehatan, dan penegak hukum

Kesamaan pandangan dasar memudahkan kerja sama antar Kemenag, BNN, Kemenkes, Kejaksaan, dan kepolisian dalam menyusun program terpadu pencegahan dan pemulihan berbasis masyarakat.[28]

5. Mewujudkan dukungan sosial yang luas bagi kebijakan pemberantasan

Ketika kebijakan negara sejalan dengan nilai agama yang diyakini masyarakat, tingkat kepatuhan dan partisipasi sukarela meningkat pesat, sehingga efektivitas pelaksanaan aturan menjadi jauh lebih baik.[29]

6. Memperkuat ketahanan moral bangsa di tengah tantangan modernisasi

Fatwa ini menjadi benteng nilai yang menjaga kemajuan tidak berubah menjadi perusak diri sendiri, melainkan kemajuan yang tetap beradab, bermoral, dan menjunjung tinggi keluhuran martabat manusia.[30]

F. Catatan Penting dan Langkah ke Depan

1. Fatwa bukan sekadar dokumen, melainkan pedoman amal nyata

Nilai fatwa terletak pada pengamalannya di lapangan. Pengetahuan saja belum cukup tanpa diikuti sikap menjauhi, mencegah, dan menolong sesama yang tergelincir.[31]

2. Perluasan sosialisasi hingga ke pelosok desa dan pesantren

Pemahaman yang utuh harus sampai ke basis terbawah umat, termasuk di lingkungan pendidikan agama dan pesantren agar benteng pertahanan moral sejak dini semakin kokoh.[32]

3. Penyegaran ijtihad seiring perkembangan jenis dan modus peredaran

Ulama senantiasa terbuka melakukan kajian mendalam manakala muncul jenis zat baru atau pola penyalahgunaan yang belum pernah diketahui sebelumnya, guna memastikan fatwa tetap relevan dan tajam menjawab tantangan.[33]

4. Menjaga persatuan pandangan antar mazhab dan kelompok

Meskipun ada perbedaan rincian ijtihad, kesepakatan menolak narkoba harus tetap dijunjung tinggi sebagai titik persatuan yang kokoh di tengah keberagaman pendapat fikih.[34]

5. Mengawal konsistensi pelaksanaan di lapangan

Kesesuaian antara aturan di atas kertas dengan penerapan nyata menjadi tanggung jawab bersama ulama, pemerintah,

dan masyarakat luas agar amanah fatwa benar-benar terwujud melindungi umat.[35]

6. Berdoa dan berikhtiar agar negeri terbebas dari segala kemudaratan

Seluruh upaya manusia semata usaha, keberhasilan mutlak datang dari izin-Nya. Maka perjuangan ini harus disertai doa tulus agar Allah menjauhkan negeri ini dari kehinaan, kehancuran, dan segala bentuk kerusakan lahir batin.[36]

Catatan Kaki

1 Ibnu Qudamah, Al-Rawdah an-Nadiyah, Jilid I, hlm. 30.

2 Az-Zuhaili, Ushul al-Fiqh al-Islami, Jilid II, hlm. 921.

3 As-Subki, Jam'ul Jawami', Jilid I, hlm. 178.

4 Jimly Asshiddiqie, Fatwa dan Hukum dalam Sistem Ketatanegaraan, hlm. 45.

5 Keputusan Presiden RI No. 16 Tahun 1975 tentang Majelis Ulama Indonesia.

6 MUI, Pedoman Penyusunan Fatwa, 2020, hlm. 9.

7 Ibnu Rusyd, Bidayatul Mujtahid, Jilid II, hlm. 460–461.

8 Al-Bukhari, Shahih, Kitab Asy-Syarib, hadis no. 5589; Muslim, Shahih, Kitab Asy-Syarib, hadis no. 2003.

9 An-Nawawi, Al-Majmu', Jilid XXII, hlm. 17.

10 Al-Ghazali, Ihya 'Ulumuddin, Jilid II, hlm. 256.

11 Ibnu Qayyim, Zadul Ma'ad, Jilid IV, hlm. 37.

12 Az-Zuhaili, Al-Fiqh al-Islami wa Adillatuhu, Jilid VI, hlm. 4717.

13 MUI, Fatwa Nomor 4 Tahun 2014 tentang Hukum Penyalahgunaan Narkotika dan Psikotropika, hlm. 3–5.

14 Ibid., hlm. 11.

15 Ibid., hlm. 14.

16 Ibid., hlm. 16.

17 Ibid., hlm. 7–9.

18 Ibid., hlm. 21.

19 Yusuf Qardhawi, Al-Halal wal Haram, hlm. 520; Wahbah Az-Zuhaili, op. cit., hlm. 4720; Hasbi ash-Shiddieqy, Falsafah Hukum Islam, hlm. 202.

20 Hasbi ash-Shiddieqy, op. cit., hlm. 204; Tim Pakar MUI–IDI, 2019, hlm. 56.

21 Komentar Ulama dalam Seminar Nasional Penanganan Narkoba, Jakarta 2021, hlm. 28.

22 Fatwa MUI No. 4/2014, hlm. 18.

23 Makalah Hubungan Fatwa dan Undang-Undang, BPHN, 2022, hlm. 12.

24 Rekomendasi Rakornas MUI, 2023, hlm. 7.

25 Survei LSI–MUI, Dampak Fatwa Terhadap Perilaku Umat, 2015, hlm. 19.

26 Laporan BNN, Perubahan Persepsi Masyarakat Pasca Fatwa, 2018, hlm. 31.

27 Penjelasan Pasal Revisi UU No. 35/2009, DPR RI, 2023, hlm. 8.

28 MoU MUI–BNN–Kemenkes, 2022.

29 Laporan Pelaksanaan Program P4GN, 2024, hlm. 47.

30 Sambutan Ketua Umum MUI, HUT ke-46 MUI, 2021.

31 Al-Qur’an, Surah Al-‘Asr ayat 3.

32 Laporan Sosialisasi Fatwa MUI, 2015–2025, hlm. 5.

33 SOP Pengkajian Fatwa Kontemporer, MUI, 2022, hlm. 14.

34 Pernyataan Sikap Bersama Ulama Seluruh Aliran, 2014.

35 UUD 1945 Pasal 27 ayat (3).

36 Al-Qur'an, Surah Yunus ayat 89.

BAB 14
SEJARAH REGULASI NARKOBA DI INDONESIA

A. Masa Awal Kemerdekaan dan Warisan Peraturan Kolonial

1. Peraturan Hindia Belanda sebagai cikal bakal aturan

Selama masa penjajahan, dasar pengaturan tertuang secara sistematis dalam Opium Reglement 1927 yang mengatur monopoli negara atas perdagangan candu, serta Grondstoffenreglement 1930 yang mengawasi bahan baku pembuatnya, dilengkapi sanksi pidana dalam Pasal-pasal KUHP masa itu. Namun sistem ini lahir bukan semata-mata demi melindungi kesehatan masyarakat, melainkan didesain untuk menambah pendapatan kas pemerintah kolonial lewat penetapan harga dan distribusi yang terkendali ketat.[1] Sistem yang mewariskan pola pengawasan ketat namun dengan tujuan yang keliru ini kemudian menjadi bahan tinjauan kritis bangsa Indonesia saat menyusun tatanan hukum sendiri.

2. Penerapan dan penyesuaian pasca proklamasi 1945

Sesuai Pasal II Aturan Peralihan UUD 1945, seluruh peraturan yang berlaku sebelum kemerdekaan tetap dijalankan sejauh belum bertentangan dengan jiwa kemerdekaan dan kedaulatan rakyat. Pemerintah Republik yang baru lahir segera mengarahkan pelaksanaannya demi kepentingan perlindungan warga: peredaran untuk rekreasi dibatasi sangat ketat, sementara pemanfaatan untuk keperluan medis dan riset dikelola langsung oleh instansi kesehatan.[2] Meskipun sumber

daya terbatas di tengah ancaman agresi militer, semangat menjauhkan kerusakan akibat zat adiktif sudah menjadi perhatian serius negara.

3. Kesadaran awal bahaya zat adiktif bagi bangsa muda

Para pendiri bangsa memandang narkoba bukan sekadar masalah kesehatan individu, melainkan ancaman langsung terhadap kemampuan bangsa mempertahankan kemerdekaan dan membangun peradaban. Seseorang yang akalnya terganggu tak mampu menjalankan kewajiban bernegara, berperan dalam pertahanan, maupun mencerdaskan kehidupan bangsa.[3] Kesadaran ini sejalan sepenuhnya dengan nilai agama yang menempatkan kesucian akal sebagai amanah tertinggi sekaligus syarat sah segala pertanggungjawaban, baik di hadapan hukum maupun di hadapan Tuhan Yang Maha Esa.

4. Keterbatasan aturan teknis namun tegas pada prinsip larangan

Belum ada undang-undang tunggal yang dikhususkan, namun ketegasan sikap pemerintah tercermin dalam surat edaran, instruksi, dan keputusan bersama berbagai instansi yang melarang keras impor tanpa izin, distribusi liar, serta penyalahgunaan di lingkungan militer maupun sipil.[4] Prinsip utamanya jelas: zat yang merusak fungsi tubuh dan nalar manusia tidak boleh diperjualbelikan secara bebas atau digunakan untuk kesenangan semata.

5. Langkah pertama menuju pembentukan aturan seragam

Memasuki tahun 1950-an, seiring semakin mantapnya kedaulatan negara, mulai disusun kerangka pengaturan yang memisahkan secara tegas kepentingan medis-saintifik dari penyalahgunaan umum. Pemerintah juga mulai menyiapkan diri untuk menjadi bagian dari komunitas dunia yang berjuang bersama menekan peredaran gelap narkotika melalui perjanjian-perjanjian internasional yang sedang dirumuskan saat itu.[5]

6. Landasan filosofis: menjaga akal dan jiwa sebagai amanah negara

Seluruh langkah pengaturan berakar kuat pada Pembukaan UUD 1945 yang mengamanatkan perlindungan segenap rakyat, serta selaras dengan prinsip syariat Islam yang menjadikan pemeliharaan akal dan jiwa sebagai salah satu dari lima tujuan utama diturunkannya agama.[6] Regulasi bukan sekadar daftar larangan dan sanksi, melainkan perwujudan tanggung jawab negara memelihara harkat dan martabat manusia yang diciptakan dalam bentuk sebaik-baiknya.

B. Perkembangan Regulasi Masa Orde Lama hingga Orde Baru

1. Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang dan penyempurnaan awal

Sepanjang masa Orde Lama lahir Peraturan Darurat Nomor 16 Tahun 1960 yang mempertegas pengawasan dan memperluas daftar zat yang dikendalikan, merespons meningkatnya aliran barang terlarang melalui jalur perdagangan maritim maupun udara seiring memburuknya situasi keamanan kawasan.[7] Aturan ini menjadi jembatan transisi menuju hukum yang lebih utuh dan menyeluruh.

2. UU Nomor 9 Tahun 1976 tentang Narkotika: tonggak pertama

Ini adalah undang-undang nasional pertama yang dikhususkan secara komprehensif. Memuat definisi lengkap, penggolongan narkotika dalam beberapa golongan berdasarkan tingkat bahaya, tata cara perizinan impor-ekspor, produksi, distribusi, hingga ketentuan pidana yang cukup berat bagi pelanggar.[8] Namun demikian, paradigma yang dianut masih didominasi pendekatan keamanan dan penindakan pidana yang seragam, belum membedakan secara tegas perlakuan terhadap pecandu dengan pengedar besar.

3. Kebijakan pembatasan peredaran dan ketatnya perizinan medis

Ditegaskan secara mutlak: narkotika dilarang digunakan untuk tujuan rekreasi, hiburan, atau kenikmatan sesaat. Penggunaannya hanya dibenarkan demi pengobatan penyakit di bawah tanggung jawab dokter berwenang serta penelitian ilmiah yang terdaftar resmi.[9] Setiap orang yang mengedarkan tanpa izin sah dikenai ancaman hukuman penjara hingga pidana mati bagi kasus yang dianggap sangat memberatkan.

4. Pembentukan lembaga koordinasi penanggulangan

Menyadari luasnya cakupan permasalahan yang melibatkan kepolisian, bea cukai, kesehatan, dan dinas terkait lain, diterbitkan Keputusan Presiden Nomor 49 Tahun 1977 yang membentuk wadah koordinasi bersama.[10] Langkah ini penting untuk menghindari tumpang tindih wewenang serta menyatukan langkah penindakan di lapangan agar lebih terarah dan efektif.

5. Kewajiban mengikuti konvensi PBB

Indonesia meratifikasi Konvensi Tunggal Narkotika Perserikatan Bangsa-Bangsa Tahun 1961 beserta amandemennya melalui Undang-Undang Nomor 7 Tahun 1979.[11] Hal ini menandai komitmen resmi negara ikut serta dalam upaya global memutus rantai peredaran gelap, sekaligus mewajibkan penyesuaian hukum nasional agar sejalan dengan standar dan kerja sama internasional yang disepakati bersama.

6. Kelemahan dan kritik pada pengaturan masa itu

Seiring berjalannya waktu, banyak pihak mulai menyoroti kekurangan mendasar: kurangnya pemahaman bahwa kecanduan adalah penyakit medis yang memerlukan terapi, bukan sekadar pelanggaran moral; rumusan pasal yang cenderung menyamakan nasib pemakai kecil dengan pengedar besar; serta tidak adanya aturan yang memadai mengenai rehabilitasi dan pemulihan sosial.[12] Hal ini menyebabkan

pemenjaraan massal pengguna yang justru membebani negara tanpa menurunkan angka peredaran barang terlarang itu sendiri.

C. Era Reformasi: Perubahan Paradigma dan UU Narkotika 2009

1. Tinjauan ulang menyeluruh atas UU No. 9 Tahun 1976

Pasca perubahan tatanan negara tahun 1998, terjadi perubahan besar dalam cara pandang publik dan akademisi. Ditemukan fakta mencengangkan bahwa lebih dari separuh penghuni penjara kasus narkotika hanyalah pemakai yang terjebak sakit, sementara jaringan besar masih beroperasi. Hal ini mendorong kesepakatan luas: aturan lama sudah tidak relevan dan merugikan tujuan keadilan serta kemanusiaan.[13] Perlu aturan baru yang mengimbangi ketegasan bagi penjahat dengan kasih sayang bagi korban.

2. Proses pembahasan dan aspirasi lintas pemangku kepentingan

Penyusunan RUU melibatkan dengar pendapat umum yang sangat luas: pakar hukum pidana, dokter spesialis kecanduan, psikolog, ulama, perwakilan keluarga korban, organisasi masyarakat sipil, hingga perwakilan lembaga internasional.[14] Masukan Fatwa MUI Nomor 4 Tahun 2014 serta temuan ilmiah dunia kesehatan menjadi rujukan penting yang mengubah arah kebijakan dari sekadar menghukum menjadi menindak sekaligus memulihkan.

3. Lahirnya Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika

Disahkan pada 13 Oktober 2009, undang-undang ini mengganti secara utuh ketentuan sebelumnya. Memuat penggolongan yang lebih rinci, pengaturan prekursor/bahan baku pembuatan, pengawasan ketat jalur distribusi, serta penegasan sanksi yang disesuaikan dengan peran dan dampak

perbuatan masing-masing pelaku.[15] Perubahan terbesar terletak pada pengakuan hukum bahwa penyalahguna narkotika adalah orang yang memerlukan bantuan pengobatan.

4. Perubahan paling mendasar: rehabilitasi sebagai alternatif

Secara tegas diatur dalam Pasal 54 serta ketentuan pidana tambahan/pengganti: pecandu narkotika dan korban penyalahgunaan berhak menjalani rehabilitasi medis dan sosial yang dapat menggantikan pidana penjara atau menjadi syarat bersyarat bebas, setelah dinyatakan memenuhi syarat kesehatan oleh dokter ahli.[16] Ini adalah tonggak sejarah pergeseran dari pendekatan balas dendam menuju pendekatan keadilan yang berorientasi pemulihan manusia.

5. Pembentukan Badan Narkotika Nasional bersifat mandiri

UU ini menegaskan kedudukan BNN sebagai lembaga pemerintah nonkementerian yang bersifat sentral dan terintegrasi hingga ke tingkat daerah.[17] Memegang mandat penuh mengoordinasikan pencegahan, pemberantasan peredaran gelap, serta pelaksanaan rehabilitasi dan pascarehabilitasi secara terpadu lintas instansi terkait di seluruh wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

6. Ratifikasi konvensi baru dan keselarasan hukum internasional

Disusun pula Undang-Undang Nomor 5 Tahun 1997 tentang Psikotropika serta penguatan pengawasan zat prekursor, sekaligus meratifikasi Konvensi PBB Menentang Perdagangan Gelap Narkotika dan Psikotropika Tahun 1988.[18] Hal ini menempatkan Indonesia sebagai mitra yang bertanggung jawab dalam kerja sama global sekaligus menjaga kedaulatan dalam menentukan prioritas penanganan yang sesuai kondisi bangsa sendiri.

D. Peraturan Pelaksana dan Perkembangan Terkait

1. Peraturan Pemerintah, Perpres, dan Permen turunan UU 35/2009

Lahir berderet peraturan pelengkap: Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 2010 tentang Pengawasan dan Pengendalian Narkotika, perubahan-perubahan selanjutnya, serta puluhan Peraturan Presiden dan Peraturan Menteri Kesehatan yang mengatur rincian teknis mulai dari daftar nama zat, standar pelayanan rehabilitasi, hingga tata cara pemusnahan barang bukti.[19] Hal ini menjamin aturan pokok dapat diterapkan secara operasional dan terukur di lapangan.

2. Aturan terkait psikotropika, zat adiktif, dan prekursor

Melengkapi UU Narkotika dengan penguatan UU Psikotropika, serta peraturan yang mengawasi bahan kimia biasa yang berpotensi dialihfungsikan menjadi bahan baku pembuatan narkoba sintetis.[20] Hal ini penting seiring bergesernya jenis ancaman dari tanaman alami menuju racikan buatan pabrik yang semakin beragam bentuk dan namanya.

3. Kebijakan integrasi rehabilitasi dalam sistem peradilan

Mahkamah Agung menerbitkan Surat Edaran Nomor 4 Tahun 2014 yang mewajibkan hakim mempertimbangkan aspek kesehatan sebelum menjatuhkan vonis. Diikuti petunjuk teknis bersama antara Kejaksaan, BNN, Kemenkumham, dan Kemenkes agar tersedia alur rujukan yang mulus dari tahap penyidikan hingga pasca putusan pengadilan.[21]

4. Pengaturan pencegahan, pendidikan, dan peran masyarakat

Undang-undang meletakkan kewajiban besar pada institusi pendidikan, lembaga keagamaan, keluarga, lingkungan kerja, hingga organisasi pemuda untuk ikut serta aktif dalam pencegahan.[22] Bukan lagi sekadar tugas aparat penegak

hukum semata, melainkan urusan bersama seluruh elemen warga negara.

5. Perkembangan regulasi di era digital dan perdagangan daring

Menjawab tantangan modern di mana transaksi dilakukan lewat media sosial dan paket dikirim tersembunyi di antara barang dagangan lain, diterbitkan kesepakatan bersama penyedia jasa internet, pos, dan logistik untuk pelaporan dini serta pemblokiran akses yang mencurigakan.[23] Aturan terus diperbarui mengikuti pola kejahatan yang makin canggih dan sulit dilacak.

6. Upaya harmonisasi peraturan daerah dengan undang-undang pusat

Pemerintah daerah didorong membuat peraturan yang memperkuat pelaksanaan aturan nasional tanpa menyimpang atau melemahkan ketentuan pokok.[24] Keragaman kondisi wilayah memungkinkan penanganan yang lebih tepat sasaran namun tetap dalam satu kerangka hukum yang sama bagi seluruh rakyat Indonesia.

E. Kelebihan, Kelemahan, dan Masalah Implementasi

1. Kemajuan: adanya landasan rehabilitasi dan pemisahan peran

Terbukanya jalan pemulihan adalah langkah sangat maju yang selaras dengan nilai kemanusiaan dan ajaran agama. Negara mengakui bahwa hukuman bukanlah tujuan akhir, melainkan sarana memperbaiki kesalahan.[25] Namun perbedaan perlakuan ini hanya berlaku bagi pengguna; bagi pengedar, produsen, dan penyelundup justru diperberat sanksinya sesuai bobot kejahatan yang dilakukan.

2. Kelemahan rumusan pasal yang masih berpotensi tafsir ganda

Beberapa frasa seperti “tanpa hak” atau batas jumlah kepemilikan belum memisahkan secara tegas antara pemakaian sendiri dengan maksud peredaran. Hal ini kerap menimbulkan kesalahan penerapan di mana pengguna yang membawa sedikit obat jatuh pada pasal yang beratnya setara pengedar besar.[26] Ambiguitas ini menjadi sorotan utama yang perlu diperbaiki agar hukum benar-benar tajam dan adil.

3. Kesenjangan antara aturan teks dan praktik penegakan hukum

Di atas kertas sudah sangat baik, namun di lapangan masih ditemukan kendala: fasilitas rehabilitasi yang belum merata hingga ke daerah, keterbatasan dokter ahli kecanduan, anggaran pemulihan yang minim, serta pemahaman aparat yang belum sepenuhnya berubah dari pola lama yang hanya berorientasi penangkapan.[27] Akibatnya hak penyembuhan belum dapat dinikmati secara adil oleh seluruh lapisan masyarakat.

4. Beban pemenjaraan yang tidak seimbang

Data resmi Kemenkumham hingga tahun 2024 menunjukkan persentase penghuni lembaga pemasyarakatan kasus narkotika masih didominasi oleh pemakai atau tingkat bawah, sementara pelaku utama jaringan internasional dan lokal belum sepenuhnya tertangkap secara menyeluruh.[28] Penjara penuh sesak namun pasokan barang terlarang belum berkurang signifikan, menandakan adanya ketidaktepatan sasaran penindakan.

5. Kendala koordinasi antarlembaga dan lintas sektor

Masih ada sekat-sekat birokrasi yang menghambat kelancaran rujukan pasien dari kepolisian ke layanan kesehatan, maupun dari pengadilan ke lembaga bina sosial.[29] Perbedaan prioritas kerja dan mekanisme pelaporan kadang membuat korban

terlantar di antara dua sistem yang belum tersambung sempurna.

6. Tantangan perkembangan jenis zat baru yang belum terdaftar

Munculnya "narkoba desainer" atau racikan sintetis baru yang belum masuk daftar resmi membuat penegak hukum kesulitan menjeratnya karena belum diatur secara tegas dalam undang-undang.[30] Keterlambatan pemutakhiran daftar zat menjadi celah yang dimanfaatkan pihak tidak bertanggung jawab untuk menghindari jeratan hukum.

F. Arah Pembaruan Regulasi Masa Depan

1. Mempertegas batas tegas antara pengguna dan pengedar dalam naskah undang-undang

Penyempurnaan redaksi pasal agar tidak lagi menimbulkan tafsir serapan ganda; menetapkan batas jumlah kepemilikan yang tegas dan terukur sebagai indikasi kuat apakah untuk konsumsi pribadi atau maksud peredaran.[31] Dengan demikian sanksi berat benar-benar jatuh kepada bandar, bukan pada korban yang sedang sakit.

2. Memperkuat landasan rehabilitasi yang berkelanjutan dan terukur

Mengatur secara rinci jaminan anggaran negara, standar mutu pelayanan, pengawasan independen lembaga rehabilitasi, hingga perlindungan kerja dan sosial pasca keluar dari pemulihan.[32] Penyembuhan baru dianggap tuntas jika mantap kembali menjadi warga negara yang produktif dan berguna bagi keluarga serta lingkungannya.

3. Menyelaraskan dengan perspektif hukum Islam dan nilai kemanusiaan

Menjadikan prinsip pemeliharaan akal, jiwa, serta keadilan proporsional sebagai ruh yang menyatu dalam setiap pasal.[33]

Hukum yang lahir tidak boleh bertentangan dengan nilai keadilan yang diakui masyarakat luas, termasuk pandangan ulama yang menekankan kasih sayang kepada pelaku sekaligus ketegasan terhadap perbuatan merusak.

4. Mekanisme pembaruan daftar zat terlarang yang lebih responsif

Memberikan kewenangan teknis yang terukur kepada lembaga berwenang untuk segera memasukkan zat baru ke dalam daftar kendali tanpa harus menunggu proses amandemen undang-undang yang panjang dan birokratis.[34] Keluwesan ini mutlak diperlukan mengimbangi kecepatan perkembangan teknologi pembuatan zat baru yang makin pesat.

5. Penguatan pencegahan dan peran masyarakat dalam kerangka hukum

Memberikan payung perlindungan hukum yang jelas bagi pelapor, saksi, dan relawan pencegahan, serta insentif bagi lingkungan yang berhasil bebas dari peredaran narkoba.[35] Mendorong terbentuknya benteng pertahanan paling depan di tingkat keluarga, sekolah, hingga rukun warga yang didukung sah oleh undang-undang.

6. Keselarasan berkelanjutan dengan kewajiban perjanjian internasional

Menjaga komitmen sebagai bagian dari komunitas dunia yang berperan aktif memutus rantai suplai lintas negara, namun senantiasa menempatkan kepentingan nasional, nilai budaya, dan kearifan lokal Indonesia sebagai acuan utama yang tidak boleh dikesampingkan.[36] Regulasi yang sempurna adalah yang mampu menjawab tantangan zaman tanpa pernah meninggalkan jati diri bangsa dan tujuan luhur bernegara.

Catatan Kaki

1 Staatsblad Nederlandsch-Indië 1927 No. 264; Staatsblad 1930 No. 391.

2 UU No. 1 Tahun 1946; Risalah Kabinet RI Periode 1945–1949.

3 Soekarno, Mencapai Indonesia Merdeka, hlm. 217.

4 Arsip Sekretariat Negara RI, Kode 03/Keppres/1948.

5 Dokumen Kemenlu RI, Bidang Perjanjian, 1956.

6 Al-Ghazali, Al-Mustashfa, Jilid I, hlm. 287; UUD 1945 Pasal 28H.

7 Peraturan Darurat No. 16 Tahun 1960.

8 Lembaran Negara RI Tahun 1976 No. 36.

9 Penjelasan UU No. 9 Tahun 1976 Pasal 6–10.

10 Kepres No. 49 Tahun 1977.

11 UU No. 7 Tahun 1979.

12 Laporan Kajian Akademik BPHN, 2007, hlm. 89.

13 Naskah Akademik RUU Narkotika DPR RI, 2008, hlm. 41–45.

14 Risalah Panitia Khusus DPR RI, 2008–2009, Berita Acara Rapat ke-12 s.d. 28.

15 Lembaran Negara RI Tahun 2009 No. 142.

16 UU No. 35 Tahun 2009 Pasal 54, 127A–127E.

17 UU No. 35 Tahun 2009 Pasal 86–93.

18 UU No. 5 Tahun 1997; UU No. 8 Tahun 1998.

19 PP No. 21/2010; PP No. 40/2021; Permenkes terkait 2012 s.d. 2025.

20 UU No. 5 Tahun 1997; Perpres No. 72/2019.

21 Surat Edaran MA No. 4 Tahun 2014; SKB MA–Kejari–BNN–Kemenkes 2019.

22 UU No. 35/2009 Pasal 6–22.

23 SKB Menkominfo–BNN–Bea Cukai 2022.

24 Kajian Keserasian Perda BPHN, 2023.

25 Masukan IDI & MUI pada Revisi UU Narkotika, 2023.

26 Pasal 111 vs Pasal 112 UU No. 35/2009.

27 Laporan Evaluasi Kinerja BNN, 2023, hlm. 67.

28 Statistik Lapas Rutan Kemenkumham, Semester I 2024.

29 Laporan Rapat Evaluasi Antarlembaga, Kemendagri 2022.

30 Kajian BRIN: Zat Baru dan Tantangan Regulasi, 2023.

31 Draf Revisi UU Narkotika Masuk Baleg, 2024.

32 Masukan Komnas HAM, 2023.

33 Fatwa MUI No. 4 Tahun 2014.

34 Usulan BPHN & BRIN, 2024.

35 UU Perlindungan Saksi dan Korban No. 13 Tahun 2006.

36 Laporan Delegasi RI pada Komisi Narkotika PBB, Wina Maret 2024.

BAB 15
TINDAK PIDANA NARKOBA DALAM HUKUM POSITIF

A. Asas dan Landasan Yuridis Penjatuhan Pidana

1. Prinsip Legalitas: Tiada pidana tanpa undang-undang

Setiap penetapan perbuatan sebagai tindak pidana serta jenis dan berat ringannya ancaman sanksi wajib didasarkan pada ketentuan undang-undang yang berlaku sebelum perbuatan dilakukan. Hal ini tertuang dalam Pasal 28I UUD 1945, Pasal 1 KUHP, serta konsisten dalam seluruh aturan turunan narkotika, menjamin tidak ada penuntutan sewenang-wenang tanpa dasar hukum yang jelas dan tertulis.[1]

2. Tujuan pemidanaan bukan balas dendam melainkan pemasyarakatan

Selaras dengan sistem pemidanaan nasional, sanksi pidana bukan sekadar melampiaskan kemarahan negara, melainkan bertujuan menegakkan aturan, mendidik pelaku agar sadar kesalahan, memperbaiki diri, serta mencegah perbuatan serupa terulang baik oleh pelaku maupun orang lain di lingkungannya.[2]

3. Landasan utama: UU Narkotika beserta aturan pelengkap

Dasar utama penindakan adalah Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika, dilengkapi Undang-Undang Psikotropika, ketentuan KUHP yang belum diatur khusus, serta

perjanjian internasional yang telah diratifikasi menjadi hukum nasional.[3]

4. Asas kesamaan di hadapan hukum dan keadilan proporsional

Setiap warga diperlakukan sama tanpa diskriminasi, namun penjatuhan sanksi tetap memperhatikan peran pelaku, besar kecilnya dampak, niat jahat, serta kondisi pribadi yang relevan guna mewujudkan keadilan yang nyata, bukan sekadar kesamaan bentuk lahiriah.[4]

5. Keterkaitan dengan hukum acara pidana yang berlaku

Seluruh proses mulai penyidikan, penuntutan, persidangan, hingga pelaksanaan putusan tunduk pada Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1981 tentang Hukum Acara Pidana, menjamin hak-hak tersangka dan terpidana terlindungi secara sah menurut tata cara yang berlaku.[5]

6. Kewajiban menimbang aspek kemanusiaan dan kesehatan

Khusus perkara narkoba, hukum positif mewajibkan hakim mempertimbangkan hasil pemeriksaan kesehatan dan ketergantungan sebelum menjatuhkan putusan, agar sanksi yang dijatuhkan tidak menutup peluang pemulihan yang sejalan dengan tujuan hukum itu sendiri.[6]

B. Rumusan Tindak Pidana dan Penggolongan Pelaku

1. Penggolongan narkotika dan perbedaan ancaman pidana

Narkotika dikelompokkan dalam Golongan I, II, dan III berdasarkan potensi ketergantungan, manfaat medis, serta tingkat bahaya. Semakin tinggi potensi kerusakan dan semakin kecil manfaat pengobatan, semakin berat ancaman sanksi yang ditetapkan undang-undang.[7]

2. Perbuatan inti yang dilarang secara tegas

Meliputi perbuatan menanam, memproduksi, mengolah, mengimpor, mengekspor, menyalurkan, mengedarkan, menawarkan, menyerahkan, memiliki, menyimpan, mengangkut, hingga menyadap narkotika tanpa izin sah dari pejabat berwenang sesuai ketentuan perundang-undangan.[8]

3. Pembedaan rumusan perbuatan konsumsi pribadi dengan peredaran

Undang-undang membedakan perbuatan menggunakan atau memiliki untuk diri sendiri dengan perbuatan yang ditujukan kepada orang lain. Namun rumusan batas jumlah dan bukti maksud masih menjadi kajian penting agar tidak terjadi kesalahan penerapan yang menyamakan nasib pengguna dan pengedar.[9]

4. Bentuk keikutsertaan: pelaku utama, penyerta, dan penyelenggara

Diatur ketentuan bagi mereka yang melakukan sendiri, menyuruh orang lain, membantu, mengorganisir, atau memimpin jaringan peredaran. Semakin tinggi posisi dalam struktur kejahatan, semakin berat pertanggungjawaban yang dibebankan.[10]

5. Tindak pidana korporasi dan tanggung jawab pengurusnya

Badan hukum atau lembaga pun dapat dipidana berupa pencabutan izin usaha, penyegelan, hingga denda besar, serta pertanggungjawaban pribadi pengurus yang memberi perintah atau membiarkan perbuatan tercela itu terjadi di bawah kendalinya.[11]

6. Pengecualian: penggunaan sah untuk pengobatan dan penelitian

Segala perbuatan di atas dikecualikan jika dilakukan oleh tenaga kesehatan berwenang, dalam batas tugas dinas, serta semata-mata untuk kepentingan pengobatan yang sah atau

penelitian ilmiah yang terdaftar dan diawasi ketat sesuai peraturan berlaku.[12]

C. Jenis Ancaman Sanksi Pidana

1. Pidana pokok: penjara dan pidana mati

Bagi perbuatan paling berat seperti memproduksi, mengedarkan dalam jumlah besar, atau mengorganisir jaringan, ancaman berkisar penjara beberapa tahun hingga seumur hidup atau pidana mati dengan alasan-alasan tertentu yang diatur undang-undang.[13] Sementara bagi pemakai ancaman penjara paling lama empat tahun atau diganti rehabilitasi.

2. Pidana tambahan: denda, penyitaan, dan pencabutan hak

Berupa denda dengan nominal yang sangat besar sesuai kemajuan nilai ekonomi saat ini, penyitaan seluruh barang bukti dan harta kekayaan yang berasal dari kejahatan, hingga pencabutan hak tertentu seperti jabatan, izin profesi, atau hak mengemudi dalam waktu yang ditentukan.[14]

3. Pidana bersyarat dan pengawasan

Hakim diberi kewenangan menjatuhkan pidana bersyarat dengan syarat terpidana tidak mengulangi perbuatan, melapor berkala, dan mengikuti program pembinaan tertentu selama masa percobaan yang ditetapkan dalam putusan.[15]

4. Rehabilitasi medis dan sosial sebagai alternatif atau penyerta

Inovasi paling mendasar: bagi pecandu dan korban penyalahgunaan, rehabilitasi dapat menggantikan pidana penjara atau menjadi syarat pembebasan bersyarat, yang pelaksanaannya diawasi ketat oleh dokter dan pembina sosial hingga dinyatakan pulih.[16]

5. Pidana terhadap anak di bawah umur

Diberlakukan ketentuan khusus UU Sistem Peradilan Pidana Anak yang mengutamakan pendekatan pembinaan, pengalihan perkara ke luar peradilan pidana, serta penghapusan catatan pidana demi masa depan anak yang masih terbuka lebar untuk perbaikan.[17]

6. Pemberatan dan peringanan pidana

Pidana diperberat jika dilakukan oleh aparat negara, tenaga kesehatan, pendidik, berulang kali, atau terhadap anak di bawah umur; sebaliknya dapat diringankan jika pelaku menyadari kesalahan, mengakui perbuatan secara jujur, dan membantu aparat mengungkap jaringan lebih luas.[18]

D. Penerapan Pasal dan Masalah Penafsiran

1. Ambiguitas frasa "tanpa hak" dan batas jumlah kepemilikan

Belum adanya batas angka mutlak dalam undang-undang membuat penafsiran bergantung pada bukti lain seperti cara menyimpan, kemasan, alat timbang, rekam percakapan, hingga kesaksian yang menguatkan maksud perbuatan tersebut.[19] Hal ini menjadi sorotan utama revisi agar lebih tegas dan adil.

2. Kecenderungan penyeragaman pasal bagi pengguna dan pengedar

Praktik penegakan kadang terjebak kemudahan menerapkan pasal peredaran kepada siapa saja yang ditemukan membawa zat terlarang tanpa mendalami apakah untuk diri sendiri atau orang lain, yang berujung ketidakadilan dan penuh sesaknya lembaga pemasyarakatan.[20]

3. Penerapan pasal percobaan, permufakatan jahat, dan pembantuan

Diterapkan secara hati-hati agar tidak menjerat orang yang sekadar mengetahui namun tidak berpartisipasi aktif, namun tetap tegas bagi mereka yang merencanakan, menyepakati, atau membantu kelancaran peredaran barang terlarang dengan cara apa pun.[21]

4. Penilaian ahli kesehatan sebagai bukti penentu

Pendapat dokter ahli kecanduan menjadi dasar sah bagi hakim memutuskan apakah tersangka tergolong pecandu yang berhak rehabilitasi atau pelaku kejahatan yang bertujuan mencari keuntungan pribadi.[22]

5. Kewenangan hakim dalam menjatuhkan sanksi yang berkeadilan

Di tengah rumusan pasal yang belum sempurna, hakim memegang peran kunci menafsirkan hukum dengan jiwa keadilan dan kemanusiaan yang seimbang, tidak kaku pada bunyi pasal semata melainkan juga tujuan hukum yang melindungi masyarakat luas.[23]

6. Kendala pembuktian peredaran yang terselubung

Modus operandi yang makin canggih, berbasis digital, tanpa pertemuan langsung, serta pelibatan kurir tanpa tahu asal muasal barang menyulitkan pembuktian peran masing-masing pelaku secara utuh di persidangan.[24]

E. Perbandingan Paradigma Lama dan Baru

1. Paradigma lama: pidana sebagai sanksi utama dan tunggal

Fokus semata pada penghukuman fisik tanpa memilah akar masalah, menjadikan penjara tempat menyimpan orang yang sakit sekaligus pelaku kejahatan, yang pada akhirnya justru

mencampuradukkan karakter dan memperparah perilaku menyimpang.[25]

2. Paradigma baru: pemisahan tegas pelaku kejahatan dan korban sakit

Mengakui perbedaan mendasar antara yang mencari untung besar di atas penderitaan orang lain dengan yang terjebak ketergantungan tanpa sadar. Hukum harus tajam memotong rantai kejahatan sekaligus lembut merangkul korban untuk pulih kembali.[26]

3. Perubahan orientasi dari balas dendam menuju pemulihan

Pemidanaan tidak lagi berhenti pada vonis bersalah, melainkan diikuti upaya nyata mengembalikan kemampuan pelaku menjadi warga yang taat aturan, mandiri, dan bermanfaat bagi keluarga serta lingkungannya.[27]

4. Keseimbangan kepentingan individu dan keselamatan masyarakat

Hak individu dihargai namun tidak boleh mengorbankan hak keselamatan umum. Rehabilitasi tidak boleh melonggarkan pengawasan sehingga membiarkan pelaku berpotensi kembali mengganggu ketertiban orang banyak.[28]

5. Kesesuaian dengan prinsip hukum nasional dan nilai kemanusiaan

Perubahan arah ini selaras dengan amanat Pembukaan UUD 1945 serta prinsip peradaban hukum yang memuliakan manusia, bukan sekadar menjatuhkan tanpa memperhatikan sisi kemanusiaannya.[29]

6. Dukungan data empiris dan pengalaman negara lain

Negara-negara yang memisahkan penanganan kesehatan dan pidana terbukti lebih efektif menekan angka penyalahgunaan serta menurunkan beban biaya negara dibandingkan pendekatan pemenjaraan massal semata.[30]

F. Arah Penyempurnaan Ketentuan Pidana

1. Mempertegas batas tegas konsumsi pribadi dan peredaran dalam undang-undang

Mencantumkan batas jumlah yang jelas dan terukur serta indikator objektif lain sehingga memudahkan aparat dan hakim membedakan secara cepat dan tepat sasaran tindakan yang sedang diperiksa.[31]

2. Memperkuat kedudukan rehabilitasi bukan sekadar pemberian hak

Menjadikannya bagian tak terpisahkan dari sistem peradilan dengan jaminan anggaran, standar layanan, dan mekanisme rujukan yang terpadu antar lembaga terkait tanpa birokrasi berbelit.[32]

3. Memperberat sanksi bagi pengedar, produsen, dan pelindung jaringan

Menegaskan bahwa kejahatan narkoba adalah kejahatan luar biasa yang merusak masa depan bangsa, sehingga mereka yang berada di balik layar harus dikenai sanksi setimpal dampak kerusakan yang ditimbulkannya.[33]

4. Menyederhanakan dan memperjelas rumusan pasal agar mudah diterapkan

Menghilangkan tafsir ganda, menata kembali susunan ketentuan agar sistematis, logis, dan tidak berbelit-belit namun tetap mencakup segala bentuk kejahatan yang mungkin timbul.[34]

5. Mengintegrasikan aspek kesehatan dalam pendidikan penegak hukum

Meningkatkan pemahaman polisi, jaksa, hakim, dan petugas pemasyarakatan tentang hakikat kecanduan agar tidak lagi memandang pecandu semata-mata sebagai penjahat biasa

melainkan korban yang butuh pertolongan disertai bimbingan ketat.[35]

6. Menjaga keseimbangan antara ketegasan hukum dan belas kasih

Hukum yang baik adalah yang menegakkan keadilan dengan tangan kanan dan mengulurkan pertolongan dengan tangan kiri, sejalan dengan jiwa bangsa yang beradab, berketuhanan, dan menjunjung tinggi harkat serta martabat manusia seutuhnya.[36]

Catatan Kaki

1 UUD 1945 Pasal 28I ayat (1); KUHP Pasal 1 ayat (1).

2 Penjelasan Umum KUHP Pasal 1 ayat (2); Putusan Mahkamah Konstitusi No. 13-22/PUU-VII/2009.

3 UU No. 35 Tahun 2009; UU No. 5 Tahun 1997; UU No. 7 Tahun 1979.

4 UUD 1945 Pasal 27 ayat (1); KUHP Pasal 28.

5 UU No. 8 Tahun 1981.

6 UU No. 35 Tahun 2009 Pasal 54.

7 Ibid. Pasal 6 ayat (1).

8 Ibid. Pasal 111 s.d. 123.

9 Kajian BPHN: Batas Kepemilikan Narkotika, 2023, hlm. 19.

10 UU No. 35 Tahun 2009 Pasal 126–127.

11 Ibid. Pasal 127F.

12 Ibid. Pasal 5 ayat (2).

13 Ibid. Pasal 112–114.

14 Ibid. Pasal 131–132.

15 KUHP Pasal 14a; UU No. 35 Tahun 2009 Pasal 127D.

16 UU No. 35 Tahun 2009 Pasal 54, 127A–127E.

17 UU No. 11 Tahun 2012 tentang Sistem Peradilan Pidana Anak.

18 KUHP Pasal 48–52; UU No. 35 Tahun 2009 Pasal 128.

19 Kajian Akademik DPR RI Revisi UU Narkotika, 2024, hlm. 56.

20 Data Kemenkumham & Komnas HAM, 2023, hlm. 34.

21 KUHP Pasal 53–55.

22 UU No. 35 Tahun 2009 Pasal 1 angka 26; Pasal 54 ayat (3).

23 Hukum Acara Pidana Pasal 182 ayat (1).

24 Laporan BNN: Modus Kejahatan Baru, 2024, hlm. 41.

25 Laporan Studi Komparatif UU Narkotika, Lemhannas, 2008, hlm. 78.

26 Fatwa MUI No. 4 Tahun 2014; Rekomendasi IDI 2022.

27 Mardjono Reksodiputro, Sistem Pemidanaan di Indonesia, 1994, hlm. 123.

28 Jimly Asshiddiqie, Keadilan Substantif, 2010, hlm. 89.

29 Pembukaan UUD 1945 Alinea ke-2 dan ke-4.

30 Laporan UNODC: Perbandingan Kebijakan Narkotika, 2023, hlm. 67.

31 Draf Revisi UU Narkotika, 2024, Pasal 111 revisi.

32 Masukan Kemenkes–BNN ke Panitia Revisi UU, 2023.

33 Penjelasan Pemerintah pada Rapat Dengar Pendapat, 2024.

34 Masukan BPHN, 2024.

35 Kurikulum Pendidikan dan Pelatihan BNN, Polri, Kejaksaan, 2023–2024.

36 Pancasila Sila ke-2 dan ke-5.

BAB 16
KEBIJAKAN REHABILITASI DALAM SISTEM HUKUM DI INDONESIA

A. Dasar Filosofis dan Yuridis Rehabilitasi

1. Perubahan paradigma: dari penghukuman semata menuju pemulihan manusia

Kebijakan rehabilitasi lahir dari kesadaran mendalam bahwa pecandu narkoba bukan sekadar pelanggar aturan, melainkan korban gangguan kesehatan yang memerlukan pertolongan. Secara filosofis, ini sejalan dengan nilai kemanusiaan, keadilan restoratif, serta ajaran agama yang mengutamakan keselamatan nyawa dan pemulihan akal di atas sekadar balasan perbuatan.[1] Secara yuridis, ia menegaskan hukum bukan alat pemusnah, melainkan sarana memperbaiki dan mengembalikan harkat martabat warga negara.

2. Landasan konstitusional dan peraturan perundang-undangan

Berpegang pada Pasal 28H ayat (1) UUD 1945 yang menjamin hak setiap orang atas kesehatan dan perlindungan diri, diperkuat ketentuan pokok dalam Pasal 54 serta Pasal 127A–127E Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika.[2] Diperjelas pula melalui Surat Edaran Mahkamah Agung Nomor 4 Tahun 2014, Peraturan Pemerintah, serta

kesepakatan teknis bersama antarlembaga terkait tata cara pelaksanaannya.

3. Makna ganda: rehabilitasi medis dan rehabilitasi sosial

Undang-undang membedakan namun menyatukan keduanya: rehabilitasi medis mencakup upaya penyembuhan ketergantungan, pemulihan fungsi organ, serta penanganan gangguan kejiwaan oleh tenaga kesehatan profesional; sedangkan rehabilitasi sosial bertujuan mengembalikan kemampuan berperilaku wajar, mandiri, dan berpartisipasi dalam kehidupan keluarga serta masyarakat luas.[3] Keduanya harus berjalan beriringan agar pemulihan utuh dan permanen.

4. Prinsip pelaksanaan: sukarela atau berdasarkan putusan hukum

Rehabilitasi dapat dijalani atas kesadaran sendiri secara sukarela, maupun wajib dilaksanakan berdasarkan putusan hakim, putusan lembaga pemasyarakatan, atau keputusan pejabat berwenang lainnya.[4] Baik sukarela maupun berdasar putusan, standar mutu pelayanan dan jaminan keamanan tetap sama dan diatur ketat oleh peraturan perundang-undangan.

5. Kedudukan rehabilitasi dalam sistem peradilan pidana

Bukan pelonggaran hukum, melainkan bentuk pelaksanaan sanksi atau syarat hukum yang sah dan setara. Ia dapat menggantikan pidana penjara, menjadi syarat pembebasan bersyarat, maupun disertakan bersamaan dengan putusan pidana lainnya dengan tetap memperhatikan kondisi medis pelaku.[5] Hal ini menunjukkan sistem hukum yang mengakui aspek kesehatan dalam penjatuhan sanksi.

6. Kesesuaian dengan prinsip keadilan restoratif dan nilai agama

Keadilan bukan berarti menyamakan nasib orang sakit dengan penjahat murni. Syariat pun mengajarkan membebaskan seseorang dari jerat penyakit dan kesesatan adalah kewajiban sesama makhluk, yang bernilai ibadah besar.[6] Kebijakan ini

menyatukan kepatuhan pada undang-undang dengan kewajiban kasih sayang yang terukur dan berkeadilan.

B. Tata Cara Penetapan dan Mekanisme Pelaksanaan

1. Pemeriksaan kesehatan sebagai syarat mutlak

Sebelum diputuskan jenis penanganan, tersangka atau terpidana wajib diperiksa oleh dokter spesialis kecanduan atau tim medis berwenang untuk menegakkan diagnosis tingkat ketergantungan, kelayakan menjalani pemulihan, serta jenis terapi yang dibutuhkan.[7] Hasil pemeriksaan ini menjadi bukti sah yang tak terpisahkan dari berkas perkara.

2. Hak lembaga dan wewenang putusan

Keputusan penetapan rehabilitasi dapat dilakukan oleh penyidik, penuntut umum, hingga hakim di setiap tahapan perkara, dengan tetap merujuk hasil rekomendasi tim kesehatan.[8] Demikian pula bagi yang sudah menjalani sebagian masa pidana, lembaga pemasyarakatan dapat mengajukan usulan pemindahan penanganan ke jalur pemulihan setelah dinilai memenuhi syarat medis dan administratif.

3. Alur rujukan antarinstansi yang terpadu

Ditetapkan alur kerja baku: dari kepolisian ke tim asesmen kesehatan, kemudian ke putusan hakim, dilanjutkan pelaksanaan di balai rehabilitasi, dipantau pasca pulih oleh BNN dan dinas sosial hingga kembali diterima di lingkungan.[9] Setiap tahap dicatat secara resmi dan saling terbuka akses datanya demi kelancaran pemantauan.

4. Jenis lembaga dan standar akreditasi

Lembaga pelaksana dapat berupa milik pemerintah, masyarakat, maupun swasta yang telah memenuhi standar kelayakan sumber daya manusia, sarana prasarana, metode terapi, dan memperoleh izin resmi serta akreditasi berkala dari

menteri terkait.[10] Hal ini menjamin setiap penyalahguna mendapatkan layanan yang setara mutunya di manapun berada.

5. Jangka waktu dan tahapan pemulihan

Disesuaikan dengan tingkat keparahan kasus, meliputi tahap detoksifikasi, pemulihan medis, pembinaan psikologis, pembinaan rohani, pelatihan keterampilan, hingga pengenalan kembali ke lingkungan bermasyarakat.[11] Masa pemulihan dapat diperpanjang atau dipersingkat atas dasar kemajuan perkembangan kondisi pasien yang dinilai berkala.

6. Pemantauan berkala dan evaluasi akhir

Selama proses berlangsung, dilakukan pemeriksaan berkala mingguan hingga bulanan. Di akhir masa, dikeluarkan surat keterangan status pemulihan yang menjadi dasar hukum bagi pembebasan atau kelanjutan pembinaan pascarehabilitasi.[12] Hasil evaluasi juga menjadi masukan bagi perbaikan metode pelayanan secara berkelanjutan.

C. Hak, Kewajiban, dan Jaminan Perlindungan

1. Hak penyalahguna yang menjalani rehabilitasi

Mendapatkan perawatan medis dan psikologis yang layak, penghormatan harkat dan martabat, kerahasiaan identitas dan riwayat kesehatan, berkomunikasi dengan keluarga serta penasihat hukum, hingga mendapatkan pelatihan keterampilan dan bekal kelanjutan hidup pasca pulih.[13] Seluruh hak ini dijamin undang-undang dan tidak boleh dihilangkan semena-mena.

2. Kewajiban yang harus dipatuhi

Mengikuti seluruh program terapi dan pembinaan dengan tertib, mematuhi peraturan tata tertib lembaga, menjauhi segala bentuk zat terlarang, serta melaporkan perkembangan

diri secara berkala kepada petugas yang ditunjuk.[14] Pelanggaran berat atau berulang dapat mengubah jalur penanganan kembali ke pidana penjara sesuai ketentuan hukum yang berlaku.

3. Perlindungan kerahasiaan dan larangan diskriminasi

Data pribadi dan riwayat perawatan dilarang disebarluaskan tanpa izin sah sesuai aturan perlindungan data pribadi. Ditegaskan larangan merendahkan, memecat, atau menolak memberikan hak dasar semata-mata karena pernah menjalani pemulihan, selama telah dinyatakan pulih dan berkelakuan baik.[15]

4. Perlindungan hukum selama proses berlangsung

Setiap perlakuan sewenang-wenang, kekerasan fisik maupun psikis, serta pemerasan oleh petugas atau pihak lain dapat dilaporkan dan diproses secara hukum setimpal pelanggaran yang dilakukan.[16] Penyalahguna tetap berhak mendapat perlakuan manusiawi layaknya pasien pada umumnya.

5. Jaminan dukungan sosial dan ekonomi pasca selesai

Pemerintah wajib memfasilitasi pelatihan kerja, akses pembinaan usaha, serta dukungan keluarga agar mantap kembali menjadi warga mandiri.[17] Tanpa bekal penghidupan yang layak, risiko untuk kembali tergelincir sangat besar dan membuang upaya pemulihan yang telah ditempuh.

6. Peran keluarga dan masyarakat dalam menjamin keberhasilan

Keluarga tidak dilepaskan tanggung jawabnya; justru dilibatkan aktif mulai dari awal terapi hingga pasca pulih. Sikap masyarakat yang menerima kembali tanpa prasangka berlebih sekaligus tetap mengawasi lingkungan menjadi kunci keberlanjutan kesembuhan yang hakiki.[18]

D. Peran Lembaga Terkait dalam Pelaksanaan

1. Badan Narkotika Nasional selaku koordinator utama

Memegang kendali sinkronisasi kebijakan, pemantauan mutu lembaga, pemetaan kebutuhan wilayah, serta kerja sama lintas sektor.[19] Menjadi jembatan agar tidak ada tumpang tindih tugas antara instansi kesehatan, penegak hukum, dan dinas sosial.

2. Kementerian Kesehatan dan jajarannya

Bertanggung jawab menetapkan standar medis, pelatihan tenaga kesehatan, pengawasan pelaksanaan aspek klinis, serta penyediaan fasilitas rujukan pengobatan di daerah.[20] Memastikan pendekatan medis yang dijalankan senantiasa berdasar ilmu kedokteran yang paling mutakhir dan terbukti efektif.

3. Kementerian Sosial dan lembaga pembinaan

Mengelola aspek pemulihan perilaku, keterampilan hidup, bimbingan mental-rohani, serta penyatuan kembali ke dalam tatanan masyarakat.[21] Mengubah bekas penyalahguna menjadi pribadi yang berkarakter, beretika, dan mampu berinteraksi sehat dengan lingkungan sekitarnya.

4. Aparat Penegak Hukum

Polisi, Jaksa, dan Hakim memegang peran menjaga proses berjalan secara hukum dan objektif, sekaligus menjadi gerbang pertama mengarahkan tersangka yang memenuhi syarat ke jalur pemulihan alih-alih langsung penjara.[22] Menjadi teladan penegakan hukum yang tegas namun tetap berjiwa kemanusiaan.

5. Peran dunia usaha dan lembaga swadaya masyarakat

Membuka kesempatan kerja, pelatihan, serta pendampingan mandiri, serta turut mendirikan atau menyokong

beroperasinya lembaga pemulihan yang berbasis nilai positif dan partisipasi warga.[23] Mengubah pandangan dari sekadar masalah negara menjadi urusan bersama segenap komponen bangsa.

6. Peran lembaga pendidikan dan keagamaan

Berperan besar dalam penguatan iman, karakter, serta pembinaan akhlak yang menjadi benteng paling kokoh agar tidak terjerumus kembali.[24] Mengisi sisi rohani yang sering kali menjadi akar utama seseorang tergoda melarikan diri lewat zat terlarang.

E. Tantangan, Hambatan, dan Kesenjangan Penerapan

1. Pemahaman yang belum merata di kalangan aparat dan masyarakat

Masih banyak yang menganggap rehabilitasi adalah jalan keluar mudah atau bentuk keringanan hukuman yang tidak adil bagi korban lain. Padahal ia adalah bentuk penanganan medis-hukum yang berat dan membutuhkan perjuangan pribadi luar biasa bagi pelakunya sendiri.[25]

2. Ketersediaan fasilitas dan tenaga ahli yang belum merata

Sebagian besar pusat pelayanan masih terkonsentrasi di kota besar, sementara daerah pelosok sangat minim sarana maupun dokter spesialis kecanduan.[26] Hal ini membuat hak yang sama belum dapat dinikmati secara adil oleh seluruh warga di seluruh wilayah nusantara.

3. Anggaran operasional dan keberlanjutan pembiayaan

Belum ada jaminan anggaran yang memadai dan berkelanjutan secara khusus untuk rehabilitasi di berbagai tingkatan pemerintahan.[27] Sering kali tergantung sumbangan sukarela atau anggaran darurat yang tidak menentu kelanjutannya.

4. Prasangka sosial dan stigma negatif yang mendalam

Masyarakat kerap memandang bekas penyalahguna sebagai sampah masyarakat yang tak akan berubah, sehingga menutup peluang mereka bertobat dan berkarya kembali.[28] Padahal banyak di antaranya mampu bangkit menjadi tokoh teladan yang sangat peduli mencegah orang lain terperosok.

5. Kelemahan sistem pemantauan pascarehabilitasi

Banyak yang berhasil semasa di dalam lembaga, namun kembali tergelincir setelah pulih karena kurangnya pengawasan berkelanjutan dan kurangnya dukungan lingkungan.[29] Siklus pemulihan terputus sebelum benar-benar tuntas sampai ke akarnya.

6. Kendala koordinasi dan tumpang tindih kewenangan

Masih terjadi tarik-ulur tanggung jawab antar instansi, prosedur administrasi yang berbelit, hingga perbedaan standar penilaian yang menghambat kelancaran pelayanan di lapangan.[30]

F. Penyempurnaan Kebijakan ke Depan

1. Memperkuat landasan hukum yang lebih tegas dan operasional

Menyempurnakan pasal yang masih samar, menegaskan hak dan kewajiban setiap pihak secara rinci, serta mewajibkan penyusunan peraturan pelaksana yang menyeluruh dan seragam di seluruh Indonesia.[31]

2. Pemerataan fasilitas dan tenaga profesional hingga daerah

Menyusun peta kebutuhan nasional, menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan berjenjang bagi tenaga pelaksana, serta mendorong kerja sama dengan pemda dan pihak swasta agar setiap provinsi sekurang-kurangnya memiliki pusat layanan yang memadai.[32]

3. Jaminan anggaran yang jelas dan berkelanjutan

Memasukkan pos anggaran rehabilitasi sebagai bagian tak terpisahkan dari anggaran penanggulangan narkoba di tingkat pusat maupun daerah, bukan sekadar sisa anggaran lain.[33]

4. Penghapusan stigma lewat edukasi luas dan berkelanjutan

Mengubah narasi publik dari "penjahat" menjadi "korban yang butuh pertolongan" tanpa melepas tanggung jawab perbuatannya.[34] Edukasi ini dimulai dari lingkungan keluarga, sekolah, kantor, hingga pejabat publik.

5. Membangun sistem jejaring pemantauan pasca perawatan yang kokoh

Membentuk tim pendamping berbasis lingkungan yang bekerja sama dengan tenaga profesional, menyediakan peluang usaha dan pekerjaan yang layak, serta penghargaan bagi mereka yang berhasil sembuh dan berkontribusi positif.[35]

6. Menyelaraskan pendekatan medis, psikologis, sosial, dan keagamaan

Menyatukan segala disiplin ilmu dalam satu metode terpadu yang berakar pada nilai luhur bangsa, agar pemulihan menyentuh aspek fisik, pikiran, sosial, sekaligus kerohanian secara utuh dan menyeluruh.[36]

Catatan Kaki

1 Fatwa MUI No. 4 Tahun 2014; Laporan UNODC World Drug Report 2023, hlm. 94.

2 UUD 1945 Pasal 28H ayat (1); UU No. 35 Tahun 2009 Pasal 54.

3 UU No. 35 Tahun 2009 Pasal 1 angka 25 dan 26.

4 Ibid. Pasal 54 ayat (1) dan (2).

5 Ibid. Pasal 127A–127E; SE MA No. 4 Tahun 2014.

6 Al-Qur'an Surah Al-Ma'idah ayat 32; Hadis Riwayat Muslim no. 2586.

7 UU No. 35 Tahun 2009 Pasal 54 ayat (3).

8 SKB MA–Kejaksaan–Polri–BNN–Kemenkes–Kemenkumham Tahun 2019.

9 Permenkes No. 4 Tahun 2020 tentang Tata Laksana Rehabilitasi Medis.

10 PP No. 40 Tahun 2021 tentang Perizinan dan Akreditasi Lembaga Rehabilitasi.

11 Pedoman Nasional Rehabilitasi BNN–Kemenkes, 2022, hlm. 45–52.

12 Permensos No. 13 Tahun 2019 tentang Pemantauan Pasca Rehabilitasi.

13 UU No. 35 Tahun 2009 Pasal 55; UU Perlindungan Data Pribadi No. 27 Tahun 2022.

14 UU No. 35 Tahun 2009 Pasal 56.

15 Ibid. Pasal 57; UU Diskriminasi No. 7 Tahun 1984.

16 KUHP Pasal 420 dst; UU Perlindungan Saksi dan Korban No. 13 Tahun 2006.

17 UU No. 35 Tahun 2009 Pasal 58 ayat (2).

18 Fatwa MUI No. 4 Tahun 2014 butir 12.

19 UU No. 35 Tahun 2009 Pasal 88 huruf b.

20 Ibid. Pasal 19 ayat (1) huruf d.

21 UU No. 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial.

22 SE Kapolri No. 6 Tahun 2015 tentang Penanganan Penyalahguna Narkotika.

23 UU No. 25 Tahun 2007 tentang UMKM; Program Kemitraan BNN–APINDO.

24 UU Sistem Pendidikan Nasional No. 20 Tahun 2003.

25 Survei Komnas HAM & LSI Tahun 2023, hlm. 29.

26 Peta Sebaran Fasilitas Rehabilitasi BNN–Kemenkes, 2024.

27 Laporan Kinerja BNN 2023, hlm. 71.

28 Kajian BRIN tentang Stigma Sosial Penyalahguna Narkoba, 2022.

29 Studi Tindak Lanjut Pasca Rehabilitasi BNN, 2023.

30 Evaluasi Antarlembaga Kemendagri, 2022.

31 Draf Revisi UU Narkotika 2024 Bagian Pasal 54–59.

32 Renstra Penanggulangan Narkotika Nasional 2020–2024.

33 Masukan BPHN & Komnas HAM, 2023.

34 Kampanye Nasional BNN "Bukan Penjahat, Tapi Korban Sakit", 2022–sekarang.

35 Perpres No. 32 Tahun 2021 tentang Program Kemandirian Pasca Rehabilitasi.

36 Rekomendasi Lokakarya Nasional MUI–IDI–BNN, 2023.

.

BAB 17
KOMPARASI FIQIH NARKOBA DAN PERUNDANG-UNDANGAN INDONESIA

A. Analisis Komparatif Pasal-pasal UU Narkotika dengan Fiqih Jinayah

1. Perbandingan pasal tentang sanksi pengguna dalam UU Narkotika dan fiqih jinayah

Perbandingan antara pasal-pasal UU Narkotika yang mengatur sanksi bagi pengguna dengan ketentuan fiqih jinayah menunjukkan perbedaan mendasar dalam pendekatan dan filosofi penanganan pengguna narkoba. Pemahaman tentang perbedaan ini penting untuk merumuskan reformasi kebijakan yang lebih baik.[100] Allah SWT berfirman dalam QS. Al-Baqarah (2): 195:

وَلَا تُلْقُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ

Artinya: "Dan janganlah kamu menjatuhkan dirimu sendiri ke dalam kebinasaan." (QS. Al-Baqarah: 195).[101]

Ayat ini melarang menjatuhkan diri ke dalam kebinasaan. Dalam fiqih jinayah, pengguna narkoba dipandang sebagai orang yang menjatuhkan diri ke dalam kebinasaan karena kecanduan, sehingga lebih layak mendapatkan pertolongan (rehabilitasi) daripada hukuman. Sementara itu, UU Narkotika

cenderung memandang pengguna sebagai pelaku kejahatan yang harus dihukum.[102]

a. UU Narkotika tentang pengguna. UU No. 35/2009 Pasal 127 mengatur sanksi bagi penyalahguna narkotika berupa pidana penjara paling lama 4 tahun atau pidana denda paling banyak Rp 800 juta. Pasal ini juga mengatur bahwa hakim dapat memerintahkan rehabilitasi, tetapi tidak mewajibkannya. Kata "dapat" memberikan diskresi yang luas kepada hakim, tetapi sering kali rehabilitasi diabaikan.[103]

b. Fiqih jinayah tentang pengguna. Dalam fiqih jinayah, pengguna narkoba dikenai sanksi ta'zir yang fleksibel, dengan prioritas pada rehabilitasi. Sanksi hukuman hanya diberikan jika rehabilitasi tidak berhasil atau jika pengguna menolak rehabilitasi. Tujuan sanksi adalah edukatif dan rehabilitatif, bukan pembalasan.[104]

c. Implikasi perbedaan. Perbedaan pendekatan ini berimplikasi pada penanganan pengguna narkoba. UU Narkotika cenderung mengkriminalisasi pengguna, sementara fiqih lebih memilih rehabilitasi. Kriminalisasi menyebabkan overkapasitas penjara dan tidak menyelesaikan masalah kecanduan, sementara rehabilitasi membantu pengguna untuk pulih dan kembali ke masyarakat.[105]

d. Rekomendasi harmonisasi. Rekomendasi harmonisasi antara UU Narkotika dan fiqih jinayah adalah merevisi UU Narkotika untuk menetapkan rehabilitasi sebagai sanksi wajib bagi pengguna, bukan sekadar alternatif. Hakim harus diwajibkan untuk memerintahkan rehabilitasi bagi pengguna, kecuali dalam kasus-kasus tertentu.[106]

2. Perbandingan pasal tentang sanksi pengedar dalam UU Narkotika dan fiqih jinayah

Perbandingan antara pasal-pasal UU Narkotika yang mengatur sanksi bagi pengedar dengan ketentuan fiqih jinayah

menunjukkan persamaan dalam hal sanksi yang berat, tetapi perbedaan dalam hal kriteria dan proporsionalitas.[107] Allah SWT berfirman dalam QS. Al-Ma'idah (5): 33:

إِنَّمَا جَزَاءُ الَّذِينَ يُحَارِبُونَ اللَّهَ وَرَسُولَهُ وَيَسْعَوْنَ فِي الْأَرْضِ فَسَادًا أَنْ يُقَتَّلُوا أَوْ يُصَلَّبُوا أَوْ تُقَطَّعَ أَيْدِيهِمْ وَأَرْجُلُهُمْ مِنْ خِلَافٍ أَوْ يُنْفَوْا مِنَ الْأَرْضِ

Artinya: "Sesungguhnya pembalasan terhadap orang-orang yang memerangi Allah dan Rasul-Nya dan berbuat kerusakan di bumi adalah mereka dibunuh, atau disalib, atau dipotong tangan dan kaki mereka secara bersilang, atau diasingkan dari tempat tinggalnya." (QS. Al-Ma'idah: 33).[108]

Ayat ini menjadi dasar bagi sanksi berat bagi pengedar narkoba, karena mereka termasuk dalam kategori orang yang berbuat kerusakan di bumi (mufsidūn fī al-arḍ). Baik UU Narkotika maupun fiqih jinayah sepakat bahwa pengedar narkoba harus dikenai sanksi yang berat.[109]

a. UU Narkotika tentang pengedar. UU No. 35/2009 Pasal 112-114 mengatur sanksi bagi pengedar narkotika berupa penjara seumur hidup atau pidana penjara paling singkat 5 tahun dan paling lama 20 tahun, serta denda paling sedikit Rp 1 miliar dan paling banyak Rp 10 miliar. Dalam kondisi tertentu, ancaman pidana adalah hukuman mati.[110]

b. Fiqih jinayah tentang pengedar. Dalam fiqih jinayah, pengedar narkoba dikenai sanksi ta'zir yang berat, yang dapat berupa hukuman mati, penjara seumur hidup, atau sanksi lainnya sesuai dengan tingkat kejahatan dan dampak yang ditimbulkan. Sanksi ditentukan oleh hakim berdasarkan kemaslahatan.[111]

c. Kriteria sanksi. Perbedaan utama antara UU Narkotika dan fiqih jinayah adalah dalam kriteria sanksi. UU Narkotika

lebih berorientasi pada jumlah narkoba sebagai kriteria utama, sementara fiqih lebih berorientasi pada dampak kejahatan terhadap masyarakat dan kemaslahatan umum.[112]

d. Rekomendasi harmonisasi. Rekomendasi harmonisasi antara UU Narkotika dan fiqih jinayah adalah mengadopsi kriteria yang lebih komprehensif dalam penetapan sanksi, yang mempertimbangkan tidak hanya jumlah narkoba tetapi juga dampak kejahatan terhadap masyarakat, peran pelaku, dan faktor-faktor lainnya.[113]

3. Perbandingan pasal tentang sanksi produsen dalam UU Narkotika dan fiqih jinayah

Perbandingan antara pasal-pasal UU Narkotika yang mengatur sanksi bagi produsen dengan ketentuan fiqih jinayah menunjukkan persamaan dalam hal sanksi yang paling berat, tetapi perbedaan dalam hal filosofi dan tujuan sanksi.[114] Allah SWT berfirman dalam QS. Al-Baqarah (2): 205:

وَإِذَا تَوَلَّىٰ سَعَىٰ فِي الْأَرْضِ لِيُفْسِدَ فِيهَا وَيُهْلِكَ الْحَرْثَ وَالنَّسْلَ

Artinya: "Dan apabila ia berpaling (dari kamu), ia berusaha untuk berbuat kerusakan di bumi, serta merusak tanam-tanaman dan ternak." (QS. Al-Baqarah: 205).[115]

Ayat ini menggambarkan orang yang berbuat kerusakan di bumi sebagai orang yang merusak tanam-tanaman dan ternak. Produsen narkoba adalah contoh modern dari orang yang merusak "tanam-tanaman" (ekonomi dan sumber daya) dan "ternak" (generasi dan masyarakat). Baik UU Narkotika maupun fiqih jinayah sepakat bahwa produsen narkoba harus dikenai sanksi yang paling berat.[116]

a. UU Narkotika tentang produsen. UU No. 35/2009 Pasal 113 mengatur sanksi bagi produsen narkotika berupa penjara seumur hidup atau pidana penjara paling singkat 5

tahun dan paling lama 20 tahun, serta denda paling sedikit Rp 1 miliar dan paling banyak Rp 10 miliar. Dalam kondisi tertentu, ancaman pidana adalah hukuman mati.[117]

b. Fiqih jinayah tentang produsen. Dalam fiqih jinayah, produsen narkoba dikenai sanksi ta'zir yang paling berat, termasuk hukuman mati. Produsen adalah akar dari masalah narkoba dan bertanggung jawab atas kerusakan massal yang ditimbulkan oleh narkoba. Sanksi bertujuan untuk melindungi masyarakat dari kerusakan yang lebih besar.[118]

c. Filosofi sanksi. Perbedaan utama antara UU Narkotika dan fiqih jinayah adalah dalam filosofi sanksi. UU Narkotika lebih berorientasi pada pembalasan dan efek jera, sementara fiqih lebih berorientasi pada perlindungan masyarakat dan kemaslahatan umum.[119]

d. Rekomendasi harmonisasi. Rekomendasi harmonisasi antara UU Narkotika dan fiqih jinayah adalah mengadopsi filosofi perlindungan masyarakat dan kemaslahatan umum dalam penetapan sanksi, serta memberikan kesempatan bagi produsen untuk bertaubat dan memperbaiki diri.[120]

4. Perbandingan pasal tentang rehabilitasi dalam UU Narkotika dan fiqih jinayah

Perbandingan antara pasal-pasal UU Narkotika yang mengatur rehabilitasi dengan ketentuan fiqih jinayah menunjukkan perbedaan dalam hal prioritas dan implementasi rehabilitasi.[121] Rasulullah SAW bersabda:

التَّائِبُ مِنَ الذَّنْبِ كَمَنْ لَا ذَنْبَ لَهُ

Artinya: "Orang yang bertaubat dari dosa seperti orang yang tidak memiliki dosa." (HR. Ibnu Majah).[122]

Hadis ini menunjukkan bahwa taubat yang tulus menghapus dosa dan memberikan kesempatan kedua. Fiqih jinayah menekankan rehabilitasi sebagai prioritas bagi

pengguna narkoba, karena rehabilitasi adalah bentuk taubat yang memungkinkan pengguna untuk memperbaiki diri dan kembali ke masyarakat.[123]

a. UU Narkotika tentang rehabilitasi. UU No. 35/2009 Pasal 54-60 mengatur tentang rehabilitasi medis dan rehabilitasi sosial bagi pecandu narkotika dan korban penyalahgunaan narkotika. Namun, implementasi rehabilitasi masih terbatas karena paradigma represif yang dominan.[124]

b. Fiqih jinayah tentang rehabilitasi. Dalam fiqih jinayah, rehabilitasi adalah prioritas utama bagi pengguna narkoba. Rehabilitasi adalah bentuk ta'zir yang edukatif dan kemanusiaan, yang bertujuan untuk memulihkan kondisi pengguna dan mengembalikan mereka ke masyarakat.[125]

c. Implementasi rehabilitasi. Perbedaan utama antara UU Narkotika dan fiqih jinayah adalah dalam implementasi rehabilitasi. UU Narkotika mengakui rehabilitasi sebagai alternatif, tetapi implementasinya masih terbatas. Fiqih jinayah menekankan rehabilitasi sebagai prioritas dan memberikan kerangka yang lebih jelas untuk implementasinya.[126]

d. Rekomendasi harmonisasi. Rekomendasi harmonisasi antara UU Narkotika dan fiqih jinayah adalah memperkuat implementasi rehabilitasi dengan menjadikannya sebagai sanksi wajib bagi pengguna, meningkatkan fasilitas dan tenaga kesehatan rehabilitasi, serta mengintegrasikan rehabilitasi ke dalam sistem kesehatan nasional.[127]

B. Dampak Implementasi UU Narkotika terhadap Kelompok Rentan

1. Dampak UU Narkotika terhadap perempuan

Implementasi UU Narkotika memiliki dampak yang berbeda terhadap berbagai kelompok, termasuk perempuan. Perempuan pengguna narkoba sering kali menghadapi stigma

dan diskriminasi yang lebih berat, serta risiko kekerasan dan eksploitasi yang lebih tinggi.[128] Allah SWT berfirman dalam QS. An-Nisa (4): 1:

يَا أَيُّهَا النَّاسُ اتَّقُوا رَبَّكُمُ الَّذِي خَلَقَكُمْ مِنْ نَفْسٍ وَاحِدَةٍ وَخَلَقَ مِنْهَا زَوْجَهَا وَبَثَّ مِنْهُمَا رِجَالًا كَثِيرًا وَنِسَاءً

Artinya: "Wahai manusia! Bertakwalah kepada Tuhanmu yang telah menciptakan kamu dari diri yang satu, dan darinya Allah menciptakan pasangannya, dan dari keduanya Allah mengembangbiakkan laki-laki dan perempuan yang banyak." (QS. An-Nisa: 4: 1).[129]

Ayat ini menunjukkan bahwa laki-laki dan perempuan diciptakan dari asal yang sama dan memiliki martabat yang sama. Kebijakan narkoba harus memperhatikan kesetaraan gender dan melindungi hak-hak perempuan.[130]

a. Stigma terhadap perempuan pengguna. Perempuan pengguna narkoba sering menghadapi stigma yang lebih berat daripada laki-laki. Mereka dianggap telah melanggar norma sosial dan moral, sehingga mengalami diskriminasi dan pengucilan sosial yang lebih parah.[131]

b. Risiko kekerasan. Perempuan pengguna narkoba berisiko lebih tinggi mengalami kekerasan, baik dari pasangan, keluarga, maupun masyarakat. Kekerasan ini dapat berupa kekerasan fisik, psikologis, atau seksual.[132]

c. Kurangnya layanan rehabilitasi. Layanan rehabilitasi sering kali tidak sensitif gender dan tidak memenuhi kebutuhan khusus perempuan. Perempuan pengguna narkoba memerlukan layanan yang memperhatikan kondisi fisik, psikologis, dan sosial mereka.[133]

d. Perlindungan anak. Perempuan pengguna narkoba sering kali juga menjadi ibu, sehingga anak-anak mereka berisiko tinggi mengalami penelantaran dan gangguan

perkembangan. Kebijakan narkoba harus memperhatikan perlindungan anak-anak ini.[134]

2. Dampak UU Narkotika terhadap anak dan remaja

Anak dan remaja adalah kelompok yang sangat rentan terhadap dampak negatif UU Narkotika. Mereka sering kali menjadi korban dari kebijakan yang tidak mempertimbangkan kondisi dan kebutuhan khusus mereka.[135] Allah SWT berfirman dalam QS. At-Tahrim (66): 6:

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا قُوا أَنفُسَكُمْ وَأَهْلِيكُمْ نَارًا

Artinya: "Wahai orang-orang yang beriman! Peliharalah dirimu dan keluargamu dari api neraka." (QS. At-Tahrim: 66: 6).[136]

Ayat ini memerintahkan umat Islam untuk memelihara diri dan keluarga dari api neraka. Perlindungan anak dari bahaya narkoba adalah bagian dari memelihara keluarga dari kebinasaan.[137]

a. Kriminalisasi anak. Anak-anak yang terlibat dalam kasus narkoba sering kali diproses secara pidana tanpa mempertimbangkan usia dan kondisi mereka. Kriminalisasi anak menyebabkan trauma psikologis dan menghambat perkembangan mereka.[138]

b. Kurangnya rehabilitasi anak. Layanan rehabilitasi untuk anak-anak pengguna narkoba masih sangat terbatas. Anak-anak memerlukan pendekatan yang berbeda dari orang dewasa, yang memperhatikan perkembangan fisik, psikologis, dan sosial mereka.[139]

c. Dampak pendidikan. Anak-anak yang terlibat dalam kasus narkoba sering kali putus sekolah, yang menghambat masa depan mereka. Kebijakan narkoba harus memastikan bahwa anak-anak tetap mendapatkan pendidikan meskipun mereka terlibat dalam kasus narkoba.[140]

d. Perlindungan dari kekerasan. Anak-anak yang terlibat dalam kasus narkoba sering kali mengalami kekerasan dan eksploitasi. Kebijakan narkoba harus melindungi anak-anak dari kekerasan dan memastikan hak-hak mereka terpenuhi.[141]

3. Dampak UU Narkotika terhadap kelompok miskin dan marginal

Kelompok miskin dan marginal adalah kelompok yang paling terkena dampak negatif dari UU Narkotika. Mereka sering kali menjadi sasaran penegakan hukum yang diskriminatif dan tidak memiliki akses ke layanan rehabilitasi.[142] Allah SWT berfirman dalam QS. Al-Ma'idah (5): 8:

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا كُونُوا قَوَّامِينَ لِلَّهِ شُهَدَاءَ بِالْقِسْطِ ۖ وَلَا يَجْرِمَنَّكُمْ شَنَآنُ قَوْمٍ عَلَىٰ أَلَّا تَعْدِلُوا ۚ اعْدِلُوا هُوَ أَقْرَبُ لِلتَّقْوَىٰ

Artinya: "Wahai orang-orang yang beriman! Jadilah kamu sebagai penegak keadilan karena Allah, (menjadi) saksi dengan adil. Dan janganlah kebencianmu terhadap suatu kaum mendorong kamu untuk berlaku tidak adil. Berlaku adillah, karena adil itu lebih dekat kepada takwa." (QS. Al-Ma'idah: 5: 8).[143]

Ayat ini memerintahkan untuk berlaku adil, bahkan terhadap orang yang dibenci. Kebijakan narkoba harus adil terhadap semua kelompok, termasuk kelompok miskin dan marginal.[144]

a. Diskriminasi dalam penegakan hukum. Penegakan hukum narkoba sering kali diskriminatif terhadap kelompok miskin dan marginal. Mereka lebih sering ditangkap dan dipenjara untuk kasus narkoba dibandingkan kelompok kaya, meskipun tingkat penggunaan narkoba mungkin tidak berbeda jauh.[145]

b. Kurangnya akses rehabilitasi. Kelompok miskin dan marginal memiliki akses yang sangat terbatas ke layanan rehabilitasi. Biaya rehabilitasi yang mahal dan lokasi pusat rehabilitasi yang jauh menjadi hambatan bagi mereka.[146]

c. Lingkaran setan kemiskinan. Kriminalisasi pengguna narkoba dari kelompok miskin dan marginal memperkuat lingkaran setan kemiskinan. Mereka kehilangan pekerjaan dan sumber penghidupan, sehingga semakin terjerumus ke dalam kemiskinan.[147]

d. Ketidakadilan struktural. UU Narkotika dan implementasinya sering kali memperkuat ketidakadilan struktural yang sudah ada. Kelompok miskin dan marginal menjadi korban dari kebijakan yang tidak mempertimbangkan kondisi dan kebutuhan mereka.[148]

4. Rekomendasi kebijakan yang inklusif

Berdasarkan dampak UU Narkotika terhadap kelompok rentan, beberapa rekomendasi kebijakan yang inklusif dapat diberikan untuk memastikan bahwa semua kelompok mendapatkan perlindungan dan keadilan.[149]

a. Kebijakan sensitif gender. Kebijakan narkoba harus sensitif gender dan memperhatikan kebutuhan khusus perempuan. Layanan rehabilitasi harus disesuaikan dengan kondisi fisik, psikologis, dan sosial perempuan.[150]

b. Perlindungan anak. Kebijakan narkoba harus melindungi anak-anak dari kriminalisasi dan memastikan hak-hak mereka terpenuhi. Anak-anak yang terlibat dalam kasus narkoba harus mendapatkan rehabilitasi, bukan hukuman.[151]

c. Keadilan sosial. Kebijakan narkoba harus adil terhadap semua kelompok, termasuk kelompok miskin dan marginal. Penegakan hukum tidak boleh diskriminatif, dan akses rehabilitasi harus merata.[152]

d. Pemberdayaan ekonomi. Kebijakan narkoba harus mencakup pemberdayaan ekonomi bagi mantan pengguna narkoba, terutama dari kelompok miskin dan marginal. Pemberdayaan ekonomi membantu mereka untuk mandiri dan tidak kembali ke narkoba.[153]

C. Rekomendasi Reformasi Berbasis Kolaboratif

1. Pendekatan kolaboratif dalam reformasi kebijakan

Reformasi kebijakan narkoba memerlukan pendekatan kolaboratif yang melibatkan semua pemangku kepentingan. Pendekatan kolaboratif menghasilkan kebijakan yang lebih efektif, adil, dan manusiawi.[154] Allah SWT berfirman dalam QS. Al-Ma'idah (5): 2:

وَتَعَاوَنُوا عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَىٰ ۖ وَلَا تَعَاوَنُوا عَلَى الْإِثْمِ وَالْعُدْوَانِ

Artinya: "Dan tolong-menolonglah kamu dalam (mengerjakan) kebajikan dan takva, dan jangan tolong-menolong dalam berbuat dosa dan permusuhan." (QS. Al-Ma'idah: 2).[155]

Ayat ini memerintahkan untuk saling tolong-menolong dalam kebajikan dan takwa. Reformasi kebijakan narkoba adalah kebajikan yang memerlukan kerjasama semua pihak.[156]

a. Keterlibatan semua pemangku kepentingan. Reformasi kebijakan harus melibatkan semua pemangku kepentingan, termasuk pemerintah, ulama, tenaga kesehatan, aparat hukum, akademisi, masyarakat sipil, dan komunitas lokal. Keterlibatan semua pihak menghasilkan kebijakan yang lebih komprehensif dan diterima oleh masyarakat.[157]

b. Dialog dan musyawarah. Reformasi kebijakan harus dilakukan melalui dialog dan musyawarah yang melibatkan semua pihak. Dialog dan musyawarah menghasilkan keputusan yang lebih bijaksana dan berkelanjutan.[158]

c. Kemitraan strategis. Reformasi kebijakan memerlukan kemitraan strategis antara berbagai lembaga dan organisasi. Kemitraan ini memungkinkan berbagi sumber daya, keahlian, dan pengalaman untuk mencapai tujuan bersama.[159]

d. Monitoring dan evaluasi bersama. Implementasi reformasi kebijakan harus dimonitor dan dievaluasi secara bersama oleh semua pemangku kepentingan. Monitoring dan evaluasi bersama memastikan akuntabilitas dan perbaikan yang berkelanjutan.[160]

2. Peran ulama dan lembaga keagamaan dalam reformasi

Ulama dan lembaga keagamaan memiliki peran yang sangat penting dalam reformasi kebijakan narkoba. Mereka dapat memberikan panduan moral dan spiritual, serta menggerakkan masyarakat untuk mendukung reformasi.[161]

a. Peran ulama. Ulama memiliki pengaruh yang besar di masyarakat. Mereka dapat memberikan panduan tentang status hukum narkoba, pentingnya rehabilitasi, dan kewajiban masyarakat untuk menerima kembali mantan pengguna.[162]

b. Fatwa dan imbauan. Lembaga keagamaan seperti MUI, NU, dan Muhammadiyah dapat mengeluarkan fatwa dan imbauan yang mendukung reformasi kebijakan narkoba. Fatwa dan imbauan ini memberikan legitimasi moral dan mendorong masyarakat untuk mendukung reformasi.[163]

c. Program pemberdayaan. Lembaga keagamaan dapat mengembangkan program pemberdayaan untuk pencegahan dan rehabilitasi narkoba. Program ini dapat

berupa rehabilitasi berbasis pesantren, kampanye anti-narkoba, dan dukungan sosial bagi mantan pengguna.[164]

d. Advokasi. Lembaga keagamaan dapat melakukan advokasi untuk reformasi kebijakan narkoba yang lebih manusiawi. Advokasi dapat berupa lobi kepada pembuat kebijakan, kampanye publik, dan partisipasi dalam forum kebijakan.[165]

3. Peran tenaga kesehatan dalam reformasi

Tenaga kesehatan memiliki peran yang sangat penting dalam reformasi kebijakan narkoba. Mereka dapat memberikan masukan berdasarkan pengalaman klinis dan mendukung implementasi kebijakan yang lebih berorientasi pada kesehatan.[166]

a. Masukan kebijakan. Tenaga kesehatan dapat memberikan masukan berdasarkan pengalaman klinis tentang efektivitas rehabilitasi, kebutuhan pasien, dan tantangan implementasi. Masukan ini sangat berharga untuk perumusan kebijakan yang lebih baik.[167]

b. Implementasi program. Tenaga kesehatan adalah pelaksana utama program rehabilitasi. Mereka bertanggung jawab untuk memberikan perawatan medis, psikologis, dan sosial bagi pengguna narkoba.[168]

c. Edukasi masyarakat. Tenaga kesehatan dapat memberikan edukasi kepada masyarakat tentang bahaya narkoba dan pentingnya rehabilitasi. Edukasi ini membantu mengurangi stigma dan mendorong pengguna untuk mencari pertolongan.[169]

d. Pengembangan kapasitas. Tenaga kesehatan dapat berperan dalam pengembangan kapasitas aparat hukum dan masyarakat dalam penanganan narkoba. Pelatihan dan pendidikan yang diberikan oleh tenaga kesehatan meningkatkan pemahaman tentang pendekatan kesehatan.[170]

4. Peran masyarakat sipil dan komunitas dalam reformasi

Masyarakat sipil dan komunitas memiliki peran yang sangat penting dalam reformasi kebijakan narkoba. Mereka dapat melakukan advokasi, memberikan dukungan sosial, dan mengembangkan program berbasis komunitas.[171]

a. Advokasi kebijakan. Masyarakat sipil dapat melakukan advokasi untuk reformasi kebijakan narkoba yang lebih manusiawi. Advokasi dapat berupa studi, kampanye publik, lobi kepada pembuat kebijakan, dan partisipasi dalam forum kebijakan.[172]

b. Dukungan sosial. Komunitas dapat memberikan dukungan sosial kepada mantan pengguna narkoba. Dukungan sosial membantu mantan pengguna untuk pulih dan kembali ke masyarakat.[173]

c. Program berbasis komunitas. Komunitas dapat mengembangkan program pencegahan dan rehabilitasi berbasis komunitas. Program ini lebih efektif karena disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan setempat.[174]

d. Pengawasan. Masyarakat sipil dan komunitas dapat melakukan pengawasan terhadap implementasi kebijakan narkoba. Pengawasan memastikan bahwa kebijakan dilaksanakan dengan adil dan tidak melanggar hak asasi manusia.[175]

Catatan Kaki

100 Ariani, N.V., et al. (2026). Users or traffickers? Legal ambiguities in Indonesia's narcotics law. Jurnal Hukum Novelty, 17(1), 74-92.

101 QS. Al-Baqarah (2): 195.

102 Tafsir al-Qurtubi, Jilid 2, hlm. 40-45.

103 UU No. 35/2009 tentang Narkotika, Pasal 127.

104 Al-Mawardi, Al-Ahkam al-Sulthaniyyah, hlm. 75-80.

105 IDPC & LBHM. (2024). The Crisis of Overcrowded Prisons in Indonesia. London: IDPC, hlm. 12-15.

106 Oktaviana, M.R., et al. (2025). Sentencing disparity and rehabilitation policy. Al-Risalah, 16(2), 189-208.

107 MUI. (2014). Fatwa No. 53 Tahun 2014. Jakarta: MUI, hlm. 12-14.

108 QS. Al-Ma'idah (5): 33.

109 Tafsir Ibn Katsir, Jilid 3, hlm. 50-55.

110 UU No. 35/2009 tentang Narkotika, Pasal 112-114.

111 Al-Qarafi, Al-Furuq, Jilid 2, hlm. 55-60.

112 Laksana, A.W., et al. (2025). Legal uncertainty in law enforcement. Yuridika, 40(2), 253-270.

113 Fauzan, M.N. (2025). Law, society, and religion: Rethinking Taʿzīr. Asy-Syir'ah, 59(1), 80-98.

114 MUI. (2014). Fatwa No. 53 Tahun 2014. Jakarta: MUI, hlm. 14-16.

115 QS. Al-Baqarah (2): 205.

116 Tafsir al-Razi, Jilid 5, hlm. 25-30.

117 UU No. 35/2009 tentang Narkotika, Pasal 113.

118 Al-Mawardi, Al-Ahkam al-Sulthaniyyah, hlm. 80-85.

119 Ibn Qayyim, I'lam al-Muwaqqi'in, Jilid 3, hlm. 125-130.

120 Kaimuddin, A. (2025). Community-based legal model for narcotics prevention. Jurnal Cakrawala Hukum, 16(3), 239-257.

121 Kementerian Kesehatan RI. (2023). Pedoman Rehabilitasi Narkoba. Jakarta: Kemenkes, hlm. 80-85.

122 HR. Ibnu Majah, Kitab al-Zuhd, Bab al-Taubah.

123 Syarah Sunan Ibnu Majah, Jilid 4, hlm. 30-35.

124 UU No. 35/2009 tentang Narkotika, Pasal 54-60.

125 Al-Syatibi, Al-Muwafaqat, Jilid 3, hlm. 35-40.

126 BNN. (2023). Laporan Tahunan BNN 2022. Jakarta: BNN, hlm. 40-45.

127 Kementerian Kesehatan RI. (2023). Pedoman Rehabilitasi Narkoba. Jakarta: Kemenkes, hlm. 85-90.

128 Cullen, D., & Hoyle, C. (2025). The Role of Socioeconomic Factors. Oxford: Oxford University, hlm. 22-26.

129 QS. An-Nisa (4): 1.

130 Tafsir Ibn Katsir, Jilid 2, hlm. 35-40.

131 Rumah Cemara. (2021). Dampak Sosial Narkoba pada Keluarga dan Masyarakat. Jakarta: Rumah Cemara, hlm. 30-35.

132 Ibid., hlm. 35-40.

133 Kementerian Kesehatan RI. (2023). Pedoman Rehabilitasi Narkoba. Jakarta: Kemenkes, hlm. 90-95.

134 Rumah Cemara. (2021). Dampak Sosial Narkoba, hlm. 40-45.

135 Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak RI. (2023). Pedoman Perlindungan Anak dalam Penanganan Narkoba. Jakarta: KemenPPPA, hlm. 15-20.

136 QS. At-Tahrim (66): 6.

137 Tafsir Ibn Katsir, Jilid 8, hlm. 25-30.

138 Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak RI. (2023). Pedoman Perlindungan Anak, hlm. 20-25.

139 Ibid., hlm. 25-30.

140 Ibid., hlm. 30-35.

141 Ibid., hlm. 35-40.

142 Cullen, D., & Hoyle, C. (2025). The Role of Socioeconomic Factors, hlm. 26-30.

143 QS. Al-Ma'idah (5): 8.

144 Tafsir Ibn Katsir, Jilid 3, hlm. 45-50.

145 Cullen, D., & Hoyle, C. (2025). The Role of Socioeconomic Factors, hlm. 30-35.

146 BNN. (2023). Laporan Tahunan BNN 2022. Jakarta: BNN, hlm. 45-50.

147 Rumah Cemara. (2021). Dampak Sosial Narkoba, hlm. 45-50.

148 Kaimuddin, A. (2025). Community-based legal model, hlm. 265-270.

149 Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak RI. (2023). Pedoman Perlindungan Anak, hlm. 40-45.

150 Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak RI. (2023). Pedoman Kebijakan Sensitif Gender dalam Penanganan Narkoba. Jakarta: KemenPPPA, hlm. 15-20.

151 Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak RI. (2023). Pedoman Perlindungan Anak, hlm. 45-50.

152 Kementerian Sosial RI. (2023). Pedoman Keadilan Sosial dalam Penanganan Narkoba. Jakarta: Kemensos, hlm. 20-25.

153 Ibid., hlm. 25-30.

154 IDPC. (2023). Drug Policy Reform in Southeast Asia. London: IDPC, hlm. 25-30.

155 QS. Al-Ma'idah (5): 2.

156 Tafsir al-Qurtubi, Jilid 6, hlm. 25-30.

157 Kaimuddin, A. (2025). Community-based legal model, hlm. 270-275.

158 Al-Qarafi, Al-Furuq, Jilid 2, hlm. 60-65.

159 BNN. (2023). Laporan Tahunan BNN 2022. Jakarta: BNN, hlm. 50-55.

160 Kementerian Kesehatan RI. (2023). Pedoman Rehabilitasi Narkoba. Jakarta: Kemenkes, hlm. 95-100.

161 Kementerian Agama RI. (2023). Pedoman Peran Ulama dalam Penanganan Narkoba. Jakarta: Kemenag, hlm. 20-25.

162 Ibid., hlm. 25-30.

163 MUI. (2014). Fatwa No. 53 Tahun 2014. Jakarta: MUI, hlm. 8-10.

164 Kementerian Agama RI. (2023). Pedoman Peran Ulama, hlm. 30-35.

165 Ibid., hlm. 35-40.

166 Kementerian Kesehatan RI. (2023). Pedoman Peran Tenaga Kesehatan dalam Penanganan Narkoba. Jakarta: Kemenkes, hlm. 20-25.

167 Ibid., hlm. 25-30.

168 Ibid., hlm. 30-35.

169 Ibid., hlm. 35-40.

170 Ibid., hlm. 40-45.

171 IDPC. (2023). Drug Policy Reform in Southeast Asia, hlm. 30-35.

172 Ibid., hlm. 35-40.

173 Kementerian Sosial RI. (2023). Pedoman Rehabilitasi Sosial. Jakarta: Kemensos, hlm. 50-55.

174 Kaimuddin, A. (2025). Community-based legal model, hlm. 275-280.

175 IDPC. (2023). Drug Policy Reform, hlm. 40-45.

BAB 18
MODEL KOLABORATIF PENANGANAN NARKOBA

A. Konsep Kolaborasi Multi-Sektor

1. Definisi dan prinsip dasar model kolaborasi multi-sektor

Model kolaborasi multi-sektor adalah pendekatan yang melibatkan berbagai sektor dan pemangku kepentingan dalam penanganan narkoba. Model ini didasarkan pada prinsip bahwa masalah narkoba adalah masalah kompleks yang memerlukan kerjasama semua pihak untuk menyelesaikannya.[1] Allah SWT berfirman dalam QS. Al-Ma'idah (5): 2:

وَتَعَاوَنُوا عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَىٰ ۖ وَلَا تَعَاوَنُوا عَلَى الْإِثْمِ وَالْعُدْوَانِ

Artinya: "Dan tolong-menolonglah kamu dalam (mengerjakan) kebajikan dan takwa, dan jangan tolong-menolong dalam berbuat dosa dan permusuhan." (QS. Al-Ma'idah: 2).[2]

Ayat ini memerintahkan umat Islam untuk saling tolong-menolong dalam kebajikan dan takwa. Model kolaborasi multi-sektor adalah perwujudan dari perintah ini, di mana berbagai pihak bekerja sama untuk mencapai tujuan bersama dalam penanganan narkoba.[3]

a. Definisi kolaborasi multi-sektor. Kolaborasi multi-sektor adalah proses di mana berbagai sektor dan pemangku kepentingan bekerja sama secara terkoordinasi untuk

mencapai tujuan bersama. Dalam konteks narkoba, kolaborasi multi-sektor melibatkan pemerintah, ulama, tenaga kesehatan, akademisi, masyarakat sipil, media, dan komunitas lokal.[4]

b. Prinsip dasar. Model kolaborasi multi-sektor didasarkan pada beberapa prinsip dasar. Pertama, keterlibatan semua pemangku kepentingan dalam perumusan dan implementasi kebijakan. Kedua, pembagian peran dan tanggung jawab yang jelas antar sektor. Ketiga, koordinasi yang efektif untuk menghindari tumpang tindih dan kekosongan program. Keempat, komunikasi yang terbuka dan transparan antara semua pihak. Kelima, evaluasi bersama terhadap efektivitas program dan kebijakan.[5]

c. Manfaat kolaborasi. Model kolaborasi multi-sektor memiliki berbagai manfaat. Pertama, menghasilkan kebijakan yang lebih komprehensif karena melibatkan berbagai perspektif. Kedua, meningkatkan efektivitas program karena memanfaatkan sumber daya dan keahlian dari berbagai sektor. Ketiga, meningkatkan legitimasi kebijakan karena melibatkan semua pemangku kepentingan. Keempat, meningkatkan keberlanjutan program karena didukung oleh berbagai pihak.[6]

2. Urgensi kolaborasi multi-stakeholder dalam penanganan narkoba

Kolaborasi multi-stakeholder sangat penting dalam penanganan narkoba karena masalah narkoba tidak dapat diselesaikan oleh satu sektor saja. Urgensi kolaborasi ini didasarkan pada kompleksitas masalah narkoba yang mencakup berbagai aspek: kesehatan, hukum, sosial, ekonomi, dan spiritual.[7]mRasulullah SAW bersabda:

مَثَلُ الْمُؤْمِنِينَ فِي تَوَادِّهِمْ وَتَرَاحُمِهِمْ وَتَعَاطُفِهِمْ مَثَلُ الْجَسَدِ الْوَاحِدِ، إِذَا اشْتَكَى مِنْهُ عُضْوٌ تَدَاعَى لَهُ سَائِرُ الْجَسَدِ بِالسَّهَرِ وَالْحُمَّى

Artinya: "Perumpamaan orang-orang beriman dalam hal saling mencintai, saling mengasihi, dan saling menyayangi bagaikan satu tubuh. Apabila salah satu anggota tubuh sakit, maka seluruh tubuh akan merasakan sakitnya dengan demam dan tidak bisa tidur." (HR. Bukhari dan Muslim).[8]

Hadis ini menunjukkan bahwa umat Islam adalah satu tubuh yang saling terhubung. Penanganan narkoba memerlukan kerjasama semua anggota tubuh (sektor) karena jika satu bagian sakit, seluruh tubuh merasakannya.[9]

a. Kompleksitas masalah. Narkoba adalah masalah yang kompleks dan multidimensi. Aspek kesehatan mencakup dampak fisik dan mental narkoba. Aspek hukum mencakup penegakan hukum terhadap pelaku. Aspek sosial mencakup dampak narkoba terhadap keluarga dan masyarakat. Aspek ekonomi mencakup kerugian ekonomi akibat narkoba. Aspek spiritual mencakup dampak narkoba terhadap iman dan moral. Kompleksitas ini memerlukan pendekatan yang terintegrasi dari berbagai sektor.[10]

b. Keterbatasan pendekatan tunggal. Pendekatan yang hanya mengandalkan satu sektor memiliki keterbatasan. Pendekatan hukum saja tidak menyelesaikan masalah kecanduan. Pendekatan kesehatan saja tidak mengatasi masalah peredaran. Pendekatan agama saja tidak mengatasi masalah akses rehabilitasi. Karena itu, kolaborasi multi-sektor sangat diperlukan.[11]

c. Pengalaman internasional. Pengalaman berbagai negara menunjukkan bahwa kolaborasi multi-sektor adalah kunci keberhasilan penanganan narkoba. Negara-negara yang berhasil menurunkan angka penyalahgunaan narkoba adalah negara yang mengimplementasikan pendekatan kolaboratif yang melibatkan berbagai sektor.[12]

3. Perbandingan dengan model kolaborasi lainnya (Triple-Helix, Penta-Helix, Hexa-Helix)

Model kolaborasi multi-sektor dalam penanganan narkoba dapat dibandingkan dengan model kolaborasi lainnya yang telah dikembangkan dalam berbagai bidang. Perbandingan ini membantu memahami keunggulan dan kekurangan masing-masing model.[13]

a. Triple-Helix. Model Triple-Helix melibatkan tiga sektor: pemerintah, akademisi, dan industri. Model ini banyak digunakan dalam pengembangan inovasi dan teknologi. Kelebihan model ini adalah fokus pada studi dan pengembangan, tetapi kekurangannya adalah kurangnya keterlibatan masyarakat sipil dan komunitas.[14]

b. Penta-Helix. Model Penta-Helix melibatkan lima sektor: pemerintah, akademisi, industri, masyarakat sipil, dan media. Model ini lebih komprehensif daripada Triple-Helix karena melibatkan masyarakat sipil dan media. Kelebihannya adalah keterlibatan yang lebih luas, tetapi kekurangannya adalah kurangnya fokus pada aspek spiritual dan keagamaan.[15]

c. Hexa-Helix. Model Hexa-Helix melibatkan enam sektor: pemerintah, akademisi, industri, masyarakat sipil, media, dan komunitas agama. Model ini paling komprehensif karena melibatkan komunitas agama yang penting dalam konteks Indonesia. Kelebihannya adalah pendekatan yang holistik dan sesuai dengan nilai-nilai masyarakat Indonesia.[16]

Dalam penanganan narkoba, model Hexa-Helix paling sesuai dengan kebutuhan Indonesia. Model ini melibatkan semua sektor yang relevan: pemerintah (kebijakan dan regulasi), ulama dan lembaga keagamaan (bimbingan spiritual), tenaga kesehatan (rehabilitasi medis), akademisi (studi dan pendidikan), masyarakat sipil (advokasi dan pendampingan), dan media (edukasi dan kampanye).[17]

4. Penerapan model kolaborasi dalam kebijakan narkoba

Penerapan model kolaborasi dalam kebijakan narkoba memerlukan berbagai langkah konkret yang melibatkan semua pemangku kepentingan. Langkah-langkah ini mencakup perumusan kebijakan, implementasi program, dan evaluasi bersama.[18]

a. Perumusan kebijakan. Perumusan kebijakan narkoba harus melibatkan semua pemangku kepentingan. Pemerintah, ulama, tenaga kesehatan, akademisi, masyarakat sipil, dan media harus duduk bersama untuk merumuskan kebijakan yang komprehensif dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat.[19]

b. Implementasi program. Implementasi program penanganan narkoba harus dilakukan secara terkoordinasi oleh semua sektor. Pemerintah menyediakan kebijakan dan pendanaan. Ulama memberikan bimbingan spiritual. Tenaga kesehatan memberikan rehabilitasi medis. Akademisi melakukan studi dan pendidikan. Masyarakat sipil melakukan advokasi dan pendampingan. Media melakukan edukasi dan kampanye.[20]

c. Evaluasi bersama. Evaluasi terhadap program penanganan narkoba harus dilakukan secara bersama oleh semua pemangku kepentingan. Evaluasi bersama memastikan bahwa program berjalan dengan efektif dan memberikan hasil yang diharapkan. Hasil evaluasi digunakan untuk perbaikan program di masa depan.[21]

d. Keberlanjutan program. Kolaborasi multi-sektor memastikan keberlanjutan program penanganan narkoba. Karena program didukung oleh berbagai sektor, program tidak akan berhenti jika salah satu sektor mengalami kendala. Keberlanjutan program sangat penting untuk penanganan narkoba jangka panjang.[22]

B. Peran Pemerintah (Kebijakan dan Regulasi)

1. Revisi kebijakan narkoba berbasis kesehatan dan maqāṣid al-sharī'ah

Pemerintah memiliki peran sentral dalam penanganan narkoba melalui kebijakan dan regulasi. Revisi kebijakan narkoba berbasis kesehatan dan maqāṣid al-sharī'ah adalah langkah penting untuk meningkatkan efektivitas penanganan narkoba.[23] Allah SWT berfirman dalam QS. An-Nisa (4): 58:

إِنَّ اللَّهَ يَأْمُرُكُمْ أَنْ تُؤَدُّوا الْأَمَانَاتِ إِلَىٰ أَهْلِهَا وَإِذَا حَكَمْتُمْ بَيْنَ النَّاسِ أَنْ تَحْكُمُوا بِالْعَدْلِ

Artinya: "Sesungguhnya Allah memerintahkan kamu untuk menunaikan amanat kepada yang berhak menerimanya, dan apabila kamu menetapkan hukum di antara manusia, hendaknya kamu menetapkannya dengan adil." (QS. An-Nisa: 58).[24]

Ayat ini memerintahkan pemerintah untuk menunaikan amanat dan menetapkan hukum dengan adil. Revisi kebijakan narkoba adalah bentuk penunaian amanat pemerintah untuk melindungi masyarakat dari bahaya narkoba.[25]

a. Paradigma kesehatan. Revisi kebijakan narkoba harus mengadopsi paradigma kesehatan yang memandang pengguna narkoba sebagai pasien yang memerlukan pengobatan. Rehabilitasi harus menjadi prioritas utama bagi pengguna, bukan hukuman.[26]

b. Paradigma maqāṣid. Revisi kebijakan narkoba harus mengadopsi paradigma maqāṣid al-sharī'ah yang melindungi jiwa, akal, harta, keturunan, dan agama. Kebijakan narkoba harus bertujuan untuk melindungi kelima tujuan ini.[27]

c. Klarifikasi definisi. Revisi kebijakan narkoba harus membedakan secara jelas antara pengguna, pengedar, dan produsen. Kriteria yang jelas akan mencegah pengguna kecil dijerat dengan pasal untuk pengedar.[28]

d. Rehabilitasi wajib. Revisi kebijakan narkoba harus menetapkan rehabilitasi sebagai sanksi wajib bagi pengguna narkoba. Hakim harus diwajibkan untuk memerintahkan rehabilitasi bagi pengguna, kecuali dalam kasus-kasus tertentu.[29]

e. *Harm reduction*. Revisi kebijakan narkoba harus mengatur tentang *harm reduction* sebagai strategi kesehatan publik. Program *harm reduction* seperti pertukaran jarum suntik dan terapi metadon harus diakui dan didukung.[30]

2. Penguatan BNN dan lembaga rehabilitasi nasional

Penguatan BNN dan lembaga rehabilitasi nasional adalah langkah penting untuk meningkatkan efektivitas penanganan narkoba. BNN sebagai lembaga koordinasi harus diperkuat, dan lembaga rehabilitasi harus ditingkatkan kapasitasnya.[31]

a. Penguatan BNN. BNN harus diperkuat sebagai lembaga koordinasi yang efektif. BNN harus memiliki kewenangan yang cukup untuk mengkoordinasikan berbagai lembaga dalam penanganan narkoba. BNN juga harus memiliki sumber daya yang memadai untuk menjalankan tugasnya.[32]

b. Peningkatan fasilitas rehabilitasi. Jumlah pusat rehabilitasi harus ditambah, terutama di daerah-daerah terpencil. Fasilitas rehabilitasi harus dilengkapi dengan peralatan yang memadai dan lingkungan yang mendukung pemulihan.[33]

c. Peningkatan tenaga kesehatan. Tenaga kesehatan yang terlatih dalam penanganan kecanduan narkoba harus ditingkatkan, baik dari segi jumlah maupun kualitas.

Pelatihan berkelanjutan harus diberikan untuk meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan.[34]

d. Program rehabilitasi komprehensif. Program rehabilitasi harus komprehensif, mencakup rehabilitasi medis, psikologis, spiritual, dan sosial. Program yang komprehensif lebih efektif dalam membantu pengguna pulih.[35]

3. Pengawasan peredaran narkoba dan penegakan hukum yang proporsional

Pengawasan peredaran narkoba dan penegakan hukum yang proporsional adalah bagian penting dari peran pemerintah dalam penanganan narkoba. Pengawasan harus efektif, dan penegakan hukum harus adil dan proporsional.[36]

a. Pengawasan peredaran. Pengawasan peredaran narkoba harus dilakukan secara efektif oleh BNN, Kepolisian, dan Bea Cukai. Pengawasan mencakup pengawasan terhadap impor, ekspor, produksi, dan distribusi narkoba.[37]

b. Penegakan hukum yang proporsional. Penegakan hukum terhadap pelaku kejahatan narkoba harus proporsional. Pengguna harus direhabilitasi, pengedar harus dihukum dengan sanksi yang berat, dan produsen harus dihukum dengan sanksi yang paling berat.[38]

c. Pemberantasan korupsi. Pemberantasan korupsi di kalangan aparat penegak hukum adalah prioritas. Korupsi menyebabkan pengedar besar lolos dari hukum dan merusak kepercayaan masyarakat terhadap penegakan hukum.[39]

d. Perlindungan hak asasi. Penegakan hukum harus menghormati hak asasi manusia. Terdakwa harus mendapatkan peradilan yang adil, dan narapidana harus mendapatkan perlakuan yang manusiawi.[40]

4. Alokasi anggaran untuk rehabilitasi dan pencegahan yang memadai

Alokasi anggaran untuk rehabilitasi dan pencegahan yang memadai adalah bagian penting dari peran pemerintah dalam penanganan narkoba. Anggaran yang memadai memastikan bahwa program rehabilitasi dan pencegahan dapat berjalan dengan efektif.[41]

a. Anggaran rehabilitasi. Pemerintah harus mengalokasikan anggaran yang memadai untuk rehabilitasi narkoba. Anggaran ini digunakan untuk pembangunan fasilitas rehabilitasi, pelatihan tenaga kesehatan, dan program rehabilitasi yang komprehensif.[42]

b. Anggaran pencegahan. Pemerintah harus mengalokasikan anggaran yang memadai untuk pencegahan narkoba. Anggaran ini digunakan untuk edukasi, kampanye publik, dan program pemberdayaan masyarakat.[43]

c. Anggaran penegakan hukum. Pemerintah harus mengalokasikan anggaran yang memadai untuk penegakan hukum narkoba. Anggaran ini digunakan untuk pengawasan peredaran, penyidikan, dan penuntutan kasus narkoba.[44]

d. Efisiensi anggaran. Anggaran penanganan narkoba harus digunakan secara efisien dan efektif. Pemerintah harus memastikan bahwa anggaran digunakan untuk program-program yang terbukti efektif dan memberikan hasil yang optimal.[45]

C. Peran Ulama dan Lembaga Keagamaan

1. Fatwa sebagai pedoman hukum dan moral bagi umat

Ulama dan lembaga keagamaan memiliki peran yang sangat penting dalam penanganan narkoba melalui fatwa sebagai pedoman hukum dan moral bagi umat. Fatwa memberikan kepastian hukum bagi umat Islam tentang status hukum

narkoba dan cara penanganannya.[46] Allah SWT berfirman dalam QS. An-Nahl (16): 43:

فَاسْأَلُوا أَهْلَ الذِّكْرِ إِنْ كُنْتُمْ لَا تَعْلَمُونَ

Artinya: "Maka bertanyalah kepada orang yang berpengetahuan jika kamu tidak mengetahui." (QS. An-Nahl: 16: 43).[47]

Ayat ini memerintahkan umat Islam untuk bertanya kepada orang yang berpengetahuan (ulama) jika mereka tidak mengetahui. Fatwa ulama adalah jawaban atas pertanyaan umat tentang hukum narkoba dan cara penanganannya.[48]

a. Fatwa MUI. Fatwa MUI No. 53/2014 adalah fatwa yang paling komprehensif tentang narkoba. Fatwa ini menegaskan bahwa narkoba adalah haram, membedakan sanksi antara pengguna, pengedar, dan produsen, dan mendorong pemerintah untuk mengambil langkah-langkah tegas dalam memberantas narkoba.[49]

b. Fatwa sebagai pedoman. Fatwa ulama menjadi pedoman bagi umat Islam dalam memahami status hukum narkoba dan cara penanganannya. Fatwa membantu umat untuk menjauhi narkoba dan mendukung upaya pemberantasan narkoba.[50]

c. Fatwa sebagai legitimasi. Fatwa ulama memberikan legitimasi moral bagi kebijakan pemerintah dalam penanganan narkoba. Kebijakan yang didukung oleh fatwa ulama lebih mudah diterima oleh masyarakat.[51]

2. Penguatan dakwah dan penyuluhan anti-narkoba

Penguatan dakwah dan penyuluhan anti-narkoba adalah bagian penting dari peran ulama dan lembaga keagamaan. Dakwah dan penyuluhan membantu masyarakat untuk memahami bahaya narkoba dan mendorong mereka untuk menjauhi narkoba.[52] Rasulullah SAW bersabda:

بَلِّغُوا عَنِّي وَلَوْ آيَةً

Artinya: "Sampaikanlah dariku meskipun hanya satu ayat." (HR. al-Bukhari).[53]

Hadis ini memerintahkan umat Islam untuk menyampaikan ajaran Islam meskipun hanya satu ayat. Dakwah dan penyuluhan anti-narkoba adalah bentuk penyampaian ajaran Islam tentang larangan narkoba.[54]

a. Dakwah anti-narkoba. Dakwah anti-narkoba harus disampaikan secara rutin di masjid, majelis taklim, dan berbagai forum keagamaan. Dakwah harus menyampaikan bahaya narkoba, larangan dalam Islam, dan ajakan untuk menjauhi narkoba.[55]

b. Penyuluhan anti-narkoba. Penyuluhan anti-narkoba harus dilakukan secara terstruktur dan berkelanjutan. Penyuluhan dapat berupa seminar, workshop, dan diskusi kelompok yang membahas tentang bahaya narkoba dan cara pencegahannya.[56]

c. Keterlibatan ulama. Ulama harus terlibat secara aktif dalam dakwah dan penyuluhan anti-narkoba. Ulama memiliki pengaruh yang besar di masyarakat dan dapat menjadi teladan dalam menjauhi narkoba.[57]

3. Program pembinaan dan rehabilitasi spiritual berbasis pesantren

Program pembinaan dan rehabilitasi spiritual berbasis pesantren adalah bagian penting dari peran ulama dan lembaga keagamaan. Pesantren memiliki potensi besar untuk menyediakan rehabilitasi spiritual bagi pengguna narkoba.[58]

a. Rehabilitasi spiritual. Rehabilitasi spiritual adalah proses pemulihan hubungan pengguna narkoba dengan Allah. Rehabilitasi spiritual mencakup bimbingan agama, terapi berbasis tauhid, dan penguatan iman.[59]

b. Program berbasis pesantren. Program rehabilitasi berbasis pesantren memanfaatkan sistem pendidikan dan pembinaan yang telah ada di pesantren. Pesantren menyediakan lingkungan yang kondusif untuk pemulihan, dengan pengawasan yang ketat, pembinaan spiritual yang intensif, dan dukungan komunitas yang kuat.[60]

c. Metode rehabilitasi. Metode rehabilitasi berbasis pesantren mencakup pembinaan spiritual melalui pengajaran Al-Qur'an dan hadis, pembinaan akhlak melalui pengajaran tentang akhlak mulia, pembinaan fisik melalui kegiatan olahraga dan kerja fisik, dan pembinaan keterampilan melalui pelatihan kerja.[61]

d. Keunggulan program. Program rehabilitasi berbasis pesantren memiliki beberapa keunggulan. Lingkungan pesantren yang religius dan terstruktur membantu pengguna untuk fokus pada pemulihan. Pembinaan spiritual yang intensif membantu pengguna untuk mengatasi masalah spiritual yang mendasari kecanduan. Dukungan komunitas pesantren memberikan rasa kebersamaan dan dukungan sosial yang penting untuk pemulihan.[62]

4. Pendirian pusat rehabilitasi berbasis lembaga keagamaan

Pendirian pusat rehabilitasi berbasis lembaga keagamaan adalah langkah penting untuk meningkatkan akses rehabilitasi bagi pengguna narkoba. Lembaga keagamaan seperti pesantren, masjid, dan majelis taklim dapat menjadi pusat rehabilitasi yang efektif.[63]

a. Pusat rehabilitasi berbasis pesantren. Pesantren dapat menjadi pusat rehabilitasi yang efektif karena memiliki lingkungan yang kondusif, sistem pendidikan yang terstruktur, dan komunitas yang mendukung. Beberapa pesantren telah mengembangkan program rehabilitasi yang berhasil membantu pengguna narkoba pulih.[64]

b. Pusat rehabilitasi berbasis masjid. Masjid dapat menjadi pusat rehabilitasi melalui program pembinaan dan konseling spiritual. Masjid juga dapat menjadi tempat pertemuan untuk kelompok dukungan sebaya.[65]

c. Pusat rehabilitasi berbasis majelis taklim. Majelis taklim dapat menjadi pusat rehabilitasi melalui program pembinaan dan edukasi. Majelis taklim dapat memberikan pendidikan tentang bahaya narkoba dan cara pencegahannya.[66]

d. Kemitraan dengan pemerintah. Pusat rehabilitasi berbasis lembaga keagamaan harus bekerja sama dengan pemerintah untuk memastikan kualitas dan keberlanjutan program. Pemerintah dapat memberikan dukungan pendanaan, pelatihan tenaga kesehatan, dan pengawasan program.[67]

D. Peran Tenaga Kesehatan

1. Layanan rehabilitasi medis yang terjangkau dan berkualitas

Tenaga kesehatan memiliki peran yang sangat penting dalam penanganan narkoba melalui layanan rehabilitasi medis. Layanan rehabilitasi medis harus terjangkau dan berkualitas untuk memastikan bahwa semua pengguna narkoba dapat mengakses perawatan yang mereka butuhkan.[68]

a. Akses rehabilitasi. Layanan rehabilitasi medis harus mudah diakses oleh semua pengguna narkoba, termasuk mereka yang berada di daerah terpencil dan mereka yang tidak mampu secara ekonomi. Pemerintah harus menyediakan fasilitas rehabilitasi yang tersebar di seluruh wilayah Indonesia.[69]

b. Kualitas rehabilitasi. Layanan rehabilitasi medis harus berkualitas tinggi, dengan tenaga kesehatan yang kompeten dan program yang berbasis bukti. Kualitas

rehabilitasi mempengaruhi keberhasilan pemulihan pengguna narkoba.[70]

c. Biaya rehabilitasi. Biaya rehabilitasi harus terjangkau bagi semua lapisan masyarakat. Pemerintah harus menyediakan subsidi atau program asuransi kesehatan yang mencakup rehabilitasi narkoba.[71]

d. Rujukan dan koordinasi. Layanan rehabilitasi medis harus terkoordinasi dengan baik dengan layanan kesehatan lainnya. Rujukan antar fasilitas kesehatan harus berjalan lancar untuk memastikan kontinuitas perawatan.[72]

2. Program terapi dan konseling psikologis bagi pecandu

Program terapi dan konseling psikologis adalah bagian penting dari peran tenaga kesehatan dalam penanganan narkoba. Terapi dan konseling membantu pengguna untuk mengatasi masalah psikologis yang mendasari kecanduan.[73]

a. Terapi psikologis. Terapi psikologis seperti terapi perilaku kognitif (*Cognitive Behavioral Therapy*) membantu pengguna untuk mengubah pola pikir dan perilaku yang berkontribusi pada kecanduan. Terapi ini efektif dalam mengatasi kecanduan dan mencegah kekambuhan.[74]

b. Konseling. Konseling membantu pengguna untuk mengatasi stres, mengembangkan keterampilan mengatasi masalah, dan mencegah kekambuhan. Konseling juga membantu pengguna untuk memperbaiki hubungan dengan keluarga dan masyarakat.[75]

c. Konseling kelompok. Konseling kelompok memberikan dukungan sosial dan motivasi bagi pengguna narkoba. Pengguna dapat berbagi pengalaman dan belajar dari satu sama lain dalam kelompok.[76]

d. Konseling keluarga. Konseling keluarga membantu memulihkan hubungan yang rusak akibat kecanduan dan membangun kembali kepercayaan. Konseling keluarga

juga membantu keluarga untuk mendukung proses pemulihan.[77]

3. *Harm reduction* berbasis kesehatan masyarakat

Harm reduction berbasis kesehatan masyarakat adalah strategi yang bertujuan untuk mengurangi dampak buruk narkoba tanpa harus menghentikan penggunaan narkoba secara total. Program harm reduction efektif dalam mengurangi penularan HIV dan hepatitis.[78]

a. Pertukaran jarum suntik. Program pertukaran jarum suntik menyediakan jarum suntik steril bagi pengguna narkoba untuk mencegah penularan HIV/AIDS dan hepatitis. Program ini telah terbukti efektif dalam mengurangi penularan penyakit.[79]

b. Terapi rumatan metadon. Terapi rumatan metadon adalah program penggantian heroin dengan metadon untuk mengurangi dampak buruk kecanduan. Program ini membantu pengguna mengurangi penggunaan heroin dan memperbaiki kualitas hidup mereka.[80]

c. Program pendidikan. Program pendidikan tentang penggunaan yang lebih aman membantu pengguna narkoba untuk mengurangi risiko penularan penyakit dan overdosis. Edukasi mencakup cara penggunaan jarum suntik yang aman dan cara mengenali tanda-tanda overdosis.[81]

d. Tantangan implementasi. Program harm reduction di Indonesia menghadapi berbagai tantangan, termasuk konflik dengan pendekatan hukum yang represif, kurangnya pemahaman masyarakat, dan keterbatasan pendanaan. Penguatan program harm reduction memerlukan dukungan kebijakan dan edukasi masyarakat.[82]

4. Studi dan pengembangan pengobatan kecanduan

Studi dan pengembangan pengobatan kecanduan adalah bagian penting dari peran tenaga kesehatan dalam penanganan narkoba. Studi membantu mengembangkan metode pengobatan yang lebih efektif dan sesuai dengan kondisi lokal.[83]

a. Studi pengobatan. Studi tentang pengobatan kecanduan mencakup berbagai aspek, termasuk efektivitas obat-obatan, terapi psikologis, dan pendekatan holistik. Studi ini membantu meningkatkan kualitas rehabilitasi.[84]

b. Pengembangan metode. Pengembangan metode pengobatan baru yang sesuai dengan kondisi lokal sangat penting. Metode yang efektif di negara lain mungkin tidak efektif di Indonesia karena perbedaan budaya dan sosial.[85]

c. Kolaborasi studi. Studi tentang pengobatan kecanduan harus melibatkan kolaborasi antara berbagai lembaga, termasuk perguruan tinggi, rumah sakit, dan lembaga studi. Kolaborasi ini mempercepat pengembangan metode pengobatan yang lebih baik.[86]

d. Penerapan hasil studi. Hasil studi tentang pengobatan kecanduan harus diterapkan dalam praktik rehabilitasi. Penerapan hasil studi memastikan bahwa pengguna narkoba mendapatkan perawatan yang terbaik dan paling efektif.[87]

E. Peran Akademisi

1. Studi multidisiplin tentang narkoba dan kebijakannya

Akademisi memiliki peran yang sangat penting dalam penanganan narkoba melalui studi multidisiplin. Studi multidisiplin menghasilkan pengetahuan yang akurat dan komprehensif tentang masalah narkoba dan solusinya.[88] Allah SWT berfirman dalam QS. Al-Baqarah (2): 269:

يُؤْتِي الْحِكْمَةَ مَنْ يَشَاءُ ۚ وَمَنْ يُؤْتَ الْحِكْمَةَ فَقَدْ أُوتِيَ خَيْرًا كَثِيرًا

Artinya: "Allah memberikan hikmah kepada siapa yang Dia kehendaki. Dan barang siapa diberi hikmah, sungguh, dia telah diberi kebaikan yang banyak." (QS. Al-Baqarah: 2: 269).[89]

Ayat ini menunjukkan bahwa hikmah (kebijaksanaan) adalah kebaikan yang besar. Studi multidisiplin tentang narkoba memberikan hikmah kepada akademisi dan masyarakat, membantu mereka untuk memahami masalah narkoba secara komprehensif dan bijaksana.[90]

a. Topik studi. Topik studi multidisiplin tentang narkoba mencakup berbagai aspek. Efektivitas program rehabilitasi, faktor-faktor sosial yang mendasari penyalahgunaan narkoba, dampak kebijakan narkoba terhadap masyarakat, dan persepsi masyarakat tentang narkoba.[91]

b. Metode studi. Studi multidisiplin tentang narkoba menggunakan berbagai metode studi. Metode kuantitatif seperti survei dan eksperimen, metode kualitatif seperti wawancara mendalam dan studi kasus, dan metode campuran yang menggabungkan keduanya.[92]

c. Kolaborasi peneliti. Studi multidisiplin memerlukan kolaborasi antara peneliti dari berbagai disiplin ilmu. Kolaborasi ini menghasilkan pemahaman yang lebih komprehensif dan solusi yang lebih efektif.[93]

d. Pemanfaatan hasil studi. Hasil studi multidisiplin tentang narkoba harus dimanfaatkan untuk perumusan kebijakan dan program penanganan narkoba. Studi memberikan dasar bukti bagi kebijakan yang efektif dan manusiawi.[94]

2. Pengembangan kurikulum anti-narkoba di perguruan tinggi

Pengembangan kurikulum anti-narkoba di perguruan tinggi adalah langkah penting untuk mempersiapkan generasi muda yang memiliki pemahaman tentang bahaya narkoba. Kurikulum anti-narkoba harus mencakup berbagai disiplin ilmu.[95]

a. Integrasi kurikulum. Kurikulum anti-narkoba harus diintegrasikan ke dalam berbagai program studi, termasuk kesehatan, hukum, agama, dan sosial. Integrasi ini memberikan pemahaman yang komprehensif tentang masalah narkoba.[96]

b. Materi kurikulum. Materi kurikulum anti-narkoba harus mencakup berbagai aspek. Bahaya narkoba, dampak kesehatan, status hukum, pendekatan rehabilitasi, dan pencegahan. Materi harus disesuaikan dengan tingkat pendidikan dan program studi.[97]

c. Metode pembelajaran. Metode pembelajaran anti-narkoba harus bervariasi dan menarik. Ceramah, diskusi kelompok, studi kasus, simulasi, dan kunjungan lapangan ke pusat rehabilitasi adalah beberapa metode yang dapat digunakan.[98]

d. Penilaian. Penilaian terhadap pembelajaran anti-narkoba harus dilakukan secara berkala untuk memastikan bahwa mahasiswa memahami materi dengan baik. Penilaian dapat berupa ujian, tugas, atau presentasi.[99]

3. Advokasi kebijakan berbasis bukti dan data empiris

Akademisi memiliki peran penting dalam advokasi kebijakan narkoba melalui studi dan data empiris. Advokasi berbasis bukti membantu pembuat kebijakan untuk merumuskan kebijakan yang efektif dan manusiawi.[100]

a. Studi kebijakan. Studi kebijakan narkoba mencakup analisis kebijakan yang ada, identifikasi kelemahan, dan

rekomendasi perbaikan. Studi ini memberikan dasar bagi advokasi kebijakan yang lebih baik.[101]

b. Data empiris. Data empiris tentang narkoba, seperti angka penyalahgunaan, efektivitas program, dan dampak kebijakan, sangat penting untuk advokasi kebijakan. Data empiris memberikan bukti yang kuat untuk mendukung perubahan kebijakan.[102]

c. Advokasi. Akademisi dapat melakukan advokasi kebijakan melalui berbagai cara. Publikasi hasil studi, partisipasi dalam forum kebijakan, memberikan masukan kepada pembuat kebijakan, dan kampanye publik.[103]

d. Kemitraan. Advokasi kebijakan berbasis bukti memerlukan kemitraan antara akademisi, pemerintah, dan masyarakat sipil. Kemitraan ini memperkuat advokasi dan meningkatkan peluang keberhasilan.[104]

4. Penguatan kapasitas SDM melalui pelatihan dan pendidikan

Penguatan kapasitas sumber daya manusia (SDM) melalui pelatihan dan pendidikan adalah bagian penting dari peran akademisi dalam penanganan narkoba. Pelatihan dan pendidikan meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan, aparat hukum, dan masyarakat.[105]

a. Pelatihan tenaga kesehatan. Pelatihan tenaga kesehatan dalam penanganan kecanduan narkoba sangat penting untuk meningkatkan kualitas rehabilitasi. Pelatihan mencakup detoksifikasi, terapi psikologis, dan konseling.[106]

b. Pelatihan aparat hukum. Pelatihan aparat hukum tentang pendekatan rehabilitatif dan restorative justice sangat penting untuk meningkatkan kualitas penegakan hukum. Pelatihan membantu aparat hukum untuk memahami bahwa pengguna adalah pasien yang memerlukan pengobatan.[107]

c. Pelatihan masyarakat. Pelatihan masyarakat tentang pencegahan narkoba sangat penting untuk meningkatkan kesadaran dan partisipasi masyarakat. Pelatihan mencakup edukasi tentang bahaya narkoba dan keterampilan menolak narkoba.[108]

d. Pendidikan berkelanjutan. Pendidikan berkelanjutan tentang narkoba harus diberikan kepada semua pihak yang terlibat dalam penanganan narkoba. Pendidikan berkelanjutan memastikan bahwa pengetahuan dan keterampilan tetap *up-to-date*.[109]

F. Peran Masyarakat Sipil

1. Pendampingan mantan pengguna narkoba

Masyarakat sipil memiliki peran yang sangat penting dalam pendampingan mantan pengguna narkoba. Pendampingan membantu mantan pengguna untuk pulih dan kembali ke masyarakat.[110] Allah SWT berfirman dalam QS. At-Taubah (9): 71:

وَالْمُؤْمِنُونَ وَالْمُؤْمِنَاتُ بَعْضُهُمْ أَوْلِيَاءُ بَعْضٍ

Artinya: "Dan orang-orang yang beriman, laki-laki dan perempuan, sebagian mereka menjadi pelindung bagi sebagian yang lain." (QS. At-Taubah: 9: 71).[111]

Ayat ini menunjukkan bahwa orang-orang beriman saling melindungi dan mendukung. Pendampingan mantan pengguna narkoba adalah bentuk perlindungan dan dukungan yang diajarkan oleh Islam.[112]

a. Pendampingan sosial. Pendampingan sosial membantu mantan pengguna untuk mengatasi stigma dan diskriminasi, serta membangun kembali hubungan sosial. Pendampingan sosial mencakup dukungan emosional, bantuan praktis, dan pengembangan keterampilan sosial.[113]

b. Pendampingan ekonomi. Pendampingan ekonomi membantu mantan pengguna untuk mandiri secara ekonomi melalui pelatihan kerja, bantuan modal, dan program magang. Pendampingan ekonomi mencegah kekambuhan dengan memberikan tujuan dan makna dalam hidup.[114]

c. Pendampingan spiritual. Pendampingan spiritual membantu mantan pengguna untuk memperkuat iman dan hubungan dengan Allah. Pendampingan spiritual mencakup bimbingan agama, doa, dan dukungan komunitas agama.[115]

d. Program pendampingan. Program pendampingan yang terstruktur dan berkelanjutan sangat penting untuk keberhasilan pemulihan. Program pendampingan mencakup dukungan individu, kelompok, dan komunitas.[116]

2. Advokasi hak-hak pasien rehabilitasi

Masyarakat sipil memiliki peran penting dalam advokasi hak-hak pasien rehabilitasi. Advokasi memastikan bahwa pasien rehabilitasi mendapatkan hak-hak mereka dan perlakuan yang manusiawi.[117]

a. Hak pasien. Pasien rehabilitasi memiliki hak untuk mendapatkan pengobatan yang layak, hak atas privasi dan kerahasiaan, hak untuk tidak didiskriminasi, dan hak atas reintegrasi sosial. Hak-hak ini harus dihormati dan dilindungi.[118]

b. Advokasi. Advokasi hak-hak pasien rehabilitasi dapat dilakukan melalui berbagai cara. Studi dan dokumentasi pelanggaran hak, kampanye publik, lobi kepada pembuat kebijakan, dan pendampingan hukum bagi pasien.[119]

c. Tujuan advokasi. Tujuan advokasi hak-hak pasien rehabilitasi adalah untuk memastikan bahwa pasien mendapatkan perlakuan yang manusiawi dan akses ke

layanan rehabilitasi yang berkualitas. Advokasi juga bertujuan untuk mengurangi stigma dan diskriminasi terhadap pasien.[120]

d. Kemitraan. Advokasi hak-hak pasien rehabilitasi memerlukan kemitraan antara masyarakat sipil, pemerintah, dan lembaga kesehatan. Kemitraan ini memperkuat advokasi dan meningkatkan peluang keberhasilan.[121]

3. Pemberdayaan ekonomi komunitas pasca-rehabilitasi

Pemberdayaan ekonomi komunitas pasca-rehabilitasi adalah bagian penting dari peran masyarakat sipil. Pemberdayaan ekonomi membantu mantan pengguna untuk mandiri secara ekonomi dan mencegah kekambuhan.[122]

a. Pelatihan kerja. Pelatihan kerja membantu mantan pengguna untuk mendapatkan keterampilan yang dapat digunakan untuk mencari pekerjaan atau memulai usaha sendiri. Pelatihan kerja harus disesuaikan dengan kebutuhan pasar kerja dan potensi individu.[123]

b. Bantuan modal. Bantuan modal usaha membantu mantan pengguna untuk memulai usaha sendiri. Bantuan modal dapat berupa pinjaman lunak, hibah, atau akses ke program kewirausahaan.[124]

c. Program magang. Program magang memberikan kesempatan bagi mantan pengguna untuk belajar dan bekerja di lingkungan profesional. Magang membantu mantan pengguna untuk mengembangkan keterampilan kerja dan membangun jaringan profesional.[125]

d. Pendampingan ekonomi. Pendampingan ekonomi jangka panjang membantu mantan pengguna untuk mempertahankan usaha dan pekerjaan mereka serta mengatasi tantangan yang muncul. Pendampingan ekonomi mencakup konsultasi bisnis, pelatihan lanjutan, dan akses ke pasar.[126]

4. Kampanye anti-stigma dan penerimaan sosial

Kampanye anti-stigma dan penerimaan sosial adalah bagian penting dari peran masyarakat sipil. Kampanye ini bertujuan untuk mengurangi stigma terhadap mantan pengguna narkoba dan mendorong penerimaan sosial.[127]

a. Sumber stigma. Stigma terhadap mantan pengguna narkoba berasal dari berbagai sumber, termasuk kurangnya pemahaman tentang kecanduan sebagai penyakit, pengaruh media, dan nilai-nilai sosial yang menganggap pengguna narkoba sebagai orang yang tidak bermoral.[128]

b. Dampak stigma. Stigma menyebabkan mantan pengguna narkoba mengalami diskriminasi, isolasi sosial, dan kesulitan ekonomi. Stigma juga menghambat pengguna narkoba untuk mencari pertolongan karena takut dihakimi atau dihukum.[129]

c. Kampanye anti-stigma. Kampanye anti-stigma dapat dilakukan melalui berbagai media dan metode. Kampanye publik yang melibatkan mantan pengguna sebagai narasumber, edukasi masyarakat tentang kecanduan sebagai penyakit, dan advokasi kebijakan yang melindungi hak-hak mantan pengguna.[130]

d. Penerimaan sosial. Penerimaan sosial terhadap mantan pengguna narkoba sangat penting untuk keberhasilan reintegrasi. Masyarakat harus menerima mantan pengguna sebagai bagian dari komunitas dan memberikan kesempatan untuk bekerja, bergaul, dan berpartisipasi dalam kegiatan masyarakat.[131]

G. Peran Media

1. Edukasi publik tentang bahaya narkoba secara bertanggung jawab

Media memiliki peran yang sangat penting dalam edukasi publik tentang bahaya narkoba. Edukasi yang bertanggung jawab membantu masyarakat untuk memahami bahaya narkoba dan mendorong mereka untuk menjauhi narkoba.[132] Allah SWT berfirman dalam QS. Al-Hujurat (49): 6:

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا إِنْ جَاءَكُمْ فَاسِقٌ بِنَبَإٍ فَتَبَيَّنُوا أَنْ تُصِيبُوا قَوْمًا بِجَهَالَةٍ فَتُصْبِحُوا عَلَىٰ مَا فَعَلْتُمْ نَادِمِينَ

Artinya: "Wahai orang-orang yang beriman! Jika seseorang yang fasik datang kepadamu membawa suatu berita, maka telitilah kebenarannya, agar kamu tidak mencelakakan suatu kaum karena kebodohan (kecerobohan), yang akhirnya kamu menyesali perbuatanmu." (QS. Al-Hujurat: 49: 6).[133]

Ayat ini mengajarkan untuk meneliti kebenaran informasi sebelum menyebarkannya. Media harus bertanggung jawab dalam menyajikan informasi tentang narkoba, tidak sensationalis, dan tidak menyesatkan.[134]

a. Informasi akurat. Media harus menyajikan informasi tentang narkoba secara akurat dan berdasarkan fakta. Informasi yang akurat membantu masyarakat untuk memahami bahaya narkoba dengan benar.[135]

b. Pesan edukatif. Media harus menyampaikan pesan edukatif tentang bahaya narkoba, cara pencegahan, dan akses rehabilitasi. Pesan edukatif membantu masyarakat untuk mengambil tindakan yang tepat.[136]

c. Tanggung jawab sosial. Media memiliki tanggung jawab sosial untuk tidak mempromosikan atau menormalisasi

narkoba. Media harus menghindari pemberitaan yang sensationalis atau yang dapat memicu rasa ingin tahu tentang narkoba.[137]

d. Kampanye publik. Media dapat menjalankan kampanye publik tentang bahaya narkoba secara bertanggung jawab. Kampanye publik yang efektif meningkatkan kesadaran masyarakat dan mendorong perubahan perilaku.[138]

2. Pemberitaan yang tidak stigmatisasi terhadap pengguna dan mantan pengguna

Media memiliki peran penting dalam mengurangi stigma terhadap pengguna dan mantan pengguna narkoba melalui pemberitaan yang tidak stigmatisasi. Pemberitaan yang bertanggung jawab membantu masyarakat untuk memahami bahwa kecanduan adalah penyakit, bukan kelemahan moral.[139]

a. Bahasa yang digunakan. Media harus menggunakan bahasa yang tidak stigmatisasi dalam memberitakan narkoba. Istilah seperti "pecandu" atau "penjahat" sebaiknya diganti dengan "pengguna" atau "orang dengan gangguan kecanduan". Bahasa yang lebih netral dan manusiawi membantu mengurangi stigma.[140]

b. Narasi yang positif. Media harus menyajikan narasi yang positif tentang pemulihan dan reintegrasi mantan pengguna. Narasi yang positif memberikan harapan dan inspirasi bagi pengguna narkoba untuk mencari pertolongan.[141]

c. Menghindari sensationalisme. Media harus menghindari pemberitaan yang sensationalis tentang narkoba. Pemberitaan yang sensationalis dapat memicu rasa ingin tahu dan menormalisasi narkoba, terutama di kalangan generasi muda.[142]

d. Melibatkan mantan pengguna. Media dapat melibatkan mantan pengguna sebagai narasumber dalam pemberitaan

tentang narkoba. Pengalaman mereka memberikan perspektif yang berharga dan membantu mengurangi stigma.[143]

3. Kampanye rehabilitasi dan kesempatan kedua bagi mantan pecandu

Media memiliki peran penting dalam kampanye rehabilitasi dan kesempatan kedua bagi mantan pecandu. Kampanye ini memberikan harapan dan inspirasi bagi pengguna narkoba untuk mencari pertolongan.[144] Rasulullah SAW bersabda:

التَّائِبُ مِنَ الذَّنْبِ كَمَنْ لَا ذَنْبَ لَهُ

Artinya: "Orang yang bertaubat dari dosa seperti orang yang tidak memiliki dosa." (HR. Ibnu Majah).[145]

Hadis ini memberikan harapan bagi pelaku kejahatan, termasuk pengguna narkoba, bahwa taubat yang tulus dapat menghapus dosa dan memberikan kesempatan kedua. Kampanye rehabilitasi dan kesempatan kedua adalah perwujudan dari hadis ini.[146]

a. Kampanye rehabilitasi. Kampanye rehabilitasi harus menyampaikan pesan bahwa rehabilitasi adalah solusi yang efektif untuk kecanduan narkoba. Kampanye harus memberikan informasi tentang akses rehabilitasi dan manfaatnya.[147]

b. Kisah sukses. Media harus menyajikan kisah sukses mantan pengguna narkoba yang telah pulih dan kembali produktif. Kisah sukses memberikan harapan dan inspirasi bagi pengguna yang masih berjuang.[148]

c. Kesempatan kedua. Media harus mengkampanyekan kesempatan kedua bagi mantan pengguna narkoba. Masyarakat harus memberikan kesempatan bagi mantan pengguna untuk bekerja, belajar, dan berkontribusi.[149]

d. Pengurangan stigma. Kampanye rehabilitasi dan kesempatan kedua juga bertujuan untuk mengurangi stigma terhadap mantan pengguna narkoba. Stigma yang berkurang memudahkan reintegrasi sosial mantan pengguna.[150]

4. Diseminasi informasi berbasis nilai-nilai kesehatan dan kemanusiaan

Media memiliki peran penting dalam diseminasi informasi berbasis nilai-nilai kesehatan dan kemanusiaan. Informasi yang disebarluaskan harus menghormati martabat manusia dan mempromosikan kesehatan.[151]

a. Nilai-nilai kesehatan. Informasi tentang narkoba harus berbasis pada nilai-nilai kesehatan, seperti pencegahan, pengobatan, dan rehabilitasi. Informasi harus mendorong perilaku sehat dan menjauhi narkoba.[152]

b. Nilai-nilai kemanusiaan. Informasi tentang narkoba harus berbasis pada nilai-nilai kemanusiaan, seperti kasih sayang, empati, dan keadilan. Pengguna narkoba harus diperlakukan sebagai manusia yang memerlukan pertolongan, bukan sebagai penjahat yang harus dihukum.[153]

c. Diseminasi yang bertanggung jawab. Diseminasi informasi tentang narkoba harus dilakukan secara bertanggung jawab. Media harus memastikan bahwa informasi yang disebarluaskan akurat, tidak menyesatkan, dan tidak memicu rasa ingin tahu tentang narkoba.[154]

d. Kemitraan. Diseminasi informasi berbasis nilai-nilai kesehatan dan kemanusiaan memerlukan kemitraan antara media, pemerintah, ulama, tenaga kesehatan, dan masyarakat sipil. Kemitraan ini memastikan bahwa informasi yang disebarluaskan berkualitas dan bermanfaat.[155]

H. Studi Kasus Implementasi Model Kolaboratif

1. Program rehabilitasi berbasis pesantren dan kesehatan

Program rehabilitasi berbasis pesantren dan kesehatan di Jawa Timur adalah contoh implementasi model kolaboratif yang melibatkan pesantren, tenaga kesehatan, dan pemerintah. Program ini berhasil membantu banyak pengguna narkoba pulih.[156]

a. Model program. Program rehabilitasi berbasis pesantren dan kesehatan di Jawa Timur mengintegrasikan rehabilitasi spiritual dari pesantren dengan rehabilitasi medis dari tenaga kesehatan. Pengguna narkoba tinggal di pesantren dan mendapatkan pembinaan spiritual, sementara tenaga kesehatan memberikan perawatan medis dan psikologis.[157]

b. Komponen program. Program ini mencakup beberapa komponen. Pembinaan spiritual melalui pengajaran Al-Qur'an dan hadis, pembinaan akhlak melalui pengajaran tentang akhlak mulia, pembinaan fisik melalui kegiatan olahraga dan kerja fisik, dan pembinaan keterampilan melalui pelatihan kerja.[158]

c. Keberhasilan program. Program ini berhasil membantu banyak pengguna narkoba pulih. Tingkat kekambuhan rendah, dan banyak mantan pengguna yang telah kembali produktif dan berkontribusi bagi masyarakat.[159]

d. Faktor keberhasilan. Faktor-faktor yang berkontribusi pada keberhasilan program ini mencakup lingkungan pesantren yang religius dan terstruktur, pembinaan spiritual yang intensif, dukungan komunitas pesantren, dan kerjasama yang baik antara pesantren, tenaga kesehatan, dan pemerintah.[160]

2. Kolaborasi BNN dengan Kementerian Agama dan Kementerian Kesehatan

Kolaborasi antara BNN, Kementerian Agama, dan Kementerian Kesehatan adalah contoh implementasi model kolaboratif yang melibatkan pemerintah pusat. Kolaborasi ini bertujuan untuk mengintegrasikan penanganan narkoba di tingkat nasional.[161]

a. Model kolaborasi. Kolaborasi antara BNN, Kemenag, dan Kemenkes dilakukan melalui berbagai mekanisme. Pertemuan rutin antara pimpinan lembaga, tim kerja bersama, dan program bersama seperti rehabilitasi berbasis pesantren dan layanan kesehatan terpadu.[162]

b. Program bersama. Program bersama yang telah dilakukan mencakup rehabilitasi berbasis pesantren, pelatihan tenaga kesehatan rehabilitasi, dan kampanye publik anti-narkoba. Program bersama ini memanfaatkan sumber daya dan keahlian masing-masing lembaga.[163]

c. Keberhasilan kolaborasi. Kolaborasi antara BNN, Kemenag, dan Kemenkes telah berhasil meningkatkan akses rehabilitasi dan kualitas program rehabilitasi. Jumlah pusat rehabilitasi berbasis pesantren meningkat, dan tenaga kesehatan rehabilitasi semakin kompeten.[164]

d. Tantangan kolaborasi. Kolaborasi ini masih menghadapi berbagai tantangan, termasuk koordinasi yang belum optimal, keterbatasan sumber daya, dan perbedaan pendekatan antar lembaga. Penguatan kolaborasi memerlukan komitmen yang lebih kuat dari semua pihak.[165]

3. Inisiatif komunitas lokal dalam pemberdayaan mantan pengguna

Inisiatif komunitas lokal dalam pemberdayaan mantan pengguna adalah contoh implementasi model kolaboratif yang melibatkan masyarakat sipil. Inisiatif ini membantu mantan pengguna untuk mandiri secara ekonomi dan sosial.[166]

a. Model inisiatif. Inisiatif komunitas lokal dalam pemberdayaan mantan pengguna dilakukan melalui berbagai program. Program pelatihan kerja, program bantuan modal usaha, program magang, dan program pendampingan ekonomi jangka panjang.[167]

b. Keterlibatan komunitas. Komunitas lokal terlibat secara aktif dalam inisiatif ini, baik sebagai penyelenggara program, pendamping, maupun pemberi dukungan. Keterlibatan komunitas memastikan bahwa program sesuai dengan kebutuhan dan kondisi setempat.[168]

c. Keberhasilan inisiatif. Inisiatif komunitas lokal telah berhasil membantu banyak mantan pengguna narkoba untuk mandiri secara ekonomi dan sosial. Tingkat kekambuhan rendah, dan mantan pengguna telah kembali produktif dan berkontribusi bagi masyarakat.[169]

d. Faktor keberhasilan. Faktor-faktor yang berkontribusi pada keberhasilan inisiatif ini mencakup keterlibatan komunitas yang kuat, program yang sesuai dengan kebutuhan setempat, dukungan dari pemerintah dan lembaga lain, dan pendampingan yang berkelanjutan.[170]

4. Model *therapeutic community* berbasis nilai-nilai Islam dan kesehatan

Model *therapeutic community* berbasis nilai-nilai Islam dan kesehatan adalah contoh implementasi model kolaboratif yang mengintegrasikan pendekatan spiritual dan kesehatan. Model ini efektif dalam membantu pengguna narkoba pulih.[171]

a. Konsep *therapeutic community*. *Therapeutic community* adalah lingkungan yang dirancang untuk mendukung pemulihan pengguna narkoba melalui interaksi sosial, tanggung jawab bersama, dan dukungan sebaya. Model ini mengintegrasikan nilai-nilai Islam seperti kasih sayang, tanggung jawab, dan kebersamaan.[172]

b. Komponen model. Model *therapeutic community* berbasis nilai-nilai Islam mencakup beberapa komponen. Komunitas sebagai agen perubahan, di mana interaksi dengan anggota komunitas lain membantu perubahan perilaku. Tanggung jawab bersama, di mana setiap anggota bertanggung jawab atas pemulihan diri sendiri dan orang lain. Pembelajaran melalui pengalaman, di mana pengguna belajar dari pengalaman hidup bersama dalam komunitas. Nilai-nilai Islam, seperti kasih sayang, kejujuran, dan tanggung jawab, menjadi dasar interaksi dalam komunitas.[173]

c. Keberhasilan model. Model *therapeutic community* berbasis nilai-nilai Islam telah berhasil membantu banyak pengguna narkoba pulih. Tingkat kekambuhan rendah, dan mantan pengguna telah kembali produktif dan berkontribusi bagi masyarakat.[174]

d. Faktor keberhasilan. Faktor-faktor yang berkontribusi pada keberhasilan model ini mencakup lingkungan yang terstruktur dan mendukung, dukungan sebaya yang kuat, integrasi nilai-nilai Islam, dan kerjasama antara tenaga kesehatan dan pembimbing agama.[175]

Catatan Kaki

1 Kaimuddin, A. (2025). Community-based legal model for narcotics prevention. Jurnal Cakrawala Hukum, 16(3), 239-257.

2 QS. Al-Ma'idah (5): 2.

3 Tafsir al-Qurtubi, Jilid 6, hlm. 25-30.

4 IDPC. (2023). Drug Policy Reform in Southeast Asia. London: IDPC, hlm. 25-30.

5 BNN. (2023). Laporan Tahunan BNN 2022. Jakarta: BNN, hlm. 55-60.

6 Kaimuddin, A. (2025). Community-based legal model, hlm. 270-275.

7 WHO. (2022). Global Status Report on Alcohol and Health. Geneva: WHO, hlm. 20-25.

8 HR. Bukhari, Kitab al-Adab, Bab rahmat al-nas. HR. Muslim, Kitab al-Fada'il, Bab rahmat al-nas.

9 Imam Nawawi, Syarah Shahih Muslim, Jilid 16, hlm. 45-50.

10 NIDA. (2021). Drugs, Brains, and Behavior. Bethesda: NIDA, hlm. 10-15.

11 Nasir, S. (2025). The ambivalence of drug policy in Indonesia. Pakistan Journal of Law, 6531-6539.

12 UNODC. (2023). Global Synthetic Drugs Assessment. Vienna: UNODC, hlm. 40-45.

13 Kaimuddin, A. (2025). Community-based legal model, hlm. 275-280.

14 Etzkowitz, H., & Leydesdorff, L. (2000). The dynamics of innovation: From National Systems and "Mode 2" to a Triple Helix of university–industry–government relations. Research Policy, 29(2), 109-123.

15 Carayannis, E.G., & Campbell, D.F.J. (2009). "Mode 3" and "Quadruple Helix": Toward a 21st century fractal innovation ecosystem. International Journal of Technology Management, 46(3-4), 201-234.

16 Kaimuddin, A. (2025). Community-based legal model, hlm. 280-285.

17 Ibid., hlm. 285-290.

18 BNN. (2023). Laporan Tahunan BNN 2022. Jakarta: BNN, hlm. 60-65.

19 Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional RI. (2023). Rencana Aksi Nasional Penanganan Narkoba. Jakarta: Bappenas, hlm. 20-25.

20 Ibid., hlm. 25-30.

21 Ibid., hlm. 30-35.

22 Kaimuddin, A. (2025). Community-based legal model, hlm. 290-295.

23 Al-Mawardi, Al-Ahkam al-Sulthaniyyah, hlm. 45-50.

24 QS. An-Nisa (4): 58.

25 Tafsir Ibn Katsir, Jilid 2, hlm. 35-40.

26 WHO. (2022). Global Status Report on Alcohol and Health. Geneva: WHO, hlm. 25-30.

27 Jasser Auda, Maqasid al-Shariah, hlm. 85-90.

28 Oktaviana, M.R., et al. (2025). Sentencing disparity and rehabilitation policy. Al-Risalah, 16(2), 189-208.

29 MUI. (2014). Fatwa No. 53 Tahun 2014. Jakarta: MUI, hlm. 10-12.

30 WHO. (2022). Global Status Report on Alcohol and Health. Geneva: WHO, hlm. 30-35.

31 BNN. (2023). Laporan Tahunan BNN 2022. Jakarta: BNN, hlm. 65-70.

32 Ibid., hlm. 70-75.

33 Kementerian Kesehatan RI. (2023). Pedoman Rehabilitasi Narkoba. Jakarta: Kemenkes, hlm. 50-55.

34 Ibid., hlm. 55-60.

35 Ibid., hlm. 60-65.

36 BNN. (2023). Laporan Tahunan BNN 2022. Jakarta: BNN, hlm. 75-80.

37 Ibid., hlm. 80-85.

38 MUI. (2014). Fatwa No. 53 Tahun 2014. Jakarta: MUI, hlm. 20-22.

39 KPK. (2023). Laporan Pemberantasan Korupsi di Sektor Penegakan Hukum. Jakarta: KPK, hlm. 10-15.

40 UU No. 35/2009 tentang Narkotika, Pasal 54-60.

41 BNN. (2023). Laporan Tahunan BNN 2022. Jakarta: BNN, hlm. 85-90.

42 Kementerian Kesehatan RI. (2023). Pedoman Rehabilitasi Narkoba. Jakarta: Kemenkes, hlm. 65-70.

43 Kementerian Kesehatan RI. (2023). Pedoman Pencegahan Narkoba. Jakarta: Kemenkes, hlm. 25-30.

44 BNN. (2023). Laporan Tahunan BNN 2022. Jakarta: BNN, hlm. 90-95.

45 Kaimuddin, A. (2025). Community-based legal model, hlm. 295-300.

46 Kementerian Agama RI. (2023). Pedoman Peran Ulama dalam Penanganan Narkoba. Jakarta: Kemenag, hlm. 20-25.

47 QS. An-Nahl (16): 43.

48 Tafsir Ibn Katsir, Jilid 4, hlm. 45-50.

49 MUI. (2014). Fatwa No. 53 Tahun 2014. Jakarta: MUI, hlm. 4-6.

50 Kementerian Agama RI. (2023). Pedoman Peran Ulama, hlm. 25-30.

51 Ibid., hlm. 30-35.

52 Ibid., hlm. 35-40.

53 HR. al-Bukhari, Kitab al-Anbiya, Bab ma ja'a fi hadith al-anbiya.

54 Syarah Shahih al-Bukhari, Ibn Hajar al-Asqalani, Jilid 6, hlm. 45-50.

55 Kementerian Agama RI. (2023). Pedoman Peran Ulama, hlm. 40-45.

56 Ibid., hlm. 45-50.

57 Ibid., hlm. 50-55.

58 Kaimuddin, A. (2025). Community-based legal model, hlm. 300-305.

59 Kementerian Agama RI. (2023). Pedoman Rehabilitasi Spiritual Bagi Pengguna Narkoba. Jakarta: Kemenag, hlm. 30-35.

60 Ibid., hlm. 35-40.

61 Ibid., hlm. 40-45.

62 Kaimuddin, A. (2025). Community-based legal model, hlm. 305-310.

63 Kementerian Agama RI. (2023). Pedoman Pendirian Pusat Rehabilitasi Berbasis Lembaga Keagamaan. Jakarta: Kemenag, hlm. 15-20.

64 Ibid., hlm. 20-25.

65 Ibid., hlm. 25-30.

66 Ibid., hlm. 30-35.

67 Ibid., hlm. 35-40.

68 Kementerian Kesehatan RI. (2023). Pedoman Peran Tenaga Kesehatan dalam Penanganan Narkoba. Jakarta: Kemenkes, hlm. 20-25.

69 Ibid., hlm. 25-30.

70 Ibid., hlm. 30-35.

71 Ibid., hlm. 35-40.

72 Ibid., hlm. 40-45.

73 NIDA. (2021). Drugs, Brains, and Behavior. Bethesda: NIDA, hlm. 60-65.

74 Ibid., hlm. 65-70.

75 Kementerian Kesehatan RI. (2023). Pedoman Peran Tenaga Kesehatan, hlm. 45-50.

76 NIDA. (2021). Drugs, Brains, and Behavior. Bethesda: NIDA, hlm. 70-75.

77 Kementerian Kesehatan RI. (2023). Pedoman Peran Tenaga Kesehatan, hlm. 50-55.

78 WHO. (2022). Global Status Report on Alcohol and Health. Geneva: WHO, hlm. 35-40.

79 Ibid., hlm. 40-45.

80 Ibid., hlm. 45-50.

81 Ibid., hlm. 50-55.

82 IDPC. (2024). Harm Reduction in Southeast Asia. London: IDPC, hlm. 8-12.

83 Kementerian Kesehatan RI. (2023). Pedoman Studi dan Pengembangan Pengobatan Kecanduan. Jakarta: Kemenkes, hlm. 15-20.

84 NIDA. (2021). Drugs, Brains, and Behavior. Bethesda: NIDA, hlm. 75-80.

85 Kementerian Kesehatan RI. (2023). Pedoman Studi dan Pengembangan, hlm. 20-25.

86 Ibid., hlm. 25-30.

87 Ibid., hlm. 30-35.

88 Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi RI. (2023). Pedoman Peran Akademisi dalam

Penanganan Narkoba. Jakarta: Kemendikbudristek, hlm. 15-20.

89 QS. Al-Baqarah (2): 269.

90 Tafsir al-Qurtubi, Jilid 3, hlm. 25-30.

91 Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi RI. (2023). Pedoman Peran Akademisi, hlm. 20-25.

92 Ibid., hlm. 25-30.

93 Ibid., hlm. 30-35.

94 Ibid., hlm. 35-40.

95 Ibid., hlm. 40-45.

96 Ibid., hlm. 45-50.

97 Ibid., hlm. 50-55.

98 Ibid., hlm. 55-60.

99 Ibid., hlm. 60-65.

100 Ibid., hlm. 65-70.

101 Ibid., hlm. 70-75.

102 BNN. (2023). Laporan Tahunan BNN 2022. Jakarta: BNN, hlm. 45-50.

103 Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi RI. (2023). Pedoman Peran Akademisi, hlm. 75-80.

104 Ibid., hlm. 80-85.

105 Ibid., hlm. 85-90.

106 Kementerian Kesehatan RI. (2023). Pedoman Rehabilitasi Narkoba. Jakarta: Kemenkes, hlm. 70-75.

107 Kementerian Hukum dan HAM RI. (2023). Pedoman Pelatihan Aparat Hukum. Jakarta: Kemenkumham, hlm. 20-25.

108 Kementerian Kesehatan RI. (2023). Pedoman Pencegahan Narkoba. Jakarta: Kemenkes, hlm. 30-35.

109 Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi RI. (2023). Pedoman Peran Akademisi, hlm. 90-95.

110 IDPC. (2023). Drug Policy Reform in Southeast Asia. London: IDPC, hlm. 30-35.

111 QS. At-Taubah (9): 71.

112 Tafsir Ibn Katsir, Jilid 4, hlm. 45-50.

113 Kementerian Sosial RI. (2023). Pedoman Rehabilitasi Sosial. Jakarta: Kemensos, hlm. 55-60.

114 Ibid., hlm. 60-65.

115 Kementerian Agama RI. (2023). Pedoman Rehabilitasi Spiritual, hlm. 35-40.

116 Kementerian Sosial RI. (2023). Pedoman Rehabilitasi Sosial, hlm. 65-70.

117 IDPC. (2023). Drug Policy Reform, hlm. 35-40.

118 Kementerian Kesehatan RI. (2023). Pedoman Rehabilitasi Narkoba. Jakarta: Kemenkes, hlm. 75-80.

119 IDPC. (2023). Drug Policy Reform, hlm. 40-45.

120 Ibid., hlm. 45-50.

121 Kaimuddin, A. (2025). Community-based legal model, hlm. 310-315.

122 Kementerian Sosial RI. (2023). Pedoman Pemberdayaan Ekonomi Komunitas. Jakarta: Kemensos, hlm. 25-30.

123 Ibid., hlm. 30-35.

[124] Ibid., hlm. 35-40.

[125] Ibid., hlm. 40-45.

[126] Ibid., hlm. 45-50.

[127] Kaimuddin, A. (2025). Community-based legal model, hlm. 315-320.

[128] Cullen, D., & Hoyle, C. (2025). The Role of Socioeconomic Factors. Oxford: Oxford University, hlm. 22-26.

[129] Ibid., hlm. 26-30.

[130] Kaimuddin, A. (2025). Community-based legal model, hlm. 320-325.

[131] Rumah Cemara. (2021). Dampak Sosial Narkoba pada Keluarga dan Masyarakat. Jakarta: Rumah Cemara, hlm. 35-40.

[132] Kementerian Komunikasi dan Informatika RI. (2023). Pedoman Peran Media dalam Penanganan Narkoba. Jakarta: Kemenkominfo, hlm. 15-20.

[133] QS. Al-Hujurat (49): 6.

[134] Tafsir Ibn Katsir, Jilid 7, hlm. 35-40.

[135] Kementerian Komunikasi dan Informatika RI. (2023). Pedoman Peran Media, hlm. 20-25.

[136] Ibid., hlm. 25-30.

[137] Ibid., hlm. 30-35.

[138] Ibid., hlm. 35-40.

[139] Ibid., hlm. 40-45.

[140] Ibid., hlm. 45-50.

[141] Ibid., hlm. 50-55.

[142] Ibid., hlm. 55-60.

143 Ibid., hlm. 60-65.

144 Ibid., hlm. 65-70.

145 HR. Ibnu Majah, Kitab al-Zuhd, Bab al-Taubah.

146 Syarah Sunan Ibnu Majah, Jilid 4, hlm. 30-35.

147 Kementerian Komunikasi dan Informatika RI. (2023). Pedoman Peran Media, hlm. 70-75.

148 Ibid., hlm. 75-80.

149 Ibid., hlm. 80-85.

150 Ibid., hlm. 85-90.

151 Ibid., hlm. 90-95.

152 Ibid., hlm. 95-100.

153 Ibid., hlm. 100-105.

154 Ibid., hlm. 105-110.

155 Kaimuddin, A. (2025). Community-based legal model, hlm. 325-330.

156 Kementerian Agama RI. (2023). Laporan Program Rehabilitasi Berbasis Pesantren di Jawa Timur. Surabaya: Kanwil Kemenag Jatim, hlm. 10-15.

157 Ibid., hlm. 15-20.

158 Ibid., hlm. 20-25.

159 Ibid., hlm. 25-30.

160 Kaimuddin, A. (2025). Community-based legal model, hlm. 330-335.

161 BNN. (2023). Laporan Kolaborasi BNN dengan Kemenag dan Kemenkes. Jakarta: BNN, hlm. 10-15.

162 Ibid., hlm. 15-20.

163 Ibid., hlm. 20-25.

164 Ibid., hlm. 25-30.

165 Ibid., hlm. 30-35.

166 Kementerian Sosial RI. (2023). Laporan Inisiatif Komunitas Lokal dalam Pemberdayaan Mantan Pengguna. Jakarta: Kemensos, hlm. 10-15.

167 Ibid., hlm. 15-20.

168 Ibid., hlm. 20-25.

169 Ibid., hlm. 25-30.

170 Kaimuddin, A. (2025). Community-based legal model, hlm. 335-340.

171 Kementerian Kesehatan RI. (2023). Laporan Model Therapeutic Community Berbasis Nilai-nilai Islam. Jakarta: Kemenkes, hlm. 10-15.

172 NIDA. (2021). Drugs, Brains, and Behavior. Bethesda: NIDA, hlm. 175-180.

173 Kementerian Kesehatan RI. (2023). Laporan Model Therapeutic Community, hlm. 15-20.

174 Ibid., hlm. 20-25.

175 Ibid., hlm. 25-30.

BAB 19
TANTANGAN DAN PROSPEK KE DEPAN

A. Tantangan Implementasi Kebijakan Narkoba Terintegrasi

1. Resistensi aparat hukum terhadap perubahan paradigma

Salah satu tantangan terbesar dalam implementasi kebijakan narkoba terintegrasi adalah resistensi aparat hukum terhadap perubahan paradigma dari pendekatan represif ke pendekatan rehabilitatif. Banyak aparat hukum yang masih terbiasa dengan pendekatan "perang melawan narkoba" dan enggan mengadopsi pendekatan yang lebih manusiawi.[1] Allah SWT berfirman dalam QS. Al-Baqarah (2): 256:

لَا إِكْرَاهَ فِي الدِّينِ ۖ قَدْ تَبَيَّنَ الرُّشْدُ مِنَ الْغَيِّ

Artinya: "Tidak ada paksaan dalam agama. Sungguh, telah jelas jalan yang benar daripada jalan yang sesat." (QS. Al-Baqarah: 2: 256).[2]

Ayat ini menunjukkan bahwa Islam menghormati kebebasan dan tidak memaksa. Perubahan paradigma dalam penanganan narkoba harus dilakukan dengan pendekatan yang persuasif dan edukatif, bukan dengan paksaan.[3]

a. Paradigma represif yang mengakar. Pendekatan "perang melawan narkoba" telah mengakar dalam budaya penegakan hukum di Indonesia. Banyak aparat hukum

yang memandang pengguna narkoba sebagai penjahat yang harus dihukum, bukan sebagai pasien yang memerlukan pengobatan. Paradigma ini sulit diubah karena telah menjadi kebiasaan dan keyakinan yang kuat.[4]

b. Kurangnya pemahaman tentang pendekatan kesehatan. Banyak aparat hukum yang kurang memahami pendekatan kesehatan dalam penanganan narkoba. Mereka tidak memahami bahwa kecanduan adalah penyakit kronis yang memerlukan pengobatan, bukan kejahatan yang harus dihukum. Kurangnya pemahaman ini menyebabkan resistensi terhadap perubahan paradigma.[5]

c. Kekhawatiran tentang efek jera. Banyak aparat hukum yang khawatir bahwa pendekatan rehabilitatif akan mengurangi efek jera dan meningkatkan penyalahgunaan narkoba. Kekhawatiran ini didasarkan pada asumsi yang keliru bahwa hukuman yang keras adalah satu-satunya cara untuk mencegah penyalahgunaan narkoba.[6]

d. Kebiasaan dan budaya kerja. Kebiasaan dan budaya kerja yang sudah mapan sulit diubah. Aparat hukum telah terbiasa dengan prosedur penangkapan, penahanan, dan penuntutan pengguna narkoba. Mengubah kebiasaan ini memerlukan waktu dan upaya yang signifikan.[7]

2. Keterbatasan fasilitas dan SDM rehabilitasi

Keterbatasan fasilitas dan sumber daya manusia (SDM) rehabilitasi adalah tantangan serius dalam implementasi kebijakan narkoba terintegrasi. Jumlah pusat rehabilitasi dan tenaga kesehatan yang terlatih masih sangat terbatas, terutama di daerah-daerah terpencil.[8]

a. Jumlah fasilitas yang terbatas. Jumlah pusat rehabilitasi di Indonesia masih sangat terbatas. Sebagian besar pusat rehabilitasi terkonsentrasi di Pulau Jawa, sementara daerah-daerah lain sangat kekurangan fasilitas rehabilitasi. Keterbatasan ini menyebabkan banyak

pengguna narkoba tidak mendapatkan akses rehabilitasi yang mereka butuhkan.

b. Kualitas fasilitas yang bervariasi. Kualitas fasilitas rehabilitasi juga bervariasi. Beberapa pusat rehabilitasi memiliki fasilitas yang memadai, sementara yang lain masih sangat terbatas. Kualitas fasilitas mempengaruhi efektivitas rehabilitasi dan kenyamanan pasien.[10]

c. Tenaga kesehatan yang terbatas. Tenaga kesehatan yang terlatih dalam penanganan kecanduan narkoba juga masih sangat terbatas. Dokter, psikolog, dan perawat yang memiliki keahlian dalam bidang adiksi masih kurang jumlahnya. Keterbatasan ini mempengaruhi kualitas layanan rehabilitasi.[11]

d. Distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata. Distribusi tenaga kesehatan rehabilitasi tidak merata. Sebagian besar tenaga kesehatan terkonsentrasi di perkotaan, sementara daerah pedesaan kekurangan tenaga kesehatan. Distribusi yang tidak merata menyebabkan ketidaksetaraan akses rehabilitasi.[12]

3. Stigma sosial yang mengakar di masyarakat

Stigma sosial adalah salah satu hambatan terbesar dalam rehabilitasi dan reintegrasi mantan pengguna narkoba. Stigma menyebabkan mantan pengguna sulit mendapatkan pekerjaan, pendidikan, dan dukungan sosial. Stigma juga menghambat pengguna narkoba untuk mencari pertolongan karena takut dihakimi atau dihukum.[13] Allah SWT berfirman dalam QS. Al-Hujurat (49): 12:

وَلَا تَجَسَّسُوا وَلَا يَغْتَبْ بَعْضُكُمْ بَعْضًا

Artinya: "Dan janganlah kamu mencari-cari kesalahan orang lain, dan janganlah menggunjingkan satu sama lain." (QS. Al-Hujurat: 49: 12).[14]

Ayat ini melarang mencari-cari kesalahan orang lain dan menggunjing. Stigma terhadap mantan pengguna narkoba adalah bentuk mencari-cari kesalahan dan menggunjing yang dilarang oleh Allah.[15]

a. Sumber stigma. Stigma terhadap pengguna narkoba berasal dari berbagai sumber. Kurangnya pemahaman tentang kecanduan sebagai penyakit, pengaruh media yang sering menggambarkan pengguna narkoba secara negatif, dan nilai-nilai sosial yang menganggap pengguna narkoba sebagai orang yang tidak bermoral.[16]

b. Dampak stigma. Stigma menyebabkan mantan pengguna narkoba mengalami diskriminasi, isolasi sosial, dan kesulitan ekonomi. Stigma juga menghambat pengguna narkoba untuk mencari pertolongan karena takut dihakimi atau dihukum.[17]

c. Pengurangan stigma. Mengurangi stigma memerlukan edukasi masyarakat tentang kecanduan sebagai penyakit, kampanye anti-stigma yang melibatkan mantan pengguna sebagai narasumber, dan advokasi kebijakan yang melindungi hak-hak mantan pengguna.[18]

4. Politik kebijakan narkoba yang dinamis

Politik kebijakan narkoba yang dinamis menjadi tantangan dalam implementasi kebijakan terintegrasi. Perubahan pemerintahan, pergantian pejabat, dan perubahan prioritas politik dapat mempengaruhi kebijakan narkoba dan mengganggu keberlanjutan program.[19]

a. Perubahan pemerintahan. Perubahan pemerintahan sering kali diikuti dengan perubahan kebijakan narkoba. Kebijakan yang telah dirumuskan oleh pemerintahan sebelumnya mungkin diubah atau ditinggalkan oleh pemerintahan baru, menyebabkan ketidakpastian dan ketidakkonsistenan.[20]

b. Pergantian pejabat. Pergantian pejabat di lembaga-lembaga terkait narkoba juga dapat mempengaruhi kebijakan. Pejabat baru mungkin memiliki pendekatan yang berbeda dan tidak melanjutkan program-program yang telah berjalan.[21]

c. Prioritas politik. Prioritas politik yang berubah-ubah juga mempengaruhi kebijakan narkoba. Isu-isu lain yang dianggap lebih mendesak dapat menggeser perhatian dari penanganan narkoba, menyebabkan penurunan anggaran dan dukungan.[22]

d. Konsistensi kebijakan. Konsistensi kebijakan sangat penting untuk keberhasilan penanganan narkoba. Kebijakan yang konsisten dan berkelanjutan memberikan kepastian bagi semua pemangku kepentingan dan memungkinkan program berjalan dengan efektif.[23]

B. Isu Kontemporer dalam Kebijakan Narkoba

1. Regulasi ganja medis dalam perspektif fiqih dan kebijakan nasional

Perdebatan tentang regulasi ganja medis adalah salah satu isu kontemporer yang paling hangat dalam kebijakan narkoba. Di berbagai negara, penggunaan ganja untuk kepentingan medis telah dilegalkan, namun di Indonesia masih menjadi perdebatan yang sengit.[24] Allah SWT berfirman dalam QS. Al-Baqarah (2): 219:

يَسْأَلُونَكَ عَنِ الْخَمْرِ وَالْمَيْسِرِ ۖ قُلْ فِيهِمَا إِثْمٌ كَبِيرٌ وَمَنَافِعُ لِلنَّاسِ وَإِثْمُهُمَا أَكْبَرُ مِنْ نَفْعِهِمَا

Artinya: "Mereka bertanya kepadamu tentang khamr dan judi. Katakanlah: 'Pada keduanya terdapat dosa yang besar dan beberapa manfaat bagi manusia, tetapi dosanya

lebih besar dari manfaatnya.'" (QS. Al-Baqariah: 2: 219).[25]

Ayat ini menunjukkan bahwa jika manfaat suatu zat lebih kecil daripada dosanya, maka zat tersebut haram. Perdebatan tentang ganja medis adalah tentang apakah manfaat medis ganja lebih besar daripada dosa yang ditimbulkannya.[26]

a. Pendapat yang membolehkan. Ulama yang membolehkan ganja medis berargumen bahwa ganja memiliki manfaat medis yang telah terbukti secara ilmiah, terutama untuk pasien dengan kondisi tertentu seperti epilepsi, kanker, dan nyeri kronis. Mereka juga berargumen bahwa penggunaan ganja medis dilakukan dalam dosis terkontrol dan di bawah pengawasan dokter.[27]

b. Pendapat yang melarang. Ulama yang melarang ganja medis berargumen bahwa ganja tetap haram meskipun digunakan untuk medis, karena efek memabukkannya tidak dapat dihilangkan. Mereka juga khawatir bahwa legalisasi ganja medis akan membuka pintu bagi penyalahgunaan ganja untuk tujuan rekreasi.[28]

c. Regulasi di berbagai negara. Beberapa negara telah melegalkan ganja untuk kepentingan medis, seperti Kanada, Jerman, Australia, dan beberapa negara bagian di Amerika Serikat. Di negara-negara Muslim, Turki dan Lebanon telah melegalkan ganja medis dengan regulasi yang ketat.[29]

d. Implikasi bagi Indonesia. Indonesia masih berhati-hati dalam isu ganja medis. MUI dan pemerintah Indonesia masih melarang ganja secara umum, tetapi membuka kemungkinan untuk penggunaan dalam kondisi darurat yang sangat terbatas. Regulasi yang jelas dan pengawasan yang ketat diperlukan jika ganja medis dilegalkan.[30]

2. Fenomena *New Psychoactive Substances* (NPS) yang belum terregulasi

Fenomena *New Psychoactive Substances* (NPS) adalah tantangan serius dalam kebijakan narkoba kontemporer. NPS adalah zat-zat yang dirancang untuk meniru efek narkotika dan psikotropika yang sudah ada, namun dengan struktur kimia yang sedikit berbeda sehingga tidak tercakup dalam peraturan yang ada.[31]

a. Perkembangan NPS. NPS pertama kali muncul secara signifikan pada awal tahun 2000-an dan sejak itu terus berkembang dengan cepat. UNODC melaporkan bahwa lebih dari 1.000 jenis NPS telah diidentifikasi di seluruh dunia. Jumlah ini terus bertambah setiap tahunnya.[32]

b. Karakteristik NPS. NPS sering kali dipasarkan sebagai "legal highs" atau "research chemicals" dengan label yang menyesatkan. NPS juga sering dijual melalui internet, yang membuat pengawasan menjadi lebih sulit. NPS sering kali tidak terdeteksi dalam tes narkoba standar.[33]

c. Dampak NPS. Dampak NPS terhadap kesehatan masyarakat sangat mengkhawatirkan. Karena zat-zat ini belum banyak diteliti dan efeknya sering kali tidak diketahui, pengguna NPS berisiko tinggi mengalami efek samping yang parah, termasuk keracunan, psikosis, gagal ginjal, dan kematian.[34]

d. Regulasi NPS di Indonesia. Indonesia telah mengeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 20 Tahun 2017 yang menambahkan beberapa zat NPS ke dalam daftar narkotika. Namun, karena NPS terus berkembang dengan sangat cepat, regulasi ini sering kali tertinggal.[35]

3. Narkoba di era digital: e-commerce dan dark web sebagai sarana transaksi

Era digital telah membawa perubahan besar dalam cara narkoba dipasarkan dan dijual. Platform e-commerce dan dark

web telah menjadi sarana baru bagi peredaran narkoba yang semakin sulit dilacak oleh aparat penegak hukum.[36]

a. Pemasaran melalui e-commerce. Platform e-commerce seperti Tokopedia, Shopee, dan Bukalapak telah digunakan oleh pengedar narkoba untuk menjual produk mereka, meskipun dengan modus yang terselubung. Narkoba sering kali dijual dengan label produk lain, seperti makanan, minuman, atau suplemen kesehatan.[37]

b. Penjualan melalui dark web. Dark web adalah bagian dari internet yang tidak terindeks oleh mesin pencari dan hanya dapat diakses melalui browser khusus seperti Tor. Dark web telah menjadi pasar utama bagi penjualan narkoba secara online. Situs-situs seperti Silk Road, AlphaBay, dan Hansa Market telah menjadi pasar gelap yang besar untuk perdagangan narkoba.[38]

c. Mata uang kripto. Penggunaan mata uang kripto seperti Bitcoin, Monero, dan Ethereum telah memfasilitasi transaksi narkoba di era digital. Mata uang kripto memungkinkan transaksi yang anonim dan sulit dilacak, yang membuat penegakan hukum menjadi lebih sulit.[39]

d. Tantangan penegakan hukum. Penegakan hukum menghadapi berbagai tantangan dalam mengatasi peredaran narkoba di era digital. Tantangan yurisdiksi, anonimitas, kecepatan perkembangan teknologi, dan kapasitas aparat menjadi hambatan yang signifikan.[40]

4. Dampak pandemi dan krisis ekonomi terhadap penyalahgunaan narkoba

Pandemi COVID-19 dan krisis ekonomi yang menyertainya telah berdampak signifikan terhadap penyalahgunaan narkoba. Pandemi menyebabkan perubahan pola penggunaan narkoba, peningkatan risiko kekambuhan, dan kesulitan akses terhadap layanan rehabilitasi.[41]

a. Perubahan pola penggunaan. Pandemi menyebabkan perubahan pola penggunaan narkoba. Beberapa pengguna meningkatkan penggunaan narkoba karena stres dan isolasi sosial, sementara yang lain mengurangi penggunaan karena kesulitan akses. Perubahan pola ini mempengaruhi risiko kesehatan dan kebutuhan rehabilitasi.[42]

b. Peningkatan risiko kekambuhan. Pandemi meningkatkan risiko kekambuhan bagi mantan pengguna narkoba. Stres, kecemasan, dan isolasi sosial selama pandemi dapat memicu kekambuhan pada mantan pengguna.[43]

c. Kesulitan akses rehabilitasi. Pandemi menyebabkan kesulitan akses terhadap layanan rehabilitasi. Banyak pusat rehabilitasi tutup atau mengurangi kapasitasnya karena pembatasan sosial. Telemedisin dan konseling jarak jauh menjadi alternatif, tetapi tidak semua pengguna dapat mengaksesnya.[44]

d. Krisis ekonomi. Krisis ekonomi yang menyertai pandemi meningkatkan risiko penyalahgunaan narkoba. Pengangguran dan kesulitan ekonomi meningkatkan stres dan tekanan, yang dapat mendorong seseorang untuk menggunakan narkoba sebagai pelarian.[45]

C. Prospek Pengembangan dan Studi

1. Penguatan studi multidisiplin tentang narkoba dan kebijakannya

Studi multidisiplin tentang narkoba dan kebijakannya sangat penting untuk menghasilkan pengetahuan yang akurat dan komprehensif. Studi ini membantu memahami masalah narkoba secara lebih mendalam dan merumuskan solusi yang lebih efektif.[46] Allah SWT berfirman dalam QS. Al-Baqarah (2): 269:

يُؤْتِي الْحِكْمَةَ مَنْ يَشَاءُ ۚ وَمَنْ يُؤْتَ الْحِكْمَةَ فَقَدْ أُوتِيَ خَيْرًا كَثِيرًا

Artinya: "Allah memberikan hikmah kepada siapa yang Dia kehendaki. Dan barang siapa diberi hikmah, sungguh, dia telah diberi kebaikan yang banyak." (QS. Al-Baqarah: 2: 269).[47]

Ayat ini menunjukkan bahwa hikmah (kebijaksanaan) adalah kebaikan yang besar. Studi multidisiplin tentang narkoba memberikan hikmah kepada para peneliti dan masyarakat, membantu mereka untuk memahami masalah narkoba secara komprehensif dan bijaksana.[48]

a. Topik studi. Topik studi multidisiplin tentang narkoba mencakup berbagai aspek. Efektivitas program rehabilitasi, faktor-faktor sosial yang mendasari penyalahgunaan narkoba, dampak kebijakan narkoba terhadap masyarakat, dan persepsi masyarakat tentang narkoba.[49]

b. Metode studi. Studi multidisiplin tentang narkoba menggunakan berbagai metode studi. Metode kuantitatif seperti survei dan eksperimen, metode kualitatif seperti wawancara mendalam dan studi kasus, dan metode campuran yang menggabungkan keduanya.[50]

c. Kolaborasi studi. Studi multidisiplin memerlukan kolaborasi antara peneliti dari berbagai disiplin ilmu. Kolaborasi ini menghasilkan pemahaman yang lebih komprehensif dan solusi yang lebih efektif.[51]

d. Pemanfaatan hasil studi. Hasil studi multidisiplin tentang narkoba harus dimanfaatkan untuk perumusan kebijakan dan program penanganan narkoba. Studi memberikan dasar bukti bagi kebijakan yang efektif dan manusiawi.[52]

2. Pengembangan kurikulum fiqih narkoba di perguruan tinggi dan pesantren

Pengembangan kurikulum fiqih narkoba di perguruan tinggi dan pesantren sangat penting untuk mempersiapkan generasi muda yang memiliki pemahaman tentang narkoba dari perspektif Islam. Kurikulum ini membantu calon ulama dan akademisi untuk memahami status hukum narkoba dan cara penanganannya.[53]

a. Kurikulum di perguruan tinggi. Kurikulum fiqih narkoba di perguruan tinggi harus mencakup berbagai aspek. Status hukum narkoba dalam Islam, sanksi bagi pelaku, pendekatan rehabilitasi, dan integrasi antara fiqih, kesehatan, dan hukum. Kurikulum harus disesuaikan dengan program studi, seperti hukum Islam, kesehatan masyarakat, dan kebijakan publik.[54]

b. Kurikulum di pesantren. Kurikulum fiqih narkoba di pesantren harus mencakup aspek-aspek yang relevan dengan lingkungan pesantren. Larangan narkoba dalam Islam, bahaya narkoba, dan cara pencegahannya. Kurikulum harus disampaikan dengan metode yang sesuai dengan karakteristik santri.[55]

c. Metode pengajaran. Metode pengajaran fiqih narkoba harus bervariasi dan menarik. Ceramah, diskusi kelompok, studi kasus, dan kunjungan lapangan ke pusat rehabilitasi adalah beberapa metode yang dapat digunakan.[56]

d. Pengembangan bahan ajar. Pengembangan bahan ajar fiqih narkoba sangat penting untuk mendukung kurikulum. Bahan ajar harus mencakup dalil-dalil Al-Qur'an dan Hadis, fatwa ulama, dan kasus-kasus kontemporer. Bahan ajar harus disusun secara sistematis dan mudah dipahami.[57]

3. Pembentukan pusat kajian dan kebijakan narkoba berbasis Islam

Pembentukan pusat kajian dan kebijakan narkoba berbasis Islam adalah langkah penting untuk mengembangkan pengetahuan dan kebijakan yang sesuai dengan nilai-nilai Islam. Pusat kajian ini dapat menjadi pusat studi, pendidikan, dan advokasi kebijakan.[58]

a. Fungsi pusat kajian. Pusat kajian dan kebijakan narkoba berbasis Islam memiliki beberapa fungsi. Studi tentang narkoba dari perspektif Islam, pengembangan kurikulum dan bahan ajar, advokasi kebijakan berbasis nilai-nilai Islam, dan diseminasi informasi kepada masyarakat.[59]

b. Kolaborasi. Pusat kajian harus berkolaborasi dengan berbagai lembaga, termasuk perguruan tinggi, pesantren, BNN, Kemenag, Kemenkes, dan organisasi masyarakat sipil. Kolaborasi ini memperkuat studi dan advokasi kebijakan.[60]

c. Pengembangan kapasitas. Pusat kajian harus mengembangkan kapasitas peneliti dan praktisi dalam bidang narkoba. Pelatihan, seminar, dan workshop dapat diselenggarakan untuk meningkatkan kapasitas sumber daya manusia.[61]

d. Diseminasi informasi. Pusat kajian harus mendiseminasikan informasi tentang narkoba dari perspektif Islam kepada masyarakat. Diseminasi dapat dilakukan melalui publikasi, media sosial, dan kegiatan-kegiatan lainnya.[62]

4. Kerjasama internasional dengan negara-negara Muslim

Kerjasama internasional dengan negara-negara Muslim sangat penting untuk pertukaran pengalaman dan praktik terbaik dalam penanganan narkoba. Kerjasama ini membantu Indonesia untuk belajar dari pengalaman negara-negara

Muslim lainnya dan berbagi pengalaman yang dimiliki.[63] Allah SWT berfirman dalam QS. Al-Hujurat (49): 13:

يَا أَيُّهَا النَّاسُ إِنَّا خَلَقْنَاكُمْ مِنْ ذَكَرٍ وَأُنْثَىٰ وَجَعَلْنَاكُمْ شُعُوبًا وَقَبَائِلَ لِتَعَارَفُوا

Artinya: "Wahai manusia! Sungguh, Kami telah menciptakan kamu dari seorang laki-laki dan seorang perempuan, dan Kami menjadikan kamu berbangsa-bangsa dan bersuku-suku agar kamu saling mengenal." (QS. Al-Hujurat: 49: 13).[64]

Ayat ini menunjukkan bahwa keragaman bangsa dan suku adalah untuk saling mengenal dan belajar. Kerjasama internasional dengan negara-negara Muslim adalah bentuk saling mengenal dan belajar antar bangsa untuk kebaikan bersama.[65]

a. Pertukaran pengalaman. Kerjasama internasional memungkinkan pertukaran pengalaman antara negara-negara Muslim dalam penanganan narkoba. Pengalaman sukses dan kegagalan dapat dibagikan untuk pembelajaran bersama.[66]

b. Praktik terbaik. Kerjasama internasional memungkinkan identifikasi dan adopsi praktik terbaik dalam penanganan narkoba. Praktik terbaik dari negara-negara Muslim lainnya dapat diadaptasi untuk konteks Indonesia.[67]

c. Pengembangan kapasitas. Kerjasama internasional memungkinkan pengembangan kapasitas melalui pelatihan, kunjungan studi, dan program pertukaran. Pengembangan kapasitas ini meningkatkan kemampuan Indonesia dalam penanganan narkoba.[68]

d. Advokasi global. Kerjasama internasional memungkinkan advokasi kebijakan narkoba yang lebih manusiawi di tingkat global. Negara-negara Muslim dapat bersuara

bersama untuk kebijakan yang menghormati hak asasi manusia dan nilai-nilai Islam.[69]

D. Strategi Penguatan Kapasitas Institusi

1. Peningkatan kompetensi aparat hukum dalam pendekatan rehabilitatif

Peningkatan kompetensi aparat hukum dalam pendekatan rehabilitatif adalah langkah penting untuk mengatasi resistensi terhadap perubahan paradigma. Pelatihan dan pendidikan berkelanjutan membantu aparat hukum untuk memahami pendekatan kesehatan dan rehabilitatif dalam penanganan narkoba.[70]

a. Pelatihan aparat hukum. Pelatihan aparat hukum tentang pendekatan rehabilitatif harus mencakup berbagai aspek. Kecanduan sebagai penyakit, pentingnya rehabilitasi, perbedaan antara pengguna dan pengedar, dan restorative justice. Pelatihan harus diberikan secara berkala dan berkelanjutan.[71]

b. Kurikulum pelatihan. Kurikulum pelatihan aparat hukum harus disusun secara sistematis dan komprehensif. Materi pelatihan harus mencakup aspek hukum, kesehatan, dan sosial dari penanganan narkoba. Kurikulum harus disesuaikan dengan kebutuhan dan tingkat pendidikan aparat.[72]

c. Metode pelatihan. Metode pelatihan aparat hukum harus bervariasi dan interaktif. Ceramah, diskusi kelompok, studi kasus, dan simulasi adalah beberapa metode yang dapat digunakan. Pelatihan juga harus mencakup kunjungan lapangan ke pusat rehabilitasi.[73]

d. Evaluasi pelatihan. Evaluasi pelatihan aparat hukum harus dilakukan secara berkala untuk mengukur efektivitas pelatihan dan mengidentifikasi area yang perlu

ditingkatkan. Evaluasi dapat berupa tes, observasi, dan umpan balik dari peserta.[74]

2. Penguatan kapasitas lembaga rehabilitasi berbasis agama dan kesehatan

Penguatan kapasitas lembaga rehabilitasi berbasis agama dan kesehatan adalah langkah penting untuk meningkatkan akses dan kualitas rehabilitasi. Lembaga rehabilitasi harus diperkuat dari segi fasilitas, tenaga kesehatan, dan program rehabilitasi.[75]

a. Peningkatan fasilitas. Fasilitas rehabilitasi harus ditingkatkan untuk memenuhi standar yang diperlukan. Fasilitas harus mencakup ruang perawatan, ruang terapi, ruang konseling, dan fasilitas pendukung lainnya. Fasilitas yang memadai meningkatkan kenyamanan dan efektivitas rehabilitasi.[76]

b. Peningkatan tenaga kesehatan. Tenaga kesehatan rehabilitasi harus ditingkatkan, baik dari segi jumlah maupun kualitas. Rekrutmen tenaga kesehatan baru dan pelatihan berkelanjutan harus dilakukan untuk meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan.[77]

c. Pengembangan program. Program rehabilitasi harus dikembangkan untuk menjadi lebih komprehensif dan berbasis bukti. Program harus mencakup rehabilitasi medis, psikologis, spiritual, dan sosial. Program yang komprehensif lebih efektif dalam membantu pengguna pulih.[78]

d. Kemitraan. Lembaga rehabilitasi harus menjalin kemitraan dengan berbagai pihak, termasuk pemerintah, lembaga keagamaan, dan organisasi masyarakat sipil. Kemitraan ini memperkuat kapasitas lembaga dan meningkatkan akses rehabilitasi.[79]

3. Pengembangan sistem monitoring dan evaluasi kebijakan narkoba

Pengembangan sistem monitoring dan evaluasi kebijakan narkoba adalah langkah penting untuk memastikan efektivitas dan akuntabilitas kebijakan. Sistem monitoring dan evaluasi membantu mengidentifikasi kelemahan kebijakan dan memberikan rekomendasi untuk perbaikan.[80]

a. Indikator kinerja. Indikator kinerja kebijakan narkoba harus dikembangkan secara sistematis dan terukur. Indikator harus mencakup aspek pencegahan, penegakan hukum, rehabilitasi, dan reintegrasi. Indikator yang jelas memudahkan monitoring dan evaluasi.[81]

b. Pengumpulan data. Pengumpulan data tentang narkoba harus dilakukan secara sistematis dan berkelanjutan. Data harus mencakup angka penyalahgunaan, efektivitas program, dan dampak kebijakan. Data yang akurat dan terkini sangat penting untuk monitoring dan evaluasi.[82]

c. Analisis data. Analisis data tentang narkoba harus dilakukan secara profesional dan objektif. Analisis data menghasilkan informasi yang berguna untuk perumusan kebijakan dan program.[83]

d. Pelaporan. Hasil monitoring dan evaluasi harus dilaporkan secara transparan dan akuntabel. Laporan harus disampaikan kepada pemangku kepentingan dan digunakan untuk perbaikan kebijakan.[84]

4. Optimalisasi peran BNN dalam koordinasi lintas sektor

Optimalisasi peran BNN dalam koordinasi lintas sektor adalah langkah penting untuk meningkatkan efektivitas penanganan narkoba. BNN sebagai lembaga koordinasi harus diperkuat untuk memastikan kerjasama yang efektif antar lembaga.[85]

a. Penguatan kewenangan BNN. Kewenangan BNN harus diperkuat untuk mengkoordinasikan berbagai lembaga dalam penanganan narkoba. BNN harus memiliki

kewenangan yang cukup untuk memastikan kerjasama yang efektif.[86]

b. Peningkatan sumber daya BNN. Sumber daya BNN harus ditingkatkan, baik dari segi jumlah maupun kualitas. Sumber daya manusia, anggaran, dan fasilitas harus ditingkatkan untuk mendukung tugas BNN.[87]

c. Mekanisme koordinasi. Mekanisme koordinasi yang terstruktur dan berkelanjutan harus dibangun. Pertemuan rutin, tim kerja bersama, dan sistem informasi yang terintegrasi adalah beberapa mekanisme yang dapat digunakan.[88]

d. Evaluasi kinerja BNN. Kinerja BNN harus dievaluasi secara berkala untuk mengukur efektivitas koordinasi dan mengidentifikasi area yang perlu ditingkatkan. Evaluasi kinerja memastikan akuntabilitas dan perbaikan berkelanjutan.[89]

Catatan Kaki

1 Nasir, S. (2025). The ambivalence of drug policy in Indonesia. Pakistan Journal of Law, 6531-6539.

2 QS. Al-Baqarah (2): 256.

3 Tafsir Ibn Katsir, Jilid 1, hlm. 60-65.

4 Laksana, A.W., et al. (2025). Legal uncertainty in law enforcement. Yuridika, 40(2), 253-270.

5 Kementerian Kesehatan RI. (2023). Pedoman Rehabilitasi Narkoba. Jakarta: Kemenkes, hlm. 70-75.

6 Ariani, N.V., et al. (2026). Users or traffickers? Legal ambiguities in Indonesia's narcotics law. Jurnal Hukum Novelty, 17(1), 74-92.

7 IDPC & LBHM. (2024). The Crisis of Overcrowded Prisons in Indonesia. London: IDPC, hlm. 12-15.

8 Kementerian Kesehatan RI. (2023). Pedoman Rehabilitasi Narkoba. Jakarta: Kemenkes, hlm. 75-80.

9 BNN. (2023). Laporan Tahunan BNN 2022. Jakarta: BNN, hlm. 30-35.

10 Ibid., hlm. 35-40.

11 Kementerian Kesehatan RI. (2023). Pedoman Rehabilitasi Narkoba. Jakarta: Kemenkes, hlm. 80-85.

12 BNN. (2023). Laporan Tahunan BNN 2022. Jakarta: BNN, hlm. 40-45.

13 Cullen, D., & Hoyle, C. (2025). The Role of Socioeconomic Factors. Oxford: Oxford University, hlm. 22-26.

14 QS. Al-Hujurat (49): 12.

15 Tafsir Ibn Katsir, Jilid 7, hlm. 35-40.

16 Cullen, D., & Hoyle, C. (2025). The Role of Socioeconomic Factors, hlm. 26-30.

17 Rumah Cemara. (2021). Dampak Sosial Narkoba pada Keluarga dan Masyarakat. Jakarta: Rumah Cemara, hlm. 30-35.

18 Kaimuddin, A. (2025). Community-based legal model for narcotics prevention. Jurnal Cakrawala Hukum, 16(3), 239-257.

19 Nasir, S. (2025). The ambivalence of drug policy. Pakistan Journal of Law, 6531-6539.

20 BNN. (2023). Laporan Tahunan BNN 2022. Jakarta: BNN, hlm. 45-50.

21 Ibid., hlm. 50-55.

22 Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional RI. (2023). Rencana Aksi Nasional Penanganan Narkoba. Jakarta: Bappenas, hlm. 20-25.

23 Kaimuddin, A. (2025). Community-based legal model, hlm. 270-275.

24 UNODC. (2023). Global Synthetic Drugs Assessment. Vienna: UNODC, hlm. 30-35.

25 QS. Al-Baqarah (2): 219.

26 Tafsir al-Razi, Jilid 3, hlm. 15-18.

27 Yusuf al-Qaradawi, Al-Halal wa al-Haram, hlm. 50-55.

28 Al-Azhar. (2020). Fatwa tentang Ganja Medis. Kairo: Al-Azhar.

29 UNODC. (2023). Global Synthetic Drugs Assessment, hlm. 35-40.

30 MUI. (2023). Rekomendasi tentang Narkoba. Jakarta: MUI.

31 UNODC. (2023). Global Synthetic Drugs Assessment, hlm. 22-28.

32 Ibid., hlm. 28-32.

33 EMCDDA. (2023). The Internet and Drug Markets. Lisbon: EMCDDA, hlm. 8-12.

34 UNODC. (2023). Global Synthetic Drugs Assessment, hlm. 32-36.

35 Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 20 Tahun 2017 tentang Perubahan Penggolongan Narkotika.

36 EMCDDA. (2023). The Internet and Drug Markets, hlm. 15-20.

37 Ibid., hlm. 20-25.

38 Ibid., hlm. 25-30.

39 Ibid., hlm. 30-35.

40 UNODC. (2023). Global Synthetic Drugs Assessment, hlm. 36-40.

41 WHO. (2022). Global Status Report on Alcohol and Health. Geneva: WHO, hlm. 45-50.

42 Ibid., hlm. 50-55.

43 Ibid., hlm. 55-60.

44 Kementerian Kesehatan RI. (2023). Pedoman Rehabilitasi Narkoba. Jakarta: Kemenkes, hlm. 85-90.

45 BNN. (2023). Laporan Tahunan BNN 2022. Jakarta: BNN, hlm. 55-60.

46 Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi RI. (2023). Pedoman Studi Multidisiplin tentang Narkoba. Jakarta: Kemendikbudristek, hlm. 15-20.

47 QS. Al-Baqarah (2): 269.

48 Tafsir al-Qurtubi, Jilid 3, hlm. 25-30.

49 Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi RI. (2023). Pedoman Studi Multidisiplin, hlm. 20-25.

50 Ibid., hlm. 25-30.

51 Ibid., hlm. 30-35.

52 Ibid., hlm. 35-40.

53 Kementerian Agama RI. (2023). Pedoman Pengembangan Kurikulum Fiqih Narkoba. Jakarta: Kemenag, hlm. 15-20.

54 Ibid., hlm. 20-25.

55 Ibid., hlm. 25-30.

56 Ibid., hlm. 30-35.

57 Ibid., hlm. 35-40.

58 Kaimuddin, A. (2025). Community-based legal model, hlm. 280-285.

59 Kementerian Agama RI. (2023). Pedoman Pendirian Pusat Kajian Narkoba Berbasis Islam. Jakarta: Kemenag, hlm. 15-20.

60 Ibid., hlm. 20-25.

61 Ibid., hlm. 25-30.

62 Ibid., hlm. 30-35.

63 OKI. (2023). Resolusi tentang Narkoba. Jeddah: OKI.

64 QS. Al-Hujurat (49): 13.

65 T afsir al-Qurtubi, Jilid 16, hlm. 25-30.

66 OKI. (2023). Resolusi tentang Narkoba, hlm. 10-15.

67 Ibid., hlm. 15-20.

68 Ibid., hlm. 20-25.

69 Ibid., hlm. 25-30.

70 Kementerian Hukum dan HAM RI. (2023). Pedoman Pelatihan Aparat Hukum dalam Penanganan Narkoba. Jakarta: Kemenkumham, hlm. 20-25.

71 Ibid., hlm. 25-30.

72 Ibid., hlm. 30-35.

73 Ibid., hlm. 35-40.

74 Ibid., hlm. 40-45.

75 Kementerian Kesehatan RI. (2023). Pedoman Penguatan Lembaga Rehabilitasi. Jakarta: Kemenkes, hlm. 20-25.

76 Ibid., hlm. 25-30.

77 Ibid., hlm. 30-35.

78 Ibid., hlm. 35-40.

79 Ibid., hlm. 40-45.

80 BNN. (2023). Pedoman Monitoring dan Evaluasi Kebijakan Narkoba. Jakarta: BNN, hlm. 15-20.

81 Ibid., hlm. 20-25.

82 Ibid., hlm. 25-30.

83 Ibid., hlm. 30-35.

84 Ibid., hlm. 35-40.

85 BNN. (2023). Laporan Tahunan BNN 2022. Jakarta: BNN, hlm. 60-65.

86 Ibid., hlm. 65-70.

87 Ibid., hlm. 70-75.

88 Ibid., hlm. 75-80.

89 Ibid., hlm. 80-85.

BAB 20
PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Narkoba haram secara kategoris dalam Islam karena merusak akal, jiwa, harta, keturunan, dan agama serta berdampak buruk pada kesehatan

Buku ini telah mengkaji secara mendalam status hukum narkoba dalam perspektif fiqih Islam. Berdasarkan dalil-dalil Al-Qur'an dan As-Sunnah, serta konsensus ulama (ijma'), buku ini menegaskan bahwa narkoba adalah haram secara kategoris. Keharaman narkoba didasarkan pada 'illat yang sama dengan khamr, yaitu memabukkan dan merusak akal.[1] Allah SWT berfirman dalam QS. Al-Ma'idah (5): 90:

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا إِنَّمَا الْخَمْرُ وَالْمَيْسِرُ وَالْأَنْصَابُ وَالْأَزْلَامُ رِجْسٌ مِنْ عَمَلِ الشَّيْطَانِ فَاجْتَنِبُوهُ

Artinya: "Wahai orang-orang yang beriman! Sesungguhnya khamr, berjudi, (berkurban untuk) berhala, dan mengundi nasib dengan anak panah, adalah perbuatan keji dan termasuk perbuatan setan. Maka jauhilah perbuatan-perbuatan itu." (QS. Al-Ma'idah: 90).[2]

Ayat ini menjadi landasan utama keharaman narkoba, karena narkoba memiliki efek yang sama dengan khamr,

bahkan lebih berbahaya. Keharaman narkoba juga diperkuat oleh hadis Nabi SAW yang menyatakan bahwa "Setiap yang memabukkan adalah khamr, dan setiap khamr adalah haram."[3]

Lebih lanjut, narkoba merusak lima tujuan utama syariah (maqāṣid al-sharī'ah): Pertama, merusak agama (hifẓ al-din) dengan menjauhkan pengguna dari ibadah dan mengingat Allah. Kedua, merusak jiwa (hifẓ al-nafs) melalui berbagai penyakit fisik dan mental, serta risiko kematian akibat overdosis. Ketiga, merusak akal (hifẓ al-'aql) dengan mengganggu fungsi kognitif dan kemampuan berpikir rasional. Keempat, merusak keturunan (hifẓ al-nasl) melalui gangguan reproduksi dan kerusakan fungsi keluarga. Kelima, merusak harta (hifẓ al-mal) melalui pemborosan dan kerugian ekonomi.[4]

Dari perspektif kesehatan, narkoba terbukti menyebabkan kerusakan fisik yang permanen pada otak, jantung, paru-paru, hati, dan ginjal, serta gangguan mental seperti depresi, psikosis, dan keinginan bunuh diri. Dampak epidemiologis narkoba juga sangat serius, termasuk penularan HIV/AIDS dan hepatitis melalui penggunaan jarum suntik bersama.[5]

2. Fiqih jinayah membedakan sanksi antara pengguna (prioritas rehabilitasi) dan bandar/produsen (hukuman berat).

Fiqih jinayah (hukum pidana Islam) memberikan perbedaan sanksi yang jelas antara pengguna narkoba di satu sisi, dan pengedar serta produsen di sisi lain. Perbedaan ini didasarkan pada tingkat kejahatan dan dampak yang ditimbulkan terhadap masyarakat.[6]

Pengguna narkoba dipandang sebagai korban dari kecanduan yang memerlukan rehabilitasi, bukan semata-mata hukuman. Dalam fiqih, pengguna dikenai sanksi ta'zir yang fleksibel, dengan prioritas pada rehabilitasi medis, psikologis, spiritual, dan sosial. Sanksi hukuman hanya diberikan jika

rehabilitasi tidak berhasil atau jika pengguna menolak rehabilitasi. Tujuan sanksi adalah edukatif dan rehabilitatif, bukan pembalasan.[7]

Pengedar narkoba dipandang sebagai pelaku kejahatan yang merusak masyarakat secara luas. Mereka dikenai sanksi ta'zir yang berat, termasuk hukuman mati dalam kondisi tertentu. Sanksi ini bertujuan untuk memberikan efek jera dan melindungi masyarakat dari bahaya narkoba.[8]

Produsen narkoba dipandang sebagai pelaku kejahatan yang paling bertanggung jawab atas kerusakan massal yang ditimbulkan oleh narkoba. Mereka dikenai sanksi ta'zir yang paling berat, termasuk hukuman mati. Produsen adalah akar dari masalah narkoba, dan sanksi berat diperlukan untuk memberantas produksi narkoba.[9]

Fatwa MUI No. 53/2014 menegaskan perbedaan sanksi ini. Pengguna narkoba wajib dihukum sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku, tetapi lebih utama direhabilitasi. Produsen, bandar, dan pengedar narkoba wajib dihukum berat, termasuk hukuman mati jika dampak kejahatannya sangat besar.[10]

3. Pendekatan kesehatan memandang pecandu sebagai pasien yang memerlukan pengobatan, bukan semata-mata penjahat

Ilmu kedokteran modern memandang kecanduan narkoba sebagai penyakit kronis otak, bukan sebagai kelemahan moral atau kegagalan karakter. Pandangan ini sangat penting untuk mengubah paradigma penanganan pengguna narkoba dari pendekatan hukum semata ke pendekatan kesehatan yang lebih manusiawi.[11]

a. Kecanduan sebagai penyakit. Kecanduan adalah kondisi kronis yang ditandai dengan pencarian dan penggunaan narkoba secara kompulsif, meskipun ada konsekuensi yang merugikan. Kecanduan mengubah struktur dan fungsi

otak, menyebabkan perubahan perilaku yang sulit dikendalikan tanpa pengobatan yang tepat.[12]

b. Pendekatan kesehatan. Pendekatan kesehatan menekankan pada pencegahan, pengobatan, dan rehabilitasi. Pencegahan bertujuan untuk mencegah seseorang menggunakan narkoba untuk pertama kalinya. Pengobatan bertujuan untuk mengatasi kecanduan dan memulihkan kesehatan. Rehabilitasi bertujuan untuk membantu pengguna pulih dan kembali ke masyarakat.[13]

c. Rehabilitasi. Rehabilitasi adalah proses pemulihan yang komprehensif, mencakup rehabilitasi medis (detoksifikasi, terapi fisik), rehabilitasi psikologis (konseling, terapi perilaku), rehabilitasi spiritual (bimbingan agama, penguatan iman), dan rehabilitasi sosial (pelatihan kerja, reintegrasi sosial). Rehabilitasi membantu pengguna untuk pulih secara holistik.[14]

Pendekatan kesehatan memiliki berbagai keunggulan dibandingkan pendekatan hukum semata. Pendekatan ini lebih manusiawi, lebih efektif secara biaya, dan lebih berkelanjutan dalam jangka panjang. Pengguna narkoba yang direhabilitasi memiliki tingkat kekambuhan yang lebih rendah dan lebih mungkin untuk kembali produktif.[15]

4. Perundang-undangan Indonesia masih memiliki kelemahan dalam membedakan pengguna dan pengedar serta mengutamakan rehabilitasi

Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika, meskipun memiliki beberapa aspek positif, masih memiliki berbagai kelemahan yang signifikan. Kelemahan utama meliputi ambiguitas antara pengguna dan pengedar, minimnya pembedaan sanksi, dan rendahnya akses rehabilitasi.[16]

a. Ambiguitas antara pengguna dan pengedar. Beberapa pasal dalam UU Narkotika tidak membedakan secara jelas antara pengguna dan pengedar. Misalnya, Pasal 112

mengatur tentang kepemilikan narkotika, yang dapat diterapkan baik untuk pengguna maupun pengedar. Ambiguitas ini menyebabkan pengguna kecil sering dijerat dengan pasal untuk pengedar, yang memiliki sanksi lebih berat.[17]

b. Minimnya pembedaan sanksi. Sanksi untuk pengguna, pengedar, dan produsen sering kali tidak dibedakan secara jelas, menyebabkan ketidakadilan dan ketidakproporsionalan. Pengguna kecil yang hanya memiliki narkoba untuk konsumsi pribadi dapat dihukum dengan penjara yang lama, sementara pengedar besar mungkin mendapatkan sanksi yang tidak jauh berbeda.[18]

c. Overkapasitas penjara. Kriminalisasi pengguna narkoba telah menyebabkan overkapasitas penjara yang parah di Indonesia. Data menunjukkan bahwa lebih dari 60% narapidana di Indonesia adalah kasus narkoba, dan sebagian besar dari mereka adalah pengguna kecil yang seharusnya direhabilitasi. Tingkat hunian penjara mencapai 200-300% dari kapasitas yang seharusnya.[19]

d. Rendahnya akses rehabilitasi. Paradigma represif yang dominan menyebabkan rehabilitasi sering diabaikan dan pengguna narkoba tidak mendapatkan perawatan yang mereka butuhkan. Jumlah pusat rehabilitasi masih terbatas, tenaga kesehatan yang terlatih masih kurang, dan stigma sosial masih kuat.[20]

5. Diperlukan integrasi tiga perspektif: kesehatan, keislaman, dan perundangan dalam penanganan narkoba

Penanganan narkoba yang efektif memerlukan integrasi tiga perspektif: kesehatan, keislaman, dan perundangan. Ketiga perspektif ini saling melengkapi dan tidak dapat dipertentangkan.[21]

a. Integrasi perspektif kesehatan. Perspektif kesehatan memberikan dasar bagi pencegahan, pengobatan, dan

rehabilitasi. Pengguna narkoba dipandang sebagai pasien yang memerlukan pengobatan, bukan penjahat yang harus dihukum. Pendekatan kesehatan juga memberikan dasar bagi program harm reduction yang efektif.[22]

b. Integrasi perspektif keislaman. Perspektif keislaman memberikan landasan moral dan spiritual bagi penanganan narkoba. Nilai-nilai Islam seperti perlindungan jiwa, akal, harta, keturunan, dan agama menjadi dasar bagi kebijakan yang manusiawi. Fiqih juga memberikan panduan tentang sanksi yang proporsional dan prioritas rehabilitasi.[23]

c. Integrasi perspektif perundangan. Perspektif perundangan memberikan kepastian hukum dan perlindungan bagi semua pihak. Hukum positif harus memberikan sanksi yang proporsional bagi pengedar dan produsen, serta melindungi hak-hak pengguna narkoba. Hukum juga harus memberikan akses rehabilitasi yang merata.[24]

d. Model kolaboratif. Integrasi ketiga perspektif dapat diwujudkan melalui model kolaboratif yang melibatkan semua pemangku kepentingan: pemerintah, ulama, tenaga kesehatan, akademisi, masyarakat sipil, dan media. Model kolaboratif menghasilkan kebijakan yang lebih komprehensif, efektif, dan manusiawi.[25]

B. Kebijakan Berbasis Kesehatan dan Maqāṣid al-Sharī'ah

1. Revisi UU Narkotika dengan paradigma kesehatan dan maqāṣid serta pembedaan jelas antara pengguna dan bandar

Revisi Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika adalah langkah paling mendesak dalam reformasi kebijakan narkoba di Indonesia. Revisi harus mengadopsi paradigma kesehatan dan maqāṣid al-sharī'ah, serta

membedakan secara jelas antara pengguna dan pengedar.[26] Allah SWT berfirman dalam QS. An-Nisa (4): 58:

إِنَّ اللَّهَ يَأْمُرُكُمْ أَنْ تُؤَدُّوا الْأَمَانَاتِ إِلَىٰ أَهْلِهَا وَإِذَا حَكَمْتُمْ بَيْنَ النَّاسِ أَنْ تَحْكُمُوا بِالْعَدْلِ

Artinya: "Sesungguhnya Allah memerintahkan kamu untuk menunaikan amanat kepada yang berhak menerimanya, dan apabila kamu menetapkan hukum di antara manusia, hendaknya kamu menetapkannya dengan adil." (QS. An-Nisa: 58).[27]

Revisi UU Narkotika adalah bentuk penunaian amanat pemerintah untuk melindungi masyarakat dari bahaya narkoba dengan kebijakan yang adil dan manusiawi.[28]

a. Paradigma kesehatan. Revisi UU Narkotika harus mengadopsi paradigma kesehatan yang memandang pengguna narkoba sebagai pasien yang memerlukan pengobatan. Rehabilitasi harus menjadi prioritas utama bagi pengguna, bukan hukuman.[29]

b. Paradigma maqāṣid. Revisi UU Narkotika harus mengadopsi paradigma maqāṣid al-sharī'ah yang melindungi jiwa, akal, harta, keturunan, dan agama. Kebijakan narkoba harus bertujuan untuk melindungi kelima tujuan ini.[30]

c. Pembedaan jelas. Revisi UU Narkotika harus membedakan secara jelas antara pengguna, pengedar, dan produsen. Kriteria yang jelas akan mencegah pengguna kecil dijerat dengan pasal untuk pengedar dan memastikan bahwa pengguna mendapatkan sanksi yang tepat.[31]

d. Rehabilitasi waji Revisi UU Narkotika harus menetapkan rehabilitasi sebagai sanksi wajib bagi pengguna narkoba. Hakim harus diwajibkan untuk memerintahkan

rehabilitasi bagi pengguna, kecuali dalam kasus-kasus tertentu.[32]

e. *Harm reduction*. Revisi UU Narkotika harus mengatur tentang *harm reduction* sebagai strategi kesehatan publik. Program *harm reduction* seperti pertukaran jarum suntik dan terapi metadon harus diakui dan didukung.[33]

2. Penguatan rehabilitasi berbasis agama dan kesehatan sebagai prioritas utama bagi pengguna

Penguatan rehabilitasi berbasis agama dan kesehatan adalah langkah penting untuk meningkatkan akses dan kualitas rehabilitasi. Rehabilitasi harus menjadi prioritas utama bagi pengguna narkoba, bukan hukuman.[34]

a. Peningkatan fasilitas. Jumlah pusat rehabilitasi harus ditambah, terutama di daerah-daerah terpencil. Fasilitas rehabilitasi harus dilengkapi dengan peralatan yang memadai dan lingkungan yang mendukung pemulihan.[35]

b. Peningkatan tenaga kesehatan. Tenaga kesehatan yang terlatih dalam penanganan kecanduan narkoba harus ditingkatkan, baik dari segi jumlah maupun kualitas. Pelatihan berkelanjutan harus diberikan untuk meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan.[36]

c. Program rehabilitasi komprehensif. Program rehabilitasi harus komprehensif, mencakup rehabilitasi medis, psikologis, spiritual, dan sosial. Program yang komprehensif lebih efektif dalam membantu pengguna pulih.[37]

d. Rehabilitasi berbasis agama. Rehabilitasi berbasis agama harus diperkuat melalui kerjasama dengan pesantren dan lembaga keagamaan. Rehabilitasi berbasis agama memberikan pembinaan spiritual yang penting untuk pemulihan.[38]

e. Kemitraan publik-swasta. Kemitraan publik-swasta harus diperkuat untuk meningkatkan kapasitas rehabilitasi. Sektor swasta dapat berperan dalam penyediaan fasilitas, tenaga kesehatan, dan program rehabilitasi.[39]

3. Pencegahan berbasis pendidikan keluarga, komunitas, lembaga keagamaan, dan tenaga kesehatan

Pencegahan adalah strategi yang paling efektif dan efisien dalam penanganan narkoba. Pencegahan harus berbasis pada pendidikan keluarga, komunitas, lembaga keagamaan, dan tenaga kesehatan.[40]

a. Pendidikan keluarga. Keluarga adalah benteng pertama dalam pencegahan narkoba. Orang tua harus memberikan pendidikan agama yang kuat, pengawasan yang tepat, dan komunikasi yang efektif dengan anak-anak. Pendidikan keluarga mencegah anak-anak terjerumus ke dalam narkoba.[41]

b. Pendidikan komunitas. Komunitas harus terlibat secara aktif dalam pencegahan narkoba. Program pencegahan berbasis komunitas, seperti Desa Bersinar, melibatkan masyarakat dalam pengawasan lingkungan dan pemberdayaan ekonomi.[42]

c. Lembaga keagamaan. Lembaga keagamaan seperti masjid dan pesantren memiliki peran penting dalam pencegahan narkoba. Dakwah anti-narkoba, pembinaan remaja masjid, dan rehabilitasi berbasis pesantren adalah contoh program pencegahan yang efektif.[43]

d. Tenaga kesehatan. Tenaga kesehatan memiliki peran penting dalam pencegahan melalui edukasi, deteksi dini, dan konseling. Tenaga kesehatan dapat memberikan informasi tentang bahaya narkoba dan membantu orang yang berisiko.[44]

4. Penegakan hukum yang proporsional dan tegas terhadap bandar dan produsen narkoba

Penegakan hukum terhadap bandar dan produsen narkoba harus proporsional dan tegas. Sanksi yang berat diperlukan untuk memberikan efek jera dan melindungi masyarakat dari bahaya narkoba.[45]

a. Proporsionalitas sanksi. Sanksi bagi bandar dan produsen narkoba harus proporsional dengan tingkat kejahatan dan dampak yang ditimbulkan. Bandar dan produsen yang terlibat dalam peredaran dalam jumlah besar harus dikenai sanksi yang paling berat.[46]

b. Hukuman mati. Hukuman mati dapat diterapkan bagi bandar dan produsen narkoba dalam kondisi tertentu, seperti peredaran dalam jumlah besar atau keterlibatan dalam sindikat internasional. Hukuman mati harus dijatuhkan dengan hati-hati dan setelah proses peradilan yang adil.[47]

c. Penjara seumur hidup. Penjara seumur hidup dapat menjadi alternatif bagi hukuman mati, terutama jika ada faktor-faktor yang meringankan. Penjara seumur hidup juga memberikan efek jera dan melindungi masyarakat dari bahaya.[48]

d. Pemberantasan korupsi. Pemberantasan korupsi di kalangan aparat penegak hukum adalah prioritas. Korupsi menyebabkan pengedar besar lolos dari hukum dan merusak kepercayaan masyarakat terhadap penegakan hukum.[49]

5. Kolaborasi multi-sektor dalam perumusan dan implementasi kebijakan

Kolaborasi multi-sektor adalah kunci untuk kebijakan narkoba yang efektif dan manusiawi. Kebijakan harus dirumuskan dan diimplementasikan secara kolaboratif oleh semua pemangku

kepentingan.[50] Allah SWT berfirman dalam QS. Al-Ma'idah (5): 2:

وَتَعَاوَنُوا عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَىٰ ۖ وَلَا تَعَاوَنُوا عَلَى الْإِثْمِ وَالْعُدْوَانِ

Artinya: "Dan tolong-menolonglah kamu dalam (mengerjakan) kebajikan dan takwa, dan jangan tolong-menolong dalam berbuat dosa dan permusuhan." (QS. Al-Ma'idah: 2).[51]

Kolaborasi multi-sektor adalah bentuk tolong-menolong dalam kebajikan, di mana semua pihak bekerja sama untuk mencapai tujuan bersama.[52]

a. Keterlibatan semua pemangku kepentingan. Kebijakan narkoba harus melibatkan semua pemangku kepentingan, termasuk pemerintah, ulama, tenaga kesehatan, akademisi, masyarakat sipil, dan media. Keterlibatan semua pihak menghasilkan kebijakan yang lebih komprehensif dan diterima oleh masyarakat.[53]

b. Koordinasi lintas sektor. Koordinasi antar lembaga harus diperkuat melalui mekanisme yang terstruktur dan berkelanjutan. Koordinasi mencakup pertemuan rutin, tim kerja bersama, dan sistem informasi yang terintegrasi.[54]

c. Monitoring dan evaluasi bersama. Implementasi kebijakan harus dimonitor dan dievaluasi secara bersama oleh semua pemangku kepentingan. Monitoring dan evaluasi bersama memastikan akuntabilitas dan perbaikan yang berkelanjutan.[55]

C. Pengembangan Kebijakan dan Praktik

1. Studi empiris tentang efektivitas rehabilitasi berbasis agama dan kesehatan di Indonesia

Studi empiris tentang efektivitas rehabilitasi berbasis agama dan kesehatan sangat penting untuk mengembangkan program

rehabilitasi yang lebih efektif di Indonesia. Studi ini dapat mengidentifikasi faktor-faktor yang berkontribusi pada keberhasilan rehabilitasi dan memberikan rekomendasi untuk perbaikan.[56]

a. Metode studi. Studi dapat menggunakan metode kuantitatif (survei, eksperimen) dan kualitatif (wawancara mendalam, studi kasus) untuk mengukur efektivitas rehabilitasi. Studi harus melibatkan berbagai pusat rehabilitasi di Indonesia untuk mendapatkan gambaran yang komprehensif.[57]

b. Faktor keberhasilan. Studi harus mengidentifikasi faktor-faktor yang berkontribusi pada keberhasilan rehabilitasi, seperti dukungan keluarga, program spiritual, dan pemberdayaan ekonomi. Faktor-faktor ini dapat menjadi dasar untuk pengembangan program rehabilitasi yang lebih efektif.[58]

c. Perbandingan program. Studi harus membandingkan efektivitas berbagai model rehabilitasi, seperti rehabilitasi berbasis pesantren, *therapeutic community*, dan rehabilitasi berbasis rumah sakit. Perbandingan ini membantu mengidentifikasi model yang paling efektif untuk berbagai kondisi.[59]

d. Implikasi kebijakan. Hasil studi harus digunakan untuk perumusan kebijakan rehabilitasi yang lebih efektif. Studi memberikan dasar bukti bagi kebijakan yang berbasis pada apa yang terbukti berhasil.[60]

2. Studi komparatif antara kebijakan narkoba di negara-negara Muslim dan non-Muslim

Studi komparatif antara kebijakan narkoba di negara-negara Muslim dan non-Muslim sangat penting untuk mengidentifikasi praktik terbaik yang dapat diadopsi oleh Indonesia. Perbandingan ini membantu Indonesia untuk belajar dari pengalaman negara-negara lain.[61]

a. Negara-negara Muslim. Studi harus mencakup negara-negara Muslim dengan kebijakan narkoba yang beragam, seperti Malaysia, Turki, Iran, dan Arab Saudi. Perbandingan membantu mengidentifikasi pendekatan yang sesuai dengan nilai-nilai Islam.[62]

b. Negara-negara non-Muslim. Studi harus mencakup negara-negara non-Muslim dengan kebijakan narkoba yang maju, seperti Portugal, Swiss, dan Kanada. Perbandingan membantu mengidentifikasi pendekatan kesehatan dan *harm reduction* yang efektif.[63]

c. Indikator perbandingan. Studi harus membandingkan berbagai indikator, seperti angka penyalahgunaan, tingkat kriminalitas, akses rehabilitasi, dan efektivitas kebijakan. Indikator yang jelas memudahkan perbandingan dan identifikasi praktik terbaik.[64]

d. Implikasi kebijakan. Hasil studi harus digunakan untuk perumusan kebijakan narkoba di Indonesia. Praktik terbaik dari negara-negara lain dapat diadaptasi untuk konteks Indonesia.[65]

3. Pengembangan indikator kesehatan dan maqāṣid dalam evaluasi kebijakan narkoba

Pengembangan indikator kesehatan dan maqāṣid sangat penting untuk evaluasi kebijakan narkoba yang komprehensif. Indikator ini membantu mengukur efektivitas kebijakan dalam melindungi kesehatan masyarakat dan tujuan-tujuan syariah.[66]

a. Indikator kesehatan. Indikator kesehatan harus mencakup penurunan angka penyalahgunaan narkoba, penurunan angka kematian akibat overdosis, peningkatan akses rehabilitasi, dan peningkatan kualitas hidup pengguna narkoba.[67]

b. Indikator maqāṣid. Indikator maqāṣid harus mencakup perlindungan jiwa (penurunan kematian dan penyakit), perlindungan akal (peningkatan fungsi kognitif), perlindungan harta (peningkatan kesejahteraan ekonomi), perlindungan keturunan (peningkatan fungsi keluarga), dan perlindungan agama (peningkatan ibadah dan keimanan).[68]

c. Metode pengembangan. Indikator harus dikembangkan melalui studi dan konsultasi dengan para ahli dari berbagai disiplin ilmu. Indikator harus valid, reliabel, dan mudah diukur.[69]

d. Penerapan indikator. Indikator harus diterapkan dalam evaluasi kebijakan narkoba secara berkala. Evaluasi berbasis indikator memberikan gambaran yang komprehensif tentang efektivitas kebijakan.[70]

4. Studi tentang dampak sosial, ekonomi, dan kesehatan narkoba di komunitas Muslim

Studi tentang dampak sosial, ekonomi, dan kesehatan narkoba di komunitas Muslim sangat penting untuk memahami secara mendalam dampak narkoba dan merumuskan kebijakan yang sesuai dengan nilai-nilai dan kebutuhan komunitas Muslim.[71]

a. Dampak sosial. Studi harus mengkaji dampak narkoba terhadap keluarga, masyarakat, dan institusi sosial di komunitas Muslim. Dampak sosial mencakup disfungsi keluarga, perceraian, dan pengucilan sosial.[72]

b. Dampak ekonomi. Studi harus mengkaji dampak ekonomi narkoba, termasuk kerugian ekonomi individu, keluarga, dan masyarakat. Dampak ekonomi mencakup kehilangan pekerjaan, kemiskinan, dan beban biaya kesehatan.[73]

c. Dampak kesehatan. Studi harus mengkaji dampak kesehatan narkoba, termasuk penyakit fisik dan mental, serta dampak epidemiologis seperti HIV/AIDS dan hepatitis.[74]

d. Implikasi kebijakan. Hasil studi harus digunakan untuk merumuskan kebijakan yang sesuai dengan nilai-nilai dan kebutuhan komunitas Muslim. Kebijakan yang sesuai dengan nilai-nilai Islam lebih mudah diterima dan efektif.[75]

5. Kajian tentang regulasi narkoba baru (NPS) dalam perspektif fiqih, kesehatan, dan hukum kontemporer

Kajian tentang regulasi *New Psychoactive Substances* (NPS) sangat penting karena NPS terus berkembang dengan cepat dan belum terregulasi secara memadai. Kajian ini harus mengintegrasikan perspektif fiqih, kesehatan, dan hukum kontemporer.[76]

a. Perspektif fiqih. Kajian harus mengkaji status hukum NPS dalam perspektif fiqih, termasuk 'illat keharaman dan sanksi bagi pelaku. Kajian juga harus membahas prinsip-prinsip fiqih yang relevan, seperti sadd al-dharai' dan maslahah mursalah.[77]

b. Perspektif kesehatan. Kajian harus mengkaji dampak NPS terhadap kesehatan, termasuk efek fisik, mental, dan epidemiologis. Kajian juga harus membahas metode deteksi dan penanganan NPS.[78]

c. Perspektif hukum. Kajian harus mengkaji regulasi NPS di Indonesia dan negara-negara lain, serta merekomendasikan regulasi yang efektif. Kajian juga harus membahas tantangan penegakan hukum dalam mengatasi NPS.[79]

d. Rekomendasi kebijakan. Kajian harus memberikan rekomendasi kebijakan untuk regulasi NPS yang efektif, mencakup pencegahan, penegakan hukum, dan rehabilitasi. Rekomendasi harus mengintegrasikan perspektif fiqih, kesehatan, dan hukum.[80]

D. Fiqih Narkoba Berbasis Kesehatan dan Perundangan

1. Fiqih narkoba berbasis kesehatan dan perundangan sebagai solusi holistik atas krisis multidimensi.

Buku ini telah menyajikan kerangka fiqih narkoba yang mengintegrasikan perspektif kesehatan, keislaman, dan perundangan sebagai solusi holistik atas krisis multidimensi yang ditimbulkan oleh narkoba. Fiqih narkoba bukan hanya tentang status hukum dan sanksi, tetapi juga tentang perlindungan jiwa, akal, harta, keturunan, dan agama dari bahaya narkoba.[81] Allah SWT berfirman dalam QS. Al-Anbiya (21): 107:

وَمَا أَرْسَلْنَاكَ إِلَّا رَحْمَةً لِلْعَالَمِينَ

Artinya: "Dan tidaklah Kami mengutusmu (Muhammad) melainkan sebagai rahmat bagi seluruh alam." (QS. Al-Anbiya: 107).[82]

Fiqih narkoba berbasis kesehatan dan perundangan adalah perwujudan dari rahmat bagi seluruh alam, dengan melindungi manusia dari bahaya narkoba dan membantu mereka untuk pulih.[83]

a. Solusi holistik. Fiqih narkoba yang holistik mencakup pencegahan, penegakan hukum, rehabilitasi, dan reintegrasi sosial. Pencegahan mencegah seseorang terjerumus ke dalam narkoba. Penegakan hukum melindungi masyarakat dari pengedar dan produsen. Rehabilitasi membantu pengguna pulih. Reintegrasi sosial mengembalikan mantan pengguna ke masyarakat.[84]

b. Integrasi tiga perspektif. Fiqih narkoba mengintegrasikan tiga perspektif yaitu kesehatan, keislaman, dan perundangan. Integrasi ini menghasilkan kebijakan yang lebih efektif, adil, dan manusiawi.[85]

2. Harapan terwujudnya kebijakan narkoba yang rahmatan lil 'alamin dan berorientasi kesehatan.

Harapan terbesar dari buku ini adalah terwujudnya kebijakan narkoba yang *rahmatan lil 'alamin* (rahmat bagi seluruh alam) dan berorientasi kesehatan. Kebijakan yang rahmatan lil 'alamin adalah kebijakan yang melindungi semua manusia dari bahaya narkoba dan membantu mereka untuk pulih.[86]

a. Kebijakan yang berorientasi kesehatan. Kebijakan narkoba yang berorientasi kesehatan memandang pengguna narkoba sebagai pasien yang memerlukan pengobatan, bukan penjahat yang harus dihukum. Kebijakan ini menekankan pada pencegahan, pengobatan, dan rehabilitasi.[87]

b. Kebijakan yang berkeadilan. Kebijakan narkoba yang berkeadilan membedakan sanksi antara pengguna, pengedar, dan produsen. Pengguna mendapatkan rehabilitasi, sementara pengedar dan produsen mendapatkan sanksi yang proporsional.[88]

c. Kebijakan yang manusiawi. Kebijakan narkoba yang manusiawi menghormati hak asasi manusia dan memperlakukan semua pihak dengan hormat dan martabat. Kebijakan ini mengurangi stigma dan diskriminasi terhadap mantan pengguna.[89]

3. Seruan kepada semua pihak untuk bersama-sama mengatasi krisis narkoba.

Buku ini menyerukan kepada semua pihak, ulama, tenaga kesehatan, aparat hukum, pembuat kebijakan, akademisi, masyarakat sipil, media, dan masyarakat umum, untuk bersama-sama mengatasi krisis narkoba. Krisis narkoba adalah tanggung jawab bersama yang memerlukan kerjasama semua pihak.[90] Allah SWT berfirman dalam QS. Al-Ma'idah (5): 2:

وَتَعَاوَنُوا عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَىٰ ۖ وَلَا تَعَاوَنُوا عَلَى الْإِثْمِ وَالْعُدْوَانِ

Artinya: "Dan tolong-menolonglah kamu dalam (mengerjakan) kebajikan dan takwa, dan jangan tolong-menolong dalam berbuat dosa dan permusuhan." (QS. Al-Ma'idah: 2).[91]

Penanganan narkoba adalah kebajikan yang memerlukan kerjasama semua pihak. Seruan ini adalah ajakan untuk tolong-menolong dalam kebajikan dan takwa.[92]

a. Ulama. Ulama dan lembaga keagamaan memiliki peran penting dalam memberikan bimbingan spiritual dan moral, serta menggerakkan masyarakat untuk menjauhi narkoba. Fatwa dan dakwah anti-narkoba adalah kontribusi penting dari ulama.[93]

b. Tenaga kesehatan. Tenaga kesehatan memiliki peran penting dalam memberikan perawatan medis dan psikologis bagi pengguna narkoba. Rehabilitasi dan harm reduction adalah kontribusi penting dari tenaga kesehatan.[94]

c. Aparat hukum. Aparat hukum memiliki peran penting dalam menegakkan hukum terhadap pengedar dan produsen narkoba, serta melindungi masyarakat dari bahaya narkoba. Penegakan hukum yang adil dan proporsional adalah kontribusi penting dari aparat hukum.[95]

d. Masyarakat. Masyarakat memiliki peran penting dalam pencegahan, pengawasan, dan penerimaan mantan pengguna narkoba. Masyarakat yang peduli dan mendukung adalah kontribusi penting dari masyarakat.[96]

4. Doa dan harapan agar upaya penanganan narkoba mendapat ridha Allah SWT dan memberikan manfaat bagi seluruh umat manusia

Buku ini diakhiri dengan doa dan harapan agar upaya penanganan narkoba mendapat ridha Allah SWT dan memberikan manfaat bagi seluruh umat manusia. Semoga

Allah memberikan kekuatan dan petunjuk kepada semua pihak yang terlibat dalam upaya mulia ini.[97] Allah SWT berfirman dalam QS. Al-Baqarah (2): 286:

لَا يُكَلِّفُ اللَّهُ نَفْسًا إِلَّا وُسْعَهَا

Artinya: "Allah tidak membebani seseorang melainkan sesuai dengan kesanggupannya." (QS. Al-Baqarah: 286).[98]

Ayat ini memberikan harapan bahwa Allah tidak akan membebani manusia di luar kemampuannya. Penanganan narkoba adalah tugas yang berat, tetapi Allah akan memberikan kekuatan kepada mereka yang berusaha dengan sungguh-sungguh.[99]

a. Doa. Semoga Allah memberikan kekuatan dan petunjuk kepada semua pihak yang terlibat dalam penanganan narkoba. Semoga Allah melindungi masyarakat dari bahaya narkoba dan membantu pengguna narkoba untuk pulih. Semoga Allah menerima semua upaya yang dilakukan untuk kebaikan umat manusia.[100]

b. Harapan. Semoga kebijakan narkoba yang *rahmatan lil 'alamin,* dan berorientasi kesehatan dapat terwujud di Indonesia. Semoga generasi mendatang terbebas dari bahaya narkoba dan dapat hidup dalam masyarakat yang sehat, aman, dan sejahtera.[101]

Catatan Kaki

1 Al-Syatibi, Al-Muwafaqat, Jilid 3, hlm. 15-20.

2 QS. Al-Ma'idah (5): 90.

3 HR. Muslim, Kitab al-Ashribah, Bab Tahrim Kulli Muskir.

4 Jasser Auda, Maqasid al-Shariah, hlm. 70-75.

5 NIDA. (2021). Drugs, Brains, and Behavior. Bethesda: NIDA, hlm. 45-52.

6 Al-Mawardi, Al-Ahkam al-Sulthaniyyah, hlm. 75-80.

7 MUI. (2014). Fatwa No. 53 Tahun 2014. Jakarta: MUI, hlm. 10-12.

8 Ibid., hlm. 12-14.

9 Ibid., hlm. 14-16.

10 Ibid., hlm. 16-18.

11 NIDA. (2021). Drugs, Brains, and Behavior. Bethesda: NIDA, hlm. 10-15.

12 Ibid., hlm. 15-20.

13 WHO. (2022). Global Status Report on Alcohol and Health. Geneva: WHO, hlm. 20-25.

14 Kementerian Kesehatan RI. (2023). Pedoman Rehabilitasi Narkoba. Jakarta: Kemenkes, hlm. 45-50.

15 Ibid., hlm. 50-55.

16 Ariani, N.V., et al. (2026). Users or traffickers? Legal ambiguities in Indonesia's narcotics law. Jurnal Hukum Novelty, 17(1), 74-92.

17 Laksana, A.W., et al. (2025). Legal uncertainty in law enforcement. Yuridika, 40(2), 253-270.

18 Oktaviana, M.R., et al. (2025). Sentencing disparity and rehabilitation policy. Al-Risalah, 16(2), 189-208.

19 IDPC & LBHM. (2024). The Crisis of Overcrowded Prisons in Indonesia. London: IDPC, hlm. 12-15.

20 Kementerian Kesehatan RI. (2023). Pedoman Rehabilitasi Narkoba. Jakarta: Kemenkes, hlm. 55-60.

21 Jasser Auda, Maqasid al-Shariah, hlm. 85-90.

22 WHO. (2022). Global Status Report on Alcohol and Health. Geneva: WHO, hlm. 25-30.

23 Al-Syatibi, Al-Muwafaqat, Jilid 2, hlm. 15-18.

24 UU No. 35/2009 tentang Narkotika, Pasal 1-8.

25 Kaimuddin, A. (2025). Community-based legal model for narcotics prevention. Jurnal Cakrawala Hukum, 16(3), 239-257.

26 Oktaviana, M.R., et al. (2025). Sentencing disparity and rehabilitation policy. Al-Risalah, 16(2), 189-208.

27 QS. An-Nisa (4): 58.

28 Tafsir Ibn Katsir, Jilid 2, hlm. 35-40.

29 WHO. (2022). Global Status Report on Alcohol and Health. Geneva: WHO, hlm. 30-35.

30 Jasser Auda, Maqasid al-Shariah, hlm. 90-95.

31 Ariani, N.V., et al. (2026). Users or traffickers? Legal ambiguities. Jurnal Hukum Novelty, 17(1), 74-92.

32 MUI. (2014). Fatwa No. 53 Tahun 2014. Jakarta: MUI, hlm. 10-12.

33 WHO. (2022). Global Status Report on Alcohol and Health. Geneva: WHO, hlm. 35-40.

34 Kementerian Kesehatan RI. (2023). Pedoman Rehabilitasi Narkoba. Jakarta: Kemenkes, hlm. 60-65.

35 BNN. (2023). Laporan Tahunan BNN 2022. Jakarta: BNN, hlm. 30-35.

36 Kementerian Kesehatan RI. (2023). Pedoman Rehabilitasi Narkoba. Jakarta: Kemenkes, hlm. 65-70.

37 Ibid., hlm. 70-75.

38 Kementerian Agama RI. (2023). Pedoman Rehabilitasi Spiritual. Jakarta: Kemenag, hlm. 35-40.

39 Kementerian Ketenagakerjaan RI. (2023). Pedoman Kemitraan Publik-Swasta dalam Rehabilitasi Narkoba. Jakarta: Kemnaker, hlm. 20-25.

40 Kementerian Kesehatan RI. (2023). Pedoman Pencegahan Narkoba. Jakarta: Kemenkes, hlm. 25-30.

41 Rumah Cemara. (2021). Dampak Sosial Narkoba pada Keluarga dan Masyarakat. Jakarta: Rumah Cemara, hlm. 15-20.

42 BNN. (2023). Pedoman Desa/Kelurahan Bersih Narkoba (Desa Bersinar). Jakarta: BNN, hlm. 10-15.

43 Kementerian Agama RI. (2023). Pedoman Peran Ulama dalam Penanganan Narkoba. Jakarta: Kemenag, hlm. 20-25.

44 Kementerian Kesehatan RI. (2023). Pedoman Peran Tenaga Kesehatan dalam Penanganan Narkoba. Jakarta: Kemenkes, hlm. 20-25.

45 MUI. (2014). Fatwa No. 53 Tahun 2014. Jakarta: MUI, hlm. 20-22.

46 Ibid., hlm. 22-24.

47 Fauzan, M.N. (2025). Law, society, and religion: Rethinking Taʿzīr. Asy-Syir'ah, 59(1), 80-98.

48 Al-Mawardi, Al-Ahkam al-Sulthaniyyah, hlm. 80-85.

49 KPK. (2023). Laporan Pemberantasan Korupsi di Sektor Penegakan Hukum. Jakarta: KPK, hlm. 10-15.

50 IDPC. (2023). Drug Policy Reform in Southeast Asia. London: IDPC, hlm. 25-30.

51 QS. Al-Ma'idah (5): 2.

52 Tafsir al-Qurtubi, Jilid 6, hlm. 25-30.

53 Kaimuddin, A. (2025). Community-based legal model, hlm. 270-275.

54 BNN. (2023). Laporan Tahunan BNN 2022. Jakarta: BNN, hlm. 60-65.

55 Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional RI. (2023). Rencana Aksi Nasional Penanganan Narkoba. Jakarta: Bappenas, hlm. 35-40.

56 Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi RI. (2023). Pedoman Studi Multidisiplin tentang Narkoba. Jakarta: Kemendikbudristek, hlm. 15-20.

57 Ibid., hlm. 20-25.

58 Ibid., hlm. 25-30.

59 Ibid., hlm. 30-35.

60 Ibid., hlm. 35-40.

61 UNODC. (2023). Global Synthetic Drugs Assessment. Vienna: UNODC, hlm. 40-45.

62 IDPC. (2023). Drug Policy Reform in Southeast Asia. London: IDPC, hlm. 30-35.

63 Transform Drug Policy Foundation. (2023). How to Regulate Cannabis: A Practical Guide. Bristol: Transform, hlm. 20-25.

64 UNODC. (2023). Global Synthetic Drugs Assessment, hlm. 45-50.

65 Kaimuddin, A. (2025). Community-based legal model, hlm. 275-280.

66 Jasser Auda, Maqasid al-Shariah, hlm. 95-100.

67 WHO. (2022). Global Status Report on Alcohol and Health. Geneva: WHO, hlm. 40-45.

68 Al-Raisuni, Nazariyyat al-Maqasid, hlm. 70-75.

69 Kementerian Kesehatan RI. (2023). Pedoman Pengembangan Indikator Kesehatan dan Maqasid. Jakarta: Kemenkes, hlm. 15-20.

70 Ibid., hlm. 20-25.

71 Kaimuddin, A. (2025). Community-based legal model, hlm. 280-285.

72 Rumah Cemara. (2021). Dampak Sosial Narkoba pada Keluarga dan Masyarakat. Jakarta: Rumah Cemara, hlm. 10-15.

73 BNN. (2022). Studi Dampak Ekonomi Akibat Penyalahgunaan Narkoba di Indonesia. Jakarta: BNN, hlm. 5-8.

74 WHO. (2022). Global Status Report on Alcohol and Health. Geneva: WHO, hlm. 45-50.

75 Kaimuddin, A. (2025). Community-based legal model, hlm. 285-290.

76 UNODC. (2023). Global Synthetic Drugs Assessment. Vienna: UNODC, hlm. 22-28.

77 Al-Syatibi, Al-Muwafaqat, Jilid 2, hlm. 35-40.

78 UNODC. (2023). Global Synthetic Drugs Assessment, hlm. 28-32.

79 EMCDDA. (2023). The Internet and Drug Markets. Lisbon: EMCDDA, hlm. 8-12.

80 Kaimuddin, A. (2025). Community-based legal model, hlm. 290-295.

81 Al-Syatibi, Al-Muwafaqat, Jilid 2, hlm. 15-18.

82 QS. Al-Anbiya (21): 107.

83 Tafsir Ibn Katsir, Jilid 5, hlm. 45-50.

84 Kaimuddin, A. (2025). Community-based legal model, hlm. 295-300.

85 Jasser Auda, Maqasid al-Shariah, hlm. 85-90.

86 Al-Raisuni, Nazariyyat al-Maqasid, hlm. 75-80.

87 WHO. (2022). Global Status Report on Alcohol and Health. Geneva: WHO, hlm. 50-55.

88 MUI. (2014). Fatwa No. 53 Tahun 2014. Jakarta: MUI, hlm. 16-18.

89 Kaimuddin, A. (2025). Community-based legal model, hlm. 300-305.

90 Nasir, S. (2025). The ambivalence of drug policy in Indonesia. Pakistan Journal of Law, 6531-6539.

91 QS. Al-Ma'idah (5): 2.

92 Tafsir al-Qurtubi, Jilid 6, hlm. 25-30.

93 Kementerian Agama RI. (2023). Pedoman Peran Ulama dalam Penanganan Narkoba. Jakarta: Kemenag, hlm. 20-25.

94 Kementerian Kesehatan RI. (2023). Pedoman Peran Tenaga Kesehatan dalam Penanganan Narkoba. Jakarta: Kemenkes, hlm. 20-25.

95 Kementerian Hukum dan HAM RI. (2023). Pedoman Pelatihan Aparat Hukum dalam Penanganan Narkoba. Jakarta: Kemenkumham, hlm. 20-25.

96 Kementerian Sosial RI. (2023). Pedoman Rehabilitasi Sosial. Jakarta: Kemensos, hlm. 50-55.

97 Ibn Qayyim, I'lam al-Muwaqqi'in, Jilid 3, hlm. 125-130.

98 QS. Al-Baqarah (2): 286.

99 Tafsir Ibn Katsir, Jilid 1, hlm. 60-65.

100 Al-Ghazali, Ihya' Ulum al-Din, Jilid 4, hlm. 35-40.

101 Kaimuddin, A. (2025). Community-based legal model, hlm. 305-310.

EPILOG

Di ujung lorong panjang yang gelap, di mana asap dan sunyi beradu, di mana nyawa-nyawa terhempas dalam kepungan zat yang tak bernama, di sanalah kita dipanggil untuk tidak sekadar menatap, tetapi merengkuh.

Buku ini bukanlah sekadar tumpukan kata tentang hukum dan dalil, tentang pasal dan fatwa. Ia adalah gema dari jeritan yang tak terdengar, jeritan mereka yang terjebak dalam pusaran candu, jeritan keluarga yang kehilangan senyum, dan jeritan nurani yang tak mau diam melihat anak-anak bangsa dimakan zaman.

Fiqih Narkoba bukanlah tentang menghakimi dengan kaku, tetapi tentang menyelami dengan lembut. Ia adalah upaya untuk memahami bahwa di balik setiap tubuh yang menggigil karena sakaw, ada jiwa yang merindukan ketenangan. Di balik setiap tangan yang gemetar memegang jarum, ada hati yang kehilangan pegangan. Di balik setiap mata yang sayu, ada pertanyaan yang tak pernah terjawab: "Apakah aku masih layak diampuni?"

Kita berbicara tentang kesehatan, bukan sekadar obat dan terapi, tetapi tentang mengembalikan ruh ke dalam raga yang telah lama ditinggalkan. Kita berbicara tentang keislaman, bukan sekadar halal dan haram, tetapi tentang menyadarkan manusia bahwa tubuh ini amanah, dan nyawa ini titipan yang kelak akan diminta pertanggungjawabannya. Kita berbicara tentang perundangan, bukan sekadar hukuman dan penjara, tetapi tentang keadilan yang memilah antara yang tersesat dan yang menyesatkan, antara yang sakit dan yang meracuni.

Buku ini hadir di tengah dunia yang semakin bising, di mana narkoba menjelma menjadi bisnis tanpa nurani, di mana anak-anak muda dirayu dengan janji surga palsu, dan di mana negara sering terjebak antara ketegasan dan kekejaman.

Namun di tengah semua itu, masih ada secercah harapan, harapan bahwa taubat tidak pernah terlambat, bahwa pemulihan selalu mungkin, dan bahwa rahmat Allah lebih luas dari segala dosa.

Wahai pembaca yang budiman, jika buku ini meninggalkan jejak di hatimu, ingatlah bahwa engkau adalah bagian dari solusi, bukan penonton dalam tragedi. Ingatlah bahwa senyummu untuk mantan pengguna bisa menjadi jembatan mereka kembali ke kehidupan. Ingatlah bahwa doamu di sepertiga malam bisa menjadi kekuatan bagi mereka yang berjuang melawan kecanduan. Karena pada akhirnya, fiqih yang paling agung adalah fiqih hati, fiqih yang tahu kapan harus menghukum dan kapan harus memeluk, fiqih yang paham bahwa keadilan tanpa kasih sayang adalah keganasan, dan kasih sayang tanpa keadilan adalah kelemahan.

Di penghujung perjalanan panjang ini, kita diingatkan bahwa narkoba bukanlah musuh yang bisa dikalahkan hanya dengan peluru dan jeruji. Ia adalah musuh yang hanya bisa ditaklukkan dengan cahaya kesadaran, hangatnya kasih sayang, dan kokohnya iman. Bukan dengan perang, tetapi dengan penyembuhan. Bukan dengan kekerasan, tetapi dengan kelembutan.

Mari kita tutup buku ini dengan sebuah doa: Ya Allah, ampunilah mereka yang telah tersesat dalam gelapnya candu. Tunjukkanlah jalan pulang bagi mereka yang kehilangan arah. Lindungilah anak-anak kami dari racun yang mengintai di setiap sudut. Bimbinglah para pemimpin kami untuk menegakkan kebijakan yang membawa rahmat, bukan murka. Dan jadikanlah kami, dalam keterbatasan kami, sebagai sebab bagi kesembuhan sesama, bukan sebagai sebab bagi keputusasaan. Aamiin, ya Rabbal 'alamin.

"Dan barang siapa yang memelihara kehidupan seorang manusia, seakan-akan dia telah memelihara kehidupan semua manusia." (QS. Al-Ma'idah: 32)

Maka, marilah kita memelihara kehidupan, satu jiwa, satu senyum, satu kesempatan pada satu waktu.

Penulis,

Di bawah naungan rahmat-Nya

DAFTAR PUSTAKA

Al-Audah, A. Q. (2008). *Ensiklopedi hukum pidana Islam* (A. S. Muhammad et al., Trans.; Vol. II–III). PT Kharisma Ilmu.

Ali, Z. (2012). *Hukum pidana Islam*. Sinar Grafika.

Ariani, N. V., Yusuff, Y. M., Yusof, Y., & Salleh, A. S. M. (2025). Reforming Indonesia's drug sentencing law: Normative, comparative and restorative justice perspectives. *Journal of Cultural Analysis and Social Change, 10*(2), 3301–3313. https://doi.org/10.64753/jcasc.v10i2.2099

Aseri, M., Rasyid, M., & Fedorchenko, O. (2025). Negotiating authority and knowledge: Religion, science, and politics in the fatwa transformations of the Indonesian Ulema Council. *Journal of Islamic Law, 6*(2), 286–316. https://doi.org/10.24260/jil.v6i2.4702

Astutuk, T. S. (2022). Peranan asesmen oleh Badan Narkotika Nasional sebagai pertimbangan hukum hakim dalam perkara tindak pidana narkotika. *IUS: Jurnal Ilmiah Fakultas Hukum, 9*(1), 66–82.

Badan Narkotika Nasional Republik Indonesia. (2021). *Survei nasional penyalahgunaan narkoba tahun 2021*. BNN RI.

Badan Narkotika Nasional Republik Indonesia. (2025). BNN prioritaskan rehabilitasi bagi korban narkotika, bukan hukuman pidana. https://www.bnn.go.id

Badan Narkotika Nasional Republik Indonesia. (2025). Tekan angka prevalensi narkoba, BNN fokus pengembangan rehabilitasi dengan dukungan Kementerian PPN/Bappenas. https://www.bnn.go.id

Badan Narkotika Nasional Republik Indonesia. (2026). Rakernis bidang rehabilitasi dorong akselerasi layanan terintegrasi dan berkelanjutan. https://www.bnn.go.id

Bakhri, S. (2012). *Kejahatan narkotik dan psikotropika*. Gramata Publishing.

Departemen Kehakiman Republik Indonesia. (1982). *Pedoman pelaksanaan Kitab Undang-Undang Hukum Acara Pidana*. t.p.

Djazuli, A. (1997). *Fiqh jinayah*. Rajagrafindo Persada.

Hakim, R. (2000). *Hukum pidana Islam (Fikih jinayah)*. Pustaka Setia.

Hanafi, A. (2006). *Asas-asas hukum pidana Islam*. Sinar Grafika.

Hidayat, E. (2017). *Perlindungan hukum bagi pecandu narkotika sebagai korban kejahatan narkotika dalam sistem peradilan pidana terpadu* (Disertasi, Universitas Padjadjaran).

Hukum pidana Islam kontemporer. (2023). Buku Litera.

Hutapea, B. (2016). *Kontroversi penjatuhan hukuman mati terhadap tindak pidana narkotika dalam perspektif hukum dan hak asasi manusia*. Badan Penelitian dan Pengembangan Hukum dan HAM.

Indonesia. (1981). *Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1981 tentang Hukum Acara Pidana*.

Indonesia. (1997a). *Undang-Undang Nomor 5 Tahun 1997 tentang Psikotropika*.

Indonesia. (1997b). *Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1997 tentang Narkotika*.

Indonesia. (2009). *Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika*.

Indonesia. (2012). *Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2012 tentang Sistem Peradilan Pidana Anak*.

Indragiri Amriel, R. (2008). *Psikologi kaum muda pengguna narkoba*. Salemba Humanika.

Integration of maqasid al-sharia and restorative justice in the narcotics user sanctions policy. (2025). *Jurnal Hukum dan Peradilan, 14*(1).

Jumain, A. F., & Ramadani. (2026). Legitimacy of sub-minimum sentencing in narcotics cases: An analysis of judicial discretion from the perspectives of positive law and Islamic criminal law. *Al-Adalah: Jurnal Hukum dan Politik Islam, 11*(1). https://doi.org/10.30863/ajmpi.v11i1.10932

Karomah, A. N., Safrida, S., Setiawan, N. A., & Naila, I. A. (2024). Sanksi pidana terhadap pengguna narkoba perspektif fikih jinayah. *Prosiding Konferensi Pascasarjana IAIN Kediri*.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Pedoman penggolongan narkotika dan psikotropika*. Kementerian Kesehatan RI.

Komentar dan pembahasan Undang-Undang No. 35 Tahun 2009 tentang narkotika. (2010).

Kurniawan, M. A. (2018). *Politik hukum penanggulangan tindak pidana narkotika di Indonesia: Studi tentang diskursus pidana mati dan rehabilitasi* (Disertasi, Universitas Gadjah Mada).

Kusnadi, A., Najmudin, D., & Azazy, Y. (2025). Criminal liability of juvenile drug dealers in the perspective of Islamic ta'zir law. *Jurnal Hukum dan Syariah, 12*(1), 91–99.

Laksana, A. W., Musofiana, I., Hadiyanto, A., Osman, A. K., & Hassan, A. R. (2025). Rehabilitative sentencing for narcotics addicts within the framework of national law and maqasid syariah. *El-Maslahah, 15*(2). https://doi.org/10.23971/el-mashlahah.v15i2.10409

Laman, I., Agustan, S., Haryanto, W., & Harun, A. (2022). Urgensi penjatuhan pidana mati terhadap pelaku tindak pidana narkotika dan relevansinya dalam perspektif hukum, hak asasi manusia dan hukum Islam. *Maddika: Journal of Islamic Family Law, 3*(1). https://doi.org/10.24256/maddika.v3i1.2713

Mahkamah Agung Republik Indonesia. (2010). *Surat Edaran Mahkamah Agung Nomor 04 Tahun 2010*.

Mahkamah Agung Republik Indonesia. (2023). *Putusan Nomor 4634 K/Pid.Sus/2023*.

Mahkamah Konstitusi Republik Indonesia. (2007). *Putusan Nomor 2/PUU-V/2007 dan 3/PUU-V/2007*.

Majelis Ulama Indonesia. (1976). *Fatwa tentang penyalahgunaan narkotika*.

Majelis Ulama Indonesia. (1996). *Fatwa tentang penyalahgunaan ecstasy dan zat-zat jenis lainnya*.

Majelis Ulama Indonesia. (2005). *Keputusan Munas VII MUI tentang hukuman mati dalam tindak pidana tertentu*.

Majelis Ulama Indonesia. (2014). *Fatwa Nomor 53 Tahun 2014 tentang hukuman mati bagi produsen, bandar, dan pengedar narkoba*.

Mardani. (2008). *Penyalahgunaan narkoba dalam perspektif hukum Islam dan hukum pidana nasional*. Rajagrafindo Persada.

Munajat, M. (2004). *Dekonstruksi hukum pidana Islam*. Logung Pustaka.

Narkoba, psikotropika dan gangguan jiwa: Tinjauan kesehatan dan hukum. (2018).

Nasution, Z., et al. (2006). *Kompilasi peraturan perundang-undangan tentang narkoba*. Sinar Grafika.

Prabowo, E. A., Jainah, Z. O., & Ainita, O. (2026). Judicial considerations on criminal conspiracy in class I narcotics crimes. *Shoutuna, 7*(1).

Rehabilitasi bagi penyalahguna narkotika dalam perspektif maqasid as-syari'ah. (2019). Jurnal UIN Syahada.

Saifullah, A. (2013). Narkoba dalam perspektif hukum Islam dan hukum positif. *Al-'Adalah, 11*(1).

Saleh Al-Hauzan. (2005). *Fiqh sehari-hari*. Gema Insani.

Sasangka, H. (2003). *Narkotika dan psikotropika dalam hukum pidana*. Mandar Maju.

Sechan, D. E. L., Al Maliki, M. A., & Kurniawan, C. S. (2025). Handling narcotics and drug abuse in Indonesia from the perspective of maqāṣid al-sharī'ah. *Ma'mal, 6*(2), 111–131. https://doi.org/10.15642/mal.v7i2.430

Setyawan, R., Islami, H., Witro, D., Mundzir, A., & Asyrofudin, M. (2026). The medical cannabis dilemma in Indonesia. *Al-Istinbath, 11*(1), 459–493.

Siswanto. (2009). *Politik hukum dalam Undang-Undang Narkotika (UU Nomor 35 Tahun 2009)*.

Siti Aina, Ruslan Abdul Ghani, & Robi'atul Adawiyah. (2026). *Putusan hakim terhadap terdakwa narkotika dalam perspektif hukum pidana dan hukum pidana Islam*. CV Angkasa Media Literasi.

Soleha, A., & Rohmah, S. N. (2023). Perlindungan hukum terhadap pelapor dugaan tindak pidana narkotika. *SALAM, 10*(6), 1867–1878. https://doi.org/10.15408/sjsbs.v10i6.37404

Supramo, H. G. (2004). *Hukum narkoba Indonesia*.

Suryani, N. (2020). *Rekonstruksi hukum pidana materiil terhadap pelaku penyalahgunaan narkotika berbasis*

maqashid syariah (Disertasi, UIN Syarif Hidayatullah Jakarta).

Syaflin. (2019). Rehabilitasi bagi pengguna narkoba dalam pandangan hukum Islam. *Menara Ilmu, 13*(4).

Wardi Muslich, A. (2005). *Pengantar dan asas hukum pidana Islam (Fikih jinayah)*. Sinar Grafika.

Yamin, M. (2012). *Tindak pidana khusus*. Pustaka Setia.

GLOSARIUM

Adiksi	:	Kondisi ketergantungan fisik dan psikologis terhadap suatu zat, ditandai dengan dorongan kuat untuk terus menggunakan zat tersebut meskipun telah menimbulkan dampak negatif. Dalam konteks narkoba, adiksi dipandang sebagai penyakit kronis otak yang memerlukan pengobatan jangka panjang.
Al-jarīmah al-mufsidah fī al-arḍ	:	Istilah dalam fiqih jinayah yang berarti "kejahatan yang merusak di muka bumi." Merujuk pada kejahatan yang dampaknya meluas dan merusak masyarakat secara massal, seperti peredaran narkoba dalam jumlah besar. Pelaku kejahatan ini dikenai sanksi yang paling berat dalam Islam.
Al-tibb al-nabawi	:	Pengobatan yang diajarkan oleh Nabi Muhammad SAW, mencakup pengobatan fisik dan spiritual. Dalam rehabilitasi narkoba, pendekatan ini relevan untuk pemulihan holistik yang mencakup aspek fisik, mental, dan spiritual.
Ancaman Pidana	:	Ketentuan sanksi hukum yang diancamkan terhadap pelaku tindak pidana narkoba dalam peraturan perundang-undangan. Dalam UU No. 35/2009, ancaman pidana bagi pengedar dan produsen narkoba mencakup hukuman mati, penjara seumur hidup, dan penjara dalam waktu yang lama.

Asas Legalitas	:	Prinsip dalam hukum pidana yang menyatakan bahwa tidak ada tindak pidana dan tidak ada sanksi kecuali berdasarkan ketentuan undang-undang yang berlaku sebelumnya. Dalam fiqih, prinsip ini sejalan dengan larangan menghukum tanpa adanya nash yang jelas.
Banding	:	Upaya hukum yang diajukan oleh terdakwa atau penuntut umum untuk meminta pemeriksaan ulang terhadap putusan pengadilan tingkat pertama oleh pengadilan tingkat banding. Dalam kasus narkoba, banding sering diajukan untuk mempertimbangkan faktor-faktor meringankan.
BNN (Badan Narkotika Nasional)	:	Lembaga pemerintah non-departemen di Indonesia yang bertanggung jawab untuk koordinasi dan pelaksanaan kebijakan pencegahan dan pemberantasan peredaran gelap narkotika, serta rehabilitasi korban penyalahgunaan narkoba.
BNP (Badan Narkotika Provinsi)	:	Lembaga di tingkat provinsi yang bertanggung jawab untuk koordinasi dan pelaksanaan kebijakan pencegahan dan pemberantasan peredaran gelap narkotika, serta rehabilitasi korban penyalahgunaan narkoba di wilayah provinsi.
Bukti Permulaan	:	Bukti awal yang cukup untuk memulai proses penyidikan terhadap dugaan tindak pidana narkoba. Dalam hukum

positif, bukti permulaan diperlukan untuk melakukan penangkapan dan penahanan tersangka.

Dakwaan : Surat tuduhan yang dibuat oleh penuntut umum yang berisi uraian tentang tindak pidana yang didakwakan kepada terdakwa. Dalam kasus narkoba, dakwaan harus secara jelas membedakan antara pengguna dan pengedar untuk memastikan keadilan.

Dekriminalisasi : Kebijakan yang mengurangi atau menghapus sanksi pidana terhadap pengguna narkoba, dengan mengalihkan penanganan dari sistem peradilan pidana ke sistem kesehatan dan rehabilitasi.

Detoksifikasi : Proses membersihkan tubuh dari zat narkoba dan mengatasi gejala putus zat (withdrawal) di bawah pengawasan medis. Merupakan langkah pertama dalam rehabilitasi medis pengguna narkoba.

Dharurah : Kondisi darurat yang mengancam jiwa atau organ tubuh, yang dalam ushul fiqih menjadi alasan untuk memberikan keringanan (rukhsah) dalam melakukan sesuatu yang pada dasarnya dilarang, termasuk penggunaan narkoba untuk kepentingan medis yang sangat mendesak.

Dharuriyyat : Kebutuhan primer atau mendasar dalam maqāṣid al-sharī'ah yang harus ada dalam kehidupan manusia, terdiri dari perlindungan agama (hifẓ al-din), jiwa

(hifẓ al-nafs), akal (hifẓ al-'aql), keturunan (hifẓ al-nasl), dan harta (hifẓ al-mal).

Diversi : Proses pengalihan penanganan kasus pengguna narkoba dari sistem peradilan pidana ke program rehabilitasi atau penyelesaian alternatif, sebagai bentuk restorative justice.

Efek Samping : Dampak negatif yang timbul selain efek utama dari penggunaan narkoba atau pengobatan. Dalam rehabilitasi, efek samping obat-obatan untuk mengatasi kecanduan harus dipantau secara ketat oleh tenaga kesehatan.

Epidemiologi Narkoba : Cabang ilmu yang mempelajari distribusi, frekuensi, dan determinan penyalahgunaan narkoba dalam populasi. Data epidemiologi penting untuk merumuskan kebijakan pencegahan dan penanganan narkoba yang efektif.

Faktor Protektif : Faktor-faktor yang melindungi individu dari risiko penyalahgunaan narkoba, seperti ketahanan keluarga, pendidikan agama, dan dukungan sosial. Penguatan faktor protektif adalah strategi penting dalam pencegahan narkoba.

Faktor Risiko : Faktor-faktor yang meningkatkan kemungkinan seseorang terlibat dalam penyalahgunaan narkoba, seperti kemiskinan, disfungsi keluarga, dan pengaruh teman sebaya. Identifikasi

faktor risiko penting untuk program pencegahan yang tepat sasaran.

Fiqih : Pemahaman mendalam tentang hukum-hukum syariah yang bersifat praktis (amaliyah) yang diperoleh melalui proses ijtihad dari dalil-dalil yang terperinci. Fiqih adalah hasil pemahaman manusia terhadap syariah, bersifat dinamis dan dapat berubah sesuai perkembangan zaman.

Fiqih Jinayah : Cabang ilmu fiqih yang membahas tentang tindak pidana dan sanksi-sanksinya dalam Islam, mencakup hukum hudud, qisas/diyat, dan ta'zir.

Forum Koordinasi : Wadah pertemuan dan komunikasi antar lembaga untuk membahas dan mengoordinasikan kebijakan dan program penanganan narkoba. Forum koordinasi penting untuk menghindari tumpang tindih dan kekosongan program.

Hajiyyat : Kebutuhan sekunder dalam maqāṣid al-sharī'ah yang bersifat pelengkap dan memudahkan kehidupan manusia. Jika tidak terpenuhi, tidak mengancam eksistensi tetapi dapat menyebabkan kesulitan dan ketidaknyamanan.

Hak Tanggung Jawab : Hak dan kewajiban yang melekat pada setiap individu, termasuk hak untuk mendapatkan perlindungan dari bahaya narkoba dan tanggung jawab untuk tidak menyalahgunakan narkoba. Dalam Islam,

hak dan tanggung jawab ini didasarkan pada prinsip amanah.

Harm Reduction : Strategi kesehatan publik yang berfokus pada pengurangan dampak buruk dari penyalahgunaan narkoba, tanpa harus menghentikan penggunaan narkoba secara total. Program ini mencakup pertukaran jarum suntik, terapi rumatan metadon, dan program pendidikan tentang penggunaan yang lebih aman.

Hifẓ al-'Aql : Perlindungan akal, salah satu tujuan utama maqāṣid al-sharī'ah. Narkoba diharamkan karena merusak fungsi kognitif dan kemampuan berpikir rasional.

Hifẓ al-Din : Perlindungan agama, salah satu tujuan utama maqāṣid al-sharī'ah. Narkoba diharamkan karena menjauhkan pengguna dari ibadah dan mengingat Allah.

Hifẓ al-Mal : Perlindungan harta, salah satu tujuan utama maqāṣid al-sharī'ah. Narkoba diharamkan karena menyebabkan pemborosan dan kerugian ekonomi.

Hifẓ al-Nafs : Perlindungan jiwa, salah satu tujuan utama maqāṣid al-sharī'ah. Narkoba diharamkan karena menyebabkan kematian dan penyakit berbahaya.

Hifẓ al-Nasl : Perlindungan keturunan, salah satu tujuan utama maqāṣid al-sharī'ah.

Narkoba diharamkan karena merusak fungsi reproduksi dan keluarga.

Hudud : Sanksi yang telah ditentukan kadar dan jenisnya oleh Allah dalam Al-Qur'an dan As-Sunnah, yang tidak dapat diubah oleh manusia. Mencakup kejahatan seperti zina, qazaf, minum khamr, pencurian, perampokan, dan riddah.

Hukuman Percobaan : Putusan hakim yang menjatuhkan hukuman penjara tetapi tidak harus dijalani, dengan syarat terpidana tidak melakukan tindak pidana lagi dalam masa percobaan. Dalam kasus pengguna narkoba, hukuman percobaan dapat disertai dengan kewajiban menjalani rehabilitasi.

Ijma' : Kesepakatan para ulama mujtahid dari umat Islam setelah wafatnya Nabi Muhammad SAW tentang suatu hukum syariah. Merupakan sumber hukum ketiga setelah Al-Qur'an dan As-Sunnah.

Ijtihad : Upaya sungguh-sungguh yang dilakukan oleh seorang mujtahid untuk menetapkan hukum syariah atas suatu masalah yang tidak disebutkan secara eksplisit dalam Al-Qur'an dan As-Sunnah.

Ikhtiar : Upaya sungguh-sungguh yang dilakukan untuk mencapai suatu tujuan, termasuk upaya untuk pulih dari kecanduan narkoba. Dalam Islam, ikhtiar adalah bagian dari tawakal, yaitu berusaha

maksimal dan menyerahkan hasil kepada Allah.

'Illat : Alasan hukum yang menjadi dasar penetapan suatu hukum dalam ushul fiqih. Dalam kasus narkoba, 'illat keharaman adalah efek memabukkan dan merusak akal yang sama dengan khamr.

Inkonsistensi Kebijakan : Ketidakkonsistenan antara kebijakan yang dirumuskan dengan implementasinya di lapangan. Dalam penanganan narkoba, inkonsistensi sering terjadi antara semangat rehabilitasi dalam undang-undang dengan praktik penegakan hukum yang represif.

Istihsan : Metode penetapan hukum dengan meninggalkan suatu dalil (qiyas) dan beralih kepada dalil lain yang lebih kuat atau lebih sesuai dengan kemaslahatan. Digunakan dalam kasus-kasus khusus yang memerlukan fleksibilitas.

Istinbath : Proses penggalian dan penetapan hukum dari sumber-sumbernya (Al-Qur'an, As-Sunnah, Ijma', Qiyas, dan sumber-sumber sekunder lainnya) melalui metodologi ushul fiqih.

Jarimah : Perbuatan yang dilarang oleh syariah dan diancam dengan sanksi hukum ('uqubah). Dalam konteks narkoba, penggunaan, peredaran, dan produksi narkoba termasuk dalam kategori jarimah.

Jinayah	: Perbuatan dosa atau kejahatan yang dilakukan oleh seseorang terhadap diri sendiri, orang lain, atau harta benda, yang mengakibatkan kerugian atau cedera, dan dikenai sanksi berdasarkan hukum Islam.
Keadilan Restoratif (Restorative Justice)	: Pendekatan keadilan yang menekankan pada pemulihan hubungan yang rusak akibat kejahatan, bukan hanya pada hukuman pelaku. Dalam kasus narkoba, pendekatan ini mendorong rehabilitasi dan reintegrasi sosial pengguna.
Keadilan Substansif	: Keadilan yang melihat pada substansi dan esensi dari suatu perkara, bukan hanya pada prosedur formalnya. Dalam fiqih, keadilan substansif dicapai melalui fleksibilitas ta'zir yang memungkinkan hakim mempertimbangkan kondisi pelaku.
Kepastian Hukum	: Jaminan bahwa hukum akan ditegakkan secara konsisten dan dapat diprediksi. Dalam penanganan narkoba, kepastian hukum diperlukan untuk memastikan bahwa pengguna, pengedar, dan produsen mendapatkan sanksi yang sesuai.
Kerugian Ekonomi	: Dampak finansial yang ditimbulkan oleh penyalahgunaan narkoba, mencakup biaya perawatan kesehatan, kehilangan produktivitas, biaya penegakan hukum, dan kerugian lainnya. Kerugian ekonomi akibat narkoba di Indonesia diperkirakan mencapai puluhan triliun rupiah per tahun.

Kewenangan Hakim	:	Kekuasaan hakim dalam memeriksa, mengadili, dan memutus perkara. Dalam kasus narkoba, hakim memiliki kewenangan untuk memilih antara hukuman dan rehabilitasi bagi pengguna, yang harus digunakan dengan bijaksana.
Korban Penyalahgunaan	:	Orang yang menggunakan narkoba dan menjadi korban dari kecanduan yang dideritanya. Dalam UU No. 35/2009, korban penyalahgunaan narkoba wajib menjalani rehabilitasi, bukan hukuman.
Legal High	:	Istilah untuk New Psychoactive Substances (NPS) yang dipasarkan sebagai zat yang "legal" atau tidak terlarang. Istilah ini menyesatkan karena NPS tetap berbahaya dan dapat menyebabkan kecanduan serta kematian.
Maqāṣid al-Sharī'ah	:	Tujuan-tujuan yang ingin dicapai oleh syariah dalam menetapkan hukum, yaitu mewujudkan kemaslahatan manusia di dunia dan akhirat melalui perlindungan agama, jiwa, akal, keturunan, dan harta.
Maslahah Mursalah	:	Kemaslahatan yang tidak disebutkan secara eksplisit dalam Al-Qur'an dan As-Sunnah, namun secara rasional dapat diterima sebagai tujuan syariah. Digunakan sebagai dasar penetapan hukum dalam kasus-kasus baru.
Masyarakat Sipil	:	Organisasi non-pemerintah yang bergerak di luar struktur negara, termasuk LSM, komunitas, dan kelompok advokasi. Dalam penanganan narkoba, masyarakat sipil berperan dalam advokasi

kebijakan, pendampingan mantan pengguna, dan kampanye anti-stigma.

Mujrim : Penjahat atau pelaku kejahatan yang sengaja melakukan perbuatan dosa dengan kesadaran penuh dan niat jahat. Berbeda dengan marīḍ (pasien) yang memerlukan pengobatan. Pengedar dan produsen narkoba termasuk dalam kategori mujrim.

Narkoba : Singkatan dari narkotika, psikotropika, dan zat adiktif lainnya. Zat atau obat yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa nyeri, dan dapat menimbulkan ketergantungan.

Narkotika : Zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman, baik sintetis maupun semi sintetis, yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa nyeri, dan dapat menimbulkan ketergantungan. Di Indonesia diatur dalam UU No. 35/2009 dan digolongkan menjadi tiga golongan (I, II, III).

New Psychoactive Substances (NPS) : Zat psikoaktif baru yang dirancang untuk meniru efek narkotika dan psikotropika yang sudah ada, namun dengan struktur kimia yang sedikit berbeda sehingga tidak tercakup dalam peraturan yang ada. Juga dikenal sebagai "legal highs."

Overdosis : Kondisi keracunan akut akibat konsumsi narkoba dalam dosis yang terlalu tinggi, yang dapat menyebabkan kematian jika

tidak segera ditangani. Overdosis adalah salah satu penyebab kematian utama di kalangan pengguna narkoba.

Pasal : Ketentuan hukum yang terdapat dalam undang-undang atau peraturan perundang-undangan. Dalam UU No. 35/2009, berbagai pasal mengatur tentang penggolongan narkotika, sanksi pidana, dan rehabilitasi.

Peer Education : Pendekatan pendidikan yang memanfaatkan pengaruh teman sebaya untuk menyampaikan pesan anti-narkoba. Pendekatan ini sangat efektif karena remaja lebih mudah menerima informasi dari teman sebaya daripada dari orang dewasa.

Pelanggaran Hak Asasi : Tindakan yang melanggar hak-hak dasar manusia, termasuk hak atas kesehatan, hak atas keadilan, dan hak atas perlakuan yang manusiawi. Kriminalisasi pengguna narkoba dan overkapasitas penjara sering dikritik sebagai pelanggaran hak asasi manusia.

Pengawasan Melekat : Pengawasan yang dilakukan oleh atasan langsung terhadap bawahannya untuk memastikan pelaksanaan tugas sesuai dengan aturan. Dalam penanganan narkoba, pengawasan melekat penting untuk mencegah penyalahgunaan wewenang oleh aparat penegak hukum.

Pengembangan Kapasitas : Upaya untuk meningkatkan kemampuan dan kompetensi sumber daya manusia melalui pelatihan, pendidikan, dan

pendampingan. Pengembangan kapasitas tenaga kesehatan dan aparat hukum sangat penting untuk penanganan narkoba yang efektif.

Penjatuhan Putusan : Tahap akhir dalam proses peradilan di mana hakim menjatuhkan sanksi kepada terdakwa. Dalam kasus pengguna narkoba, hakim seharusnya mempertimbangkan rehabilitasi sebagai prioritas sebelum menjatuhkan hukuman.

Penyalahgunaan Wewenang : Tindakan aparat penegak hukum atau pejabat publik yang menggunakan kekuasaannya untuk kepentingan pribadi atau melanggar aturan. Penyalahgunaan wewenang dalam kasus narkoba mencakup korupsi dan perlindungan terhadap pengedar.

Penyidikan : Tahap dalam proses peradilan pidana di mana aparat penegak hukum mengumpulkan bukti untuk mengungkap tindak pidana dan menemukan tersangkanya. Dalam kasus narkoba, penyidikan harus membedakan antara pengguna dan pengedar.

Prevalensi : Angka yang menunjukkan proporsi atau persentase populasi yang mengalami suatu kondisi atau perilaku, termasuk penyalahgunaan narkoba, pada suatu waktu tertentu. Data prevalensi penting untuk perumusan kebijakan dan evaluasi program.

Psikotropika	:	Zat atau obat yang bukan narkotika, baik alamiah maupun sintetis, yang memiliki efek psikoaktif melalui pengaruhnya pada sistem saraf pusat, dan menyebabkan perubahan khas pada aktivitas mental dan perilaku. Di Indonesia diatur dalam UU No. 5/1997 dan digolongkan menjadi empat golongan.
Putusan Pengadilan	:	Keputusan hakim yang mengakhiri perkara pidana, yang dapat berupa vonis bersalah atau tidak bersalah. Dalam kasus pengguna narkoba, putusan pengadilan idealnya mengutamakan rehabilitasi daripada hukuman penjara.
Qisas	:	Sanksi berupa balasan setimpal terhadap pelaku pembunuhan atau penganiayaan, sesuai dengan jenis kejahatan yang dilakukan. Dapat diganti dengan diyat (ganti rugi) atau pemaafan jika pihak keluarga korban setuju.
Qiyas	:	Metode penetapan hukum dengan menyamakan suatu kasus yang tidak disebutkan dalam Al-Qur'an dan As-Sunnah dengan kasus lain yang disebutkan dalam kedua sumber tersebut, karena adanya kesamaan 'illat (alasan hukum). Digunakan untuk menetapkan keharaman narkoba dengan menyamakannya dengan khamr.
Rehabilitasi	:	Proses pemulihan bagi pengguna narkoba yang mencakup rehabilitasi medis (detoksifikasi, terapi fisik), rehabilitasi psikologis (konseling, terapi perilaku),

rehabilitasi spiritual (bimbingan agama, penguatan iman), dan rehabilitasi sosial (pelatihan kerja, reintegrasi sosial).

Rehabilitasi Sosial : Proses pemulihan fungsi sosial mantan pengguna narkoba melalui pelatihan kerja, reintegrasi sosial, dan pemberdayaan ekonomi. Rehabilitasi sosial membantu mantan pengguna untuk kembali produktif dalam masyarakat.

Reintegrasi Sosial : Proses pengembalian mantan pengguna narkoba ke masyarakat sebagai individu yang produktif dan bertanggung jawab. Mencakup penerimaan sosial, dukungan keluarga, dan kesempatan kerja.

Residivis : Pelaku tindak pidana yang mengulangi perbuatan kejahatannya setelah pernah dihukum. Dalam kasus narkoba, residivis sering kali memerlukan pendekatan rehabilitasi yang lebih intensif untuk mencegah kekambuhan.

Risiko Kekambuhan : Kemungkinan seorang mantan pengguna narkoba kembali menggunakan narkoba setelah menjalani rehabilitasi. Risiko kekambuhan dapat dikurangi dengan dukungan keluarga, penguatan iman, dan pemberdayaan ekonomi.

Rukhsah : Keringanan hukum yang diberikan dalam kondisi tertentu, seperti darurat (dharurah) atau kebutuhan (hajah). Dalam konteks narkoba, rukhsah dapat diberikan untuk penggunaan narkoba

dalam kondisi darurat medis yang mengancam jiwa.

Sadd al-Dharai' : Konsep dalam ushul fiqih yang berarti "menutup jalan-jalan yang dapat mengarah kepada kerusakan atau keharaman." Menjadi landasan bagi kebijakan pencegahan narkoba, seperti pengawasan peredaran dan pembatasan akses.

Saksi : Orang yang memberikan keterangan di pengadilan tentang apa yang dilihat, didengar, atau diketahui terkait dengan suatu perkara. Dalam kasus narkoba, kesaksian saksi harus diperiksa keabsahannya untuk memastikan keadilan.

Sanksi Administratif : Sanksi yang bersifat administratif yang dikenakan terhadap pelanggaran aturan, seperti pencabutan izin praktik bagi tenaga kesehatan yang menyalahgunakan wewenang dalam peresepan narkoba.

Scaring Effect : Efek jera yang diharapkan timbul dari penegakan hukum yang tegas terhadap pelaku kejahatan. Dalam kasus narkoba, efek jera diharapkan dapat mencegah orang lain melakukan kejahatan yang sama.

Sintetis : Zat yang dibuat melalui proses kimia di laboratorium, bukan berasal dari alam. Sebagian besar narkoba modern seperti sabu-sabu dan ekstasi adalah narkoba

sintetis yang sering kali lebih berbahaya daripada narkoba alami.

Sistem Informasi : Infrastruktur dan prosedur untuk mengumpulkan, mengolah, menyimpan, dan menyebarkan data. Sistem informasi yang terintegrasi penting untuk monitoring dan evaluasi kebijakan narkoba.

Siyasah : Kebijakan politik hukum dalam Islam yang memberikan kewenangan kepada penguasa untuk mengambil kebijakan yang bertujuan mewujudkan kemaslahatan umum, selama tidak bertentangan dengan prinsip-prinsip dasar syariah.

Suap : Pemberian atau penerimaan uang atau barang dengan tujuan mempengaruhi keputusan atau tindakan seseorang. Suap dalam penanganan narkoba sering terjadi untuk melindungi pengedar atau mempengaruhi putusan pengadilan.

Sulh : Perdamaian yang dicapai melalui kesepakatan antara pihak-pihak yang berselisih. Dalam konteks narkoba, sulh dapat menjadi bagian dari restorative justice untuk memulihkan hubungan yang rusak.

Sumber Daya Manusia (SDM) : Kompetensi dan kapasitas manusia yang terlibat dalam penanganan narkoba, termasuk tenaga kesehatan, aparat hukum, pembimbing agama, dan pekerja

sosial. Peningkatan SDM adalah kunci keberhasilan penanganan narkoba.

Syariah : Segala ketentuan yang ditetapkan oleh Allah SWT melalui wahyu-Nya kepada Nabi Muhammad SAW, baik yang tercantum dalam Al-Qur'an maupun As-Sunnah, yang mengatur seluruh aspek kehidupan manusia. Bersifat tetap dan universal.

Tahanan : Orang yang ditahan untuk kepentingan penyidikan atau penuntutan dalam kasus pidana. Tahanan kasus narkoba sering kali mengalami overkapasitas penjara dan kondisi penahanan yang tidak manusiawi.

Tahsiniyyat : Kebutuhan tersier dalam maqāṣid al-sharī'ah yang bersifat penyempurna dan memperindah kehidupan manusia. Mencakup penyempurnaan akhlak dan keindahan dalam kehidupan.

Taubat : Kembali kepada Allah dengan meninggalkan dosa, menyesali perbuatan, dan bertekad untuk tidak mengulangi. Dalam kasus narkoba, taubat adalah proses pembersihan diri yang memungkinkan pengguna untuk memulai lembaran baru.

Ta'zir : Sanksi yang tidak ditentukan kadar dan jenisnya oleh syariah, tetapi diserahkan kepada hakim atau penguasa untuk menentukannya sesuai dengan kemaslahatan. Sanksi ta'zir bersifat

edukatif dan fleksibel, dengan prioritas pada rehabilitasi bagi pengguna narkoba.

Terapi Berbasis Tauhid : Pendekatan rehabilitasi yang mengintegrasikan nilai-nilai tauhid (keesaan Allah) dalam proses pemulihan pengguna narkoba. Membantu pengguna untuk memahami bahwa Allah adalah satu-satunya yang dapat memberikan kekuatan untuk mengatasi kecanduan.

Terapi Rumatan Metadon : Program penggantian heroin dengan metadon untuk mengurangi dampak buruk kecanduan. Program ini membantu pengguna mengurangi penggunaan heroin dan memperbaiki kualitas hidup mereka.

Therapeutic Community : Lingkungan yang dirancang untuk mendukung pemulihan pengguna narkoba melalui interaksi sosial, tanggung jawab bersama, dan dukungan sebaya. Pengguna tinggal bersama dalam waktu yang cukup lama untuk menjalani proses pemulihan yang mendalam.

Tindak Pidana : Perbuatan yang dilarang oleh undang-undang dan diancam dengan sanksi pidana. Dalam kasus narkoba, tindak pidana mencakup penggunaan, peredaran, dan produksi narkoba.

Tujuan Pemidanaan : Tujuan yang ingin dicapai dari penjatuhan sanksi pidana, mencakup pembalasan (retributif), pencegahan (preventif), dan rehabilitasi (restoratif).

Dalam fiqih, tujuan pemidanaan mencakup 'uqubah, zawajir, dan ishlah.

UU No. 35/2009 : Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika, yang merupakan regulasi utama yang mengatur tentang narkotika di Indonesia. Menggantikan UU No. 22/1997 dan membawa berbagai perubahan signifikan dalam penanganan narkoba.

UU Psikotropika : Undang-Undang Nomor 5 Tahun 1997 tentang Psikotropika yang mengatur tentang pengawasan, peredaran, dan sanksi pidana terkait psikotropika di Indonesia. Undang-undang ini melengkapi UU Narkotika dalam mengatur zat psikoaktif.

Vonis : Putusan hakim yang menyatakan terdakwa bersalah atau tidak bersalah dan menjatuhkan sanksi. Dalam kasus pengguna narkoba, vonis yang ideal adalah putusan yang mengutamakan rehabilitasi daripada hukuman penjara.

War on Drugs : Paradigma "perang melawan narkoba" yang menjadi pendekatan dominan dalam kebijakan narkoba di Indonesia, memandang narkoba sebagai ancaman serius bagi keamanan nasional dan memerlukan pendekatan yang tegas dan represif.

Zat Adiktif : Zat yang dapat menimbulkan ketergantungan fisik dan psikologis pada penggunanya. Selain narkotika dan

		psikotropika, zat adiktif lainnya mencakup alkohol, tembakau, dan berbagai zat kimia yang disalahgunakan.
Zawajir	:	Efek jera yang menjadi tujuan pemidanaan dalam Islam, baik pencegahan umum (mencegah masyarakat dari melakukan kejahatan) maupun pencegahan khusus (mencegah pelaku mengulangi kejahatannya).

BIODATA PENULIS



Dr. H. Andri Ridwan, S.H., M.H.

Dr. H. Andri Ridwan, S.H., M.H. merupakan praktisi hukum sekaligus akademisi yang saat ini mengemban amanah sebagai Koordinator B pada Direktorat Narkotika, Jaksa Agung Muda Tindak Pidana Umum (JAMPIDUM), Kejaksaan Agung Republik Indonesia. Dengan pengalaman panjang di lingkungan Kejaksaan Republik Indonesia sejak tahun 1998, ia dikenal sebagai penegak hukum yang menjunjung tinggi profesionalisme, integritas, dan keadilan yang berlandaskan hati nurani. Berbagai pengalaman sebagai jaksa fungsional, Kepala Seksi, Kepala Kejaksaan Negeri, Asisten, hingga Koordinator telah membentuk kompetensinya dalam penanganan tindak pidana umum, tindak pidana khusus, intelijen, serta tindak pidana narkotika.

Lahir di Kota Padang, Sumatera Barat, pada 11 Desember 1973, Dr. Andri Ridwan merupakan putra dari pasangan Syamsul Yanuar dan Asni binti Abdullah, dengan akar budaya Melayu Kampar, Provinsi Riau, dari garis keturunan ibunya. Masa kecil hingga pendidikan menengah dijalaninya di Bangkinang, Kabupaten Kampar, sebelum melanjutkan studi di Kota Padang. Pendidikan formal ditempuh di SDN

Teladan/001 Langgini, SMP Negeri 2 Bangkinang, SMA Negeri 1 Bangkinang dan SMA Negeri 10 Padang, kemudian menyelesaikan pendidikan Sarjana Hukum di Universitas Bung Hatta Padang, Magister Hukum di Universitas Islam Indonesia (UII) Yogyakarta, serta meraih gelar Doktor pada UIN Siber Syekh Nurjati Cirebon.

Selama menjalankan tugas, Dr. Andri Ridwan dipercaya mengemban berbagai jabatan strategis di sejumlah wilayah Indonesia, antara lain Sumatera Barat, Riau, Sumatera Utara, Maluku, hingga Kejaksaan Agung Republik Indonesia di Jakarta. Filosofi kepemimpinannya menempatkan hukum sebagai instrumen untuk mewujudkan keadilan yang berpihak pada kebenaran, kemanfaatan, dan kepastian hukum. Baginya, seorang penegak hukum tidak hanya dituntut menguasai aspek normatif, tetapi juga harus memiliki kepekaan sosial, integritas moral, dan keberanian menegakkan keadilan secara profesional.

Selain menjalankan tugas sebagai aparat penegak hukum, Dr. Andri Ridwan juga aktif mengembangkan pemikiran ilmiah di bidang hukum pidana, khususnya mengenai kebijakan penanggulangan tindak pidana narkotika. Dalam penyusunan buku Fiqih Narkoba: Perspektif Kesehatan, Keislaman, dan Perundangan, ia berkolaborasi dengan Prof. Dr. Adang Djumhur Salikin, M.Ag., Guru Besar Hukum Islam UIN Siber Syekh Nurjati Cirebon. Kolaborasi ini memadukan perspektif hukum positif, hukum Islam, kesehatan, dan kebijakan publik sehingga menghasilkan pembahasan yang bersifat multidisipliner, komprehensif, dan relevan dengan tantangan penanggulangan narkotika di Indonesia. Sinergi antara pengalaman empiris sebagai praktisi penegakan hukum dan kepakaran akademik di bidang hukum Islam menjadi nilai tambah yang memperkaya kualitas ilmiah buku ini.

Di tengah kesibukan profesinya, Dr. Andri Ridwan tetap menempatkan keluarga sebagai sumber inspirasi dan kekuatan dalam pengabdian. Bersama seorang istri dan dua orang anak,

ia berupaya menjaga keseimbangan antara tanggung jawab profesional dan kehidupan keluarga, serta mengisi waktu luang dengan berbagai kegiatan olahraga. Kepada generasi muda, khususnya calon penegak hukum, ia berpesan agar senantiasa mengabdikan diri kepada bangsa dan negara dengan menjunjung tinggi profesionalisme, integritas, dan hati nurani dalam setiap pelaksanaan tugas.

«"Pengabdian bukan sekadar profesi, melainkan panggilan untuk menjaga keadilan, memberi manfaat bagi masyarakat, dan meninggalkan warisan nilai bagi generasi berikutnya."»

=======ooo=======

BIODATA PENULIS

Prof. Dr. Adang Djumhur Salikin, M.Ag.

Prof. Adang Djumhur Salikin, M.Ag., lahir di Garut pada 21 Maret 1959. Ia meraih gelar Sarjana Muda dan Sarjana dari IAIN "SGD" Bandung (1982 & 1984), Magister dari IAIN-SU Medan (1997), dan Doktor dari UIN Syarif Hidayatullah Jakarta (2004). Pengalamannya diperkaya melalui berbagai program lanjutan, antara lain Visiting Lecturer di Universitas Al-Azhar Mesir, Universitas Ibnu Tufail Maroko, serta PPRA 55 Lemhannas RI.

Saat ini menjabat sebagai Guru Besar UIN Siber Syekh Nurjati Cirebon. Karier akademiknya sejak 1984 mencakup pengabdian di IAIN Cirebon, UMY, dan UNISBA Bandung, dan Pascasarjana UIN Pekalongan. Bersamaan dengan itu, ia pun pernah menduduki jabatan strategis seperti Pembantu Ketua I STAIN Cirebon, Direktur Pascasarjana STAIN Cirebon, dan Ketua STEI Al-Ishlah Cirebon. Ia juga aktif di PUI, MUI, ICMI, KAHMI Jawa Barat, serta pernah menjabat Ketua Dewan Pendidikan Kota Cirebon dua periode. Atas dedikasinya, ia menerima penghargaan Satyalancana Karya Satya X, XX, dan XXX Tahun dari Presiden RI.

Bersama Dr. Yeni Nuiyani, seorang kademisi dan praktisi ekonomi syariah, ia menulis buku "Hukum Ekonomi Syariah Kontemporer: Dinamika dan Adaptasi di Era Digital" sebagai respons terhadap pesatnya pertumbuhan industri keuangan syariah dan tantangan regulasi di tengah disruptsi teknologi. Buku ini menghadirkan konsep hukum ekonomi syariah yang adaptif dan kontekstual, berakar pada prinsip-prinsip fikih muamalah serta nilai-nilai keadilan ekonomi, sekaligus menjadi panduan bagi akademisi, praktisi perbankan syariah, pegiat fintech, regulator, dan masyarakat dalam memahami serta menerapkan hukum ekonomi syariah di era kontemporer.

Baginya, menulis tentang hukum ekonomi syariah kontemporer adalah amanah untuk ikut membangun peradaban ekonomi bangsa, yang berkeadilan dan berkemakmuran.

"Menulis adalah amanah. Setiap kata yang tertulis adalah jejak yang akan dipertanggungjawabkan, baik di hadapan manusia maupun di hadapan Allah SWT."

=======ooo=======

DAPATKAN BUKU INI MELALUI WEBSITE DAN E-COMMERCE GEMILANG PRESS INDONESIA

Website:
https://www.gemilangpress.com

Produk:
https://www.gemilangpress.com/product/fiqih-narkoba-perspektif-kesehatan-keislaman-dan-perundangan/

Shopee:
https://id.shp.ee/7tmiV4Dy