



PARLIMEN MALAYSIA



DR. 15 TAHUN 2026

**PENYATA JAWATANKUASA PILIHAN
WANITA, KANAK-KANAK DAN PEMBANGUNAN
MASYARAKAT
PENYALAHGUNAAN DADAH DALAM KALANGAN
KANAK-KANAK DI MALAYSIA**

KANDUNGAN

KANDUNGAN	i
SINGKATAN	ii
INFOGRAFIK	iv
BAHAGIAN I: PENGENALAN	1
1.1 JAWATANKUASA DAN TERMA RUJUKAN.....	1
1.2 PENDEKATAN TUGAS KERJA.....	3
BAHAGIAN II: LATAR BELAKANG	4
BAHAGIAN III: LIBAT URUS	6
I. TAKLIMAT BERKENAAN PENGLIBATAN KANAK-KANAK DAN KOMUNITI BERISIKO DALAM PENYALAHGUNAAN DADAH: TREND, MODUS OPERANDI PENGEDARAN, EKSPLOITASI JENAYAH DAN CABARAN PENGUATKUASAAN OLEH KEMENTERIAN DALAM NEGERI (KDN)	6
II. TAKLIMAT BERKENAAN PENDEKATAN KESIHATAN AWAM DALAM MENANGANI PENYALAHGUNAAN DADAH DALAM KALANGAN KANAK-KANAK DAN KOMUNITI: SARINGAN, RAWATAN, KESIHATAN MENTAL DAN PEMULIHAN BERSEPADU OLEH KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA (KKM).....	10
BAHAGIAN IV: PERBINCANGAN DAN PENELITIAN	17
I. PENGLIBATAN KANAK-KANAK DAN KOMUNITI BERISIKO DALAM PENYALAHGUNAAN DADAH: TREND, MODUS OPERANDI PENGEDARAN, EKSPLOITASI JENAYAH DAN CABARAN PENGUATKUASAAN OLEH KEMENTERIAN DALAM NEGERI (KDN)	17
II. PENDEKATAN KESIHATAN AWAM DALAM MENANGANI PENYALAHGUNAAN DADAH DALAM KALANGAN KANAK-KANAK DAN KOMUNITI: SARINGAN, RAWATAN, KESIHATAN MENTAL DAN PEMULIHAN BERSEPADU OLEH KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA (KKM)	21
BAHAGIAN V: LAPORAN LAWATAN KERJA JAWATANKUASA	24
BAHAGIAN VI: SYOR JAWATANKUASA	41
BAHAGIAN VII: RUMUSAN JAWATANKUASA	44
BAHAGIAN VIII: PENGHARGAAN	45

SINGKATAN

AADK	Agensi Antidadah Kebangsaan
DAC	Drug Assessment Centre
DIY	<i>Do It Yourself</i>
DSM-V	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IBBS	<i>Integrated HIV Bio-Behavioral Surveillance Survey</i>
JKM	Jabatan Kebajikan Masyarakat
JKP	Jawatankuasa Pilihan
JSJN	Jabatan Siasatan Jenayah Narkotik
KDN	Kementerian Dalam Negeri
KKM	Kementerian Kesihatan Malaysia
MMT	Program Rawatan Methadone
MRT	<i>Mobile Recovery Treatment</i>
MTMD	Majlis Tindakan Membanteras Dadah
NGO	Pertubuhan Bukan Kerajaan
NPS	<i>New Psychoactive Substances</i>
OSCA	One Stop Center for Addiction
PDRM	Polis Diraja Malaysia
PPDK	Program Pemulihan Dalam Komuniti
PPDP	Pusat Pemulihan Dadah Persendirian
PPR	Program Perumahan Rakyat
PUSPEN	Pusat Pemulihan Penagihan Narkotik
SPM	Sijil Pelajaran Malaysia
STD	<i>Sexually Transmitted Disease</i>
THC	<i>Tetrahydrocannabinol</i>

USM	Universiti Sains Malaysia
OSCC	One Stop Crisis Center
PBT	Pihak Berkuasa Tempatan
PDRM	Polis Diraja Malaysia
PEP	<i>Post-Exposure Prophylaxis</i>
PKMD	Pejabat Kebajikan Masyarakat Daerah
PO	<i>Protection Order</i>
PPW	Pusat Perkhidmatan Wanita
PTSD	<i>Post-Traumatic Stress Disorder</i>
QR	<i>Quick Response</i>
S-A-S-O	<i>Suspicion, Ask, Acknowledge, Assess & Options</i>
SCAN	<i>Suspected Child Abuse And Neglect</i>
SOP	Prosedur Operasi Standard
STI	<i>Sexually Transmitted Infection</i>
SWWS	Sarawak Women For Women Society
UNHCR	United Nations High Commissioner For Refugees
W.P.	Wilayah Persekutuan
WCC	Women's Centre for Change
YB	Yang Berhormat



JAWATANKUASA PILIHAN WANITA, KANAK-KANAK DAN PEMBANGUNAN MASYARAKAT PENYALAHGUNAAN DADAH DALAM KALANGAN KANAK-KANAK DI MALAYSIA

DR. 15 TAHUN 2026

Penyalahgunaan dadah dalam kalangan kanak-kanak memberi kesan besar kepada kesihatan, kesejahteraan sosial dan ekonomi keluarga serta komuniti. Dari aspek kesihatan, ia boleh merosakkan fungsi otak, jantung dan hati, mengganggu pertumbuhan fizikal serta menjejaskan perkembangan kognitif dan emosi kanak-kanak. Dari aspek sosial pula, isu ini boleh menyumbang kepada keretakan institusi keluarga, ponteng sekolah, keciciran pelajaran, peningkatan risiko jenayah dan ketidakstabilan komuniti. Pada masa yang sama, penyalahgunaan dadah turut memberi tekanan ekonomi melalui peningkatan kos rawatan, kehilangan produktiviti, beban sistem kebajikan negara dan tekanan kewangan berpanjangan kepada keluarga yang terkesan.

TREND TANGKAPAN KANAK-KANAK BERUMUR 18 TAHUN KE BAWAH BAGI KES BERKAITAN DADAH

TAHUN		
2024	2025	Januari - April 2026
1,207 TANGKAPAN	1,054 TANGKAPAN	406 TANGKAPAN
KES PENGEDARAN		
199 TANGKAPAN	108 TANGKAPAN	36 TANGKAPAN
90 Lelaki 29 Perempuan	76 Lelaki 32 Perempuan	25 Lelaki 11 Perempuan
KES MEMILIKI DADAH		
437 TANGKAPAN	414 TANGKAPAN	166 TANGKAPAN
381 Lelaki 56 Perempuan	350 Lelaki 64 Perempuan	136 Lelaki 30 Perempuan
KES SARINGAN URIN		
651 TANGKAPAN	532 TANGKAPAN	204 TANGKAPAN
563 Lelaki 88 Perempuan	427 Lelaki 105 Perempuan	162 Lelaki 42 Perempuan

LIBAT URUS



Kementerian Dalam Negeri (KDN)



Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM)



Polis Diraja Malaysia (PDRM)

LAWATAN KERJA

- Pusat Pemulihan Penagihan Narkotik (PUSPEN) Kota Bharu, Kelantan
- PUSPEN Karangan, Kulim, Kedah
- PUSPEN Dengkil, Selangor

ISU-ISU UTAMA DAN CABARAN

1



Peralihan daripada dadah organik kepada dadah sintetik jenis baharu atau *New Psychoactive Substances* (NPS), termasuk penggunaan peranti *vape* yang mengandungi bahan disyaki dadah.

2

Modus operandi digital, dengan kadar penembusan telefon pintar dalam kalangan kanak-kanak sekolah yang dinyatakan mencecah 90%, sekali gus membuka ruang manipulasi sindiket melalui *e-Dompet*, *WhatsApp*, *Telegram*, *e-Hailing* dan kurier.



3

Kekangan penguatkuasaan di kawasan Program Perumahan Rakyat (PPR) yang mempunyai kepadatan sehingga empat kali ganda melebihi standard biasa.



4

Kelompokan undang-undang berkaitan trend jus ketamin, termasuk ketiadaan had berat ambang bagi Ketamin di bawah Seksyen 39B Akta Dadah Berbahaya 1952 [Akta 234].



SYOR JAWATANKUASA

- 1 Jawatankuasa mengesyorkan supaya KKM, dengan kerjasama KDN dan PDRM, menyegerakan pindaan terhadap senarai bahan terkawal bagi memasukkan bahan psikoaktif baharu atau *New Psychoactive Substances* yang telah diubah komposisi kimianya oleh sindiket dadah supaya tindakan penguatkuasaan dapat diambil dengan lebih berkesan.
- 2 Jawatankuasa mengesyorkan supaya KKM menyegerakan penetapan *threshold weight* bagi *Ketamin* dan *Nimetazepam* bagi membezakan dengan jelas antara kesalahan pemilikan untuk kegunaan sendiri dengan kesalahan pengedaran dadah.
- 3 Jawatankuasa mengesyorkan supaya AADK dan JSJN, PDRM di bawah KDN memperketat kawalan dan memperkukuh penguatkuasaan terhadap:
 - Bahan kimia dwi-kegunaan yang sah untuk industri tetapi berisiko diseleweng bagi menghasilkan dadah sintetik; dan
 - Pengedaran dadah melalui platform digital, termasuk perkhidmatan penghantaran, e-Dompet, kod QR dan transaksi tanpa alamat tetap.
- 4 Jawatankuasa mengesyorkan supaya kerjasama di antara Jabatan Siasatan Jenayah Narkotik (JSJN), PDRM, Kementerian Pendidikan Malaysia (KPM), KKM dan PBT untuk meningkatkan pemantauan di dalam kawasan dan luar sekolah terhadap dadah yang dibungkus semula dalam bentuk minuman, jus atau paket berwarna-warni, khususnya di kawasan luar sekolah, gerai tepi jalan dan komuniti berisiko.
- 5 Jawatankuasa mengesyorkan supaya pelaporan tahunan oleh AADK, JSJN, PDRM mengenai penglibatan kanak-kanak dalam penyalahgunaan dadah, termasuk data tangkapan, rawatan, pemulihan, lokasi berisiko, jenis bahan dan bentuk intervensi yang telah dilaksanakan bagi dibentangkan dan dibahaskan di Dewan Rakyat.
- 6 Jawatankuasa mengesyorkan supaya wakil-wakil rakyat dijemput ke Majlis Tindakan Membanteras Dadah (MTMD) untuk mendapatkan taklimat berkenaan pelaporan mengenai penglibatan kanak-kanak dalam penyalahgunaan dadah.
- 7 Jawatankuasa mengesyorkan supaya AADK menambahbaik roadmap pencegahan sedia ada, dengan memperluaskan dan memberi penekanan kepada agenda dan program pencegahan penyalahgunaan dadah dalam kalangan kanak-kanak.
- 8 Jawatankuasa mengesyorkan supaya Akta Kanak-kanak 2001 dipinda bagi membolehkan kanak-kanak yang ditangkap bagi kesalahan berkaitan dadah dan kesalahan lain semasa di bawah pengaruh dadah dialihkan (*diversion*) ke institusi AADK sebelum tindakan lanjut diambil.
- 9 Sebelum pindaan Akta Kanak-kanak 2001 diluluskan seperti (item 8), Jawatankuasa mengesyorkan supaya prospek di Sekolah Henry Gurney dan institusi kebajikan kanak-kanak di bawah JKM yang terlibat dengan penyalahgunaan dadah diwajibkan untuk menjalani program rawatan dan pemulihan yang dikendalikan oleh *Mobile Recovery Treatment (MRT)* di bawah AADK.
- 10 Jawatankuasa mengesyorkan supaya KKM dan KPM mempercepat pelaksanaan mekanisme penurunan kuasa penguatkuasaan Akta 852 kepada guru besar, pengetua dan guru disiplin bagi memperkukuh kawalan rokok serta vape di sekolah.
- 11 Jawatankuasa mengesyorkan supaya Kerajaan meneliti semula dasar kawalan vape, termasuk kemungkinan pengharaman secara menyeluruh, memandangkan vape dikenal pasti sebagai medium penyalahgunaan bahan dan pintu masuk kepada penyalahgunaan dadah dalam kalangan pelajar.
- 12 Jawatankuasa mengesyorkan supaya AADK mengkaji semula penggunaan peruntukan yang diterima bagi mengenal pasti keutamaan perbelanjaan yang lebih strategik, khususnya dalam menambah baik kemudahan sedia ada serta memperkukuh pelaksanaan program pencegahan dan pemulihan agar lebih berkesan, tersusun dan responsif terhadap keperluan semasa.

BAHAGIAN I

PENGENALAN

1.1 JAWATANKUASA DAN TERMA RUJUKAN

1. Pada hari Selasa, 12 Ogos 2025, pindaan Peraturan-peraturan Majlis Mesyuarat Dewan Rakyat telah diluluskan oleh Majlis Dewan Rakyat di bawah Peraturan Mesyuarat 80B. Pindaan ini telah menjadikan status 10 Jawatankuasa Pilihan Khas sedia ada sebagai Jawatankuasa Pilihan Tetap yang dikenali sebagai Jawatankuasa Pilihan berkaitan Kementerian. Peraturan Mesyuarat 80B memperuntukkan perkara-perkara seperti yang berikut:
 - i. Hendaklah ada Jawatankuasa-jawatankuasa Pilihan berkaitan Kementerian yang dinamakan sebagaimana yang dinyatakan dalam Jadual yang mengandungi tidak lebih daripada dua belas orang ahli yang dilantik oleh Jawatankuasa Pemilih. Pengerusi dan Naib Pengerusi hendaklah dipilih dalam kalangan ahli jawatankuasa.
 - ii. Semasa ketiadaan Pengerusi dan Naib Pengerusi oleh sebab keuzuran atau sebab-sebab lain, Jawatankuasa hendaklah memilih mana-mana ahli untuk menjadi Pengerusi bagi mempengerusikan mesyuarat Jawatankuasa itu.
 - iii. Kecuali perkara-perkara yang diperiksa oleh Jawatankuasa Kira-Kira Wang Negara di bawah Peraturan Mesyuarat 77(1), menjadi kewajipan Jawatankuasa untuk:
 - a. meneliti Rang Undang-undang berkaitan dengan Kementerian yang telah dibacakan kali yang pertama;
 - b. meneliti usul daripada ahli yang bukan ahli Kerajaan, Rang Undang-undang daripada ahli yang bukan ahli Kerajaan, rayuan-rayuan dan laporan, yang berkaitan dengan Kementerian;
 - c. menyiasat dan melaporkan apa-apa perkara yang berkaitan dengan Kementerian; dan
 - d. melaksanakan apa-apa perkara lain yang diserahkan kepadanya oleh Majlis atau Menteri dari satu masa ke satu masa.

- iv. Jawatankuasa Pemilih boleh dari satu masa ke satu masa meminda Jadual dan pindaan itu hendaklah dibentangkan dalam Majlis.
 - v. Jawatankuasa ini berkuasa memanggil orang hadir di hadapannya atau meminta dikeluarkan surat-surat dan rekod-rekod, dan mengeluarkan penyata kepada Majlis dari satu masa ke satu masa.
2. Penyata Jawatankuasa Pemilih DR. 2 Tahun 2026 yang dibentangkan di Dewan Rakyat pada hari Isnin, 26 Januari 2026 telah melantik:
- i. Yang Berhormat Dato' Sri Sh Mohmed Puzi bin Sh Ali (Ahli Parlimen Pekan) untuk menggantikan Yang Berhormat Datuk Suhaimi bin Nasir (Ahli Parlimen Libaran); dan
 - ii. Yang Berhormat Tuan Tan Hong Pin (Ahli Parlimen Bakri) untuk menggantikan Yang Berhormat Tuan Mordi anak Bimol (Ahli Parlimen Mas Gading).
3. Ahli-ahli Jawatankuasa Pilihan Wanita, Kanak-kanak dan Pembangunan Masyarakat terdiri daripada:
- i. Yang Berhormat Puan Yeo Bee Yin
(Ahli Parlimen Puchong merangkap Pengerusi)
 - ii. Yang Berhormat Puan Hajah Rodziah binti Ismail
(Ahli Parlimen Ampang merangkap Naib Pengerusi)
 - iii. Yang Berhormat Puan Syerleena binti Abdul Rashid
(Ahli Parlimen Bukit Bendera)
 - iv. Yang Berhormat Tuan Mohamad Shafizan Haji Kepli
(Ahli Parlimen Batang Lupar)
 - v. Yang Berhormat Dato' Siti Zailah binti Mohd Yusoff
(Ahli Parlimen Rantau Panjang)
 - vi. Yang Berhormat Dato' Hajah Mumtaz binti Md Nawi
(Ahli Parlimen Tumpat)
 - vii. Yang Berhormat Dr. Hajah Halimah Ali
(Ahli Parlimen Kapar)
 - viii. Yang Berhormat Datuk Hajah Siti Aminah binti Aching
(Ahli Parlimen Beaufort)
 - ix. Yang Berhormat Dato' Haji Shamsulkahar bin Mohd Deli
(Ahli Parlimen Jempol)

- x. Yang Berhormat Tuan Zakri bin Hassan
(Ahli Parlimen Kangar)
- xi. Yang Berhormat Dato' Sri Sh Mohmed Puzi bin Sh Ali
(Ahli Parlimen Pekan)
- xii. Yang Berhormat Tuan Tan Hong Pin
(Ahli Parlimen Bakri)

1.2 PENDEKATAN TUGAS KERJA

1. Jawatankuasa Pilihan (JKP) Wanita, Kanak-kanak dan Pembangunan Masyarakat telah melantik *ex-officio* daripada Kementerian Pembangunan Wanita, Keluarga dan Masyarakat, Kementerian Belia dan Sukan, Kementerian Perpaduan Negara, Kementerian Kemajuan Desa dan Wilayah dan Pejabat Pesuruhjaya Kanak-kanak untuk memberikan nasihat kepada ahli-ahli Jawatankuasa.
2. Jawatankuasa ini telah mengadakan satu mesyuarat dan tiga lawatan kerja mengenai isu Penyalahgunaan Dadah dalam Kalangan Kanak-kanak di Malaysia, perincian adalah seperti yang berikut:
 - i. Mesyuarat telah diadakan pada hari Rabu, 10 Jun 2026 bagi mendapatkan taklimat dan pandangan daripada Kementerian Dalam Negeri (KDN) dan Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM).
 - ii. Lawatan kerja ke Pusat Pemulihan Penagihan Narkotik (PUSPEN) telah diadakan pada ketetapan yang berikut:
 - a. PUSPEN Kota Bahru, Kelantan pada Isnin, 27 April 2024;
 - b. PUSPEN Karangan, Kulim, Kedah pada Rabu, 29 April 2026; dan
 - c. PUSPEN Dengkil, Selangor pada Isnin, 18 Mei 2026.

BAHAGIAN II

LATAR BELAKANG

1. Penyalahgunaan dadah dalam kalangan kanak-kanak semakin kompleks apabila melibatkan eksploitasi jenayah, dadah sintetik, *vape*, pengedaran digital, kelompangan undang-undang serta kelemahan kesinambungan rawatan dan pemulihan, sekali gus menuntut penelitian menyeluruh oleh Jawatankuasa. Justeru itu, pada Mesyuarat Bilangan 1 Tahun 2026 yang diadakan pada hari Selasa, 20 Januari 2026, JKP Wanita, Kanak-kanak dan Pembangunan Masyarakat telah menetapkan untuk membuat pendengaran dan lawatan kerja mengenai isu **Penyalahgunaan Dadah dalam Kalangan Kanak-kanak di Malaysia**.
2. Mesyuarat Bilangan 11 Tahun 2026 telah diadakan pada hari Rabu, 10 Jun 2026 bagi mendapatkan pandangan dan membincangkan mengenai perkara-perkara yang berikut:
 - i. Penglibatan Kanak-kanak dan Komuniti Berisiko dalam Penyalahgunaan Dadah: Trend, Modus Operandi Pengedaran, Eksploitasi Jenayah dan Cabaran Penguatkuasaan oleh KDN seperti **Lampiran A**; dan
 - ii. Pendekatan Kesihatan Awam dalam Menangani Penyalahgunaan Dadah dalam Kalangan Kanak-kanak dan Komuniti: Saringan, Rawatan, Kesihatan Mental dan Pemulihan Bersepadu oleh KKM seperti **Lampiran B**.
3. Tiga lawatan kerja ke PUSPEN telah diadakan bagi mendapatkan pandangan dan membincangkan mengenai penyalahgunaan dadah dalam kalangan kanak-kanak di Malaysia merangkumi lokasi-lokasi yang berikut:
 - i. PUSPEN Kota Bharu, Kelantan;
 - ii. PUSPEN Karangan, Kulim, Kedah; dan
 - iii. PUSPEN Dengkil, Selangor.

**KRONOLOGI SESI LIBAT URUS JKP WANITA, KANAK-KANAK DAN
PEMBANGUNAN MASYARAKAT, DEWAN RAKYAT
PARLIMEN KELIMA BELAS**

Mesyuarat Bilangan 11 Tahun 2026 Rabu, 10 Jun 2026

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Penglibatan Kanak-kanak dan Komuniti Berisiko dalam Penyalahgunaan Dadah: Trend, Modus Operandi Pengedaran, Eksploitasi Jenayah dan Cabaran Penguatkuasaan oleh KDN.• Pendekatan Kesihatan Awam dalam Menangani Penyalahgunaan Dadah dalam Kalangan Kanak-kanak dan Komuniti: Saringan, Rawatan, Kesihatan Mental dan Pemulihan Bersepadu oleh KKM. |
|--|



Lawatan Kerja JKP

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• PUSPEN Kota Bharu, Kelantan pada Isnin, 27 April 2024.• PUSPEN Karangan, Kulim, Kedah pada Rabu, 29 April 2026.• PUSPEN Dengkil, Selangor pada Isnin, 18 Mei 2026. |
|--|

BAHAGIAN III

LIBAT URUS

Ringkasan pembentangan oleh kementerian kepada JKP Wanita, Kanak-kanak dan Pembangunan Masyarakat berkenaan isu Penyalahgunaan Dadah dalam Kalangan Kanak-kanak di Malaysia adalah seperti yang berikut:

I. TAKLIMAT BERKENAAN PENGLIBATAN KANAK-KANAK DAN KOMUNITI BERISIKO DALAM PENYALAHGUNAAN DADAH: TREND, MODUS OPERANDI PENGEDARAN, EKSPLOITASI JENAYAH DAN CABARAN PENGUATKUASAAN OLEH KEMENTERIAN DALAM NEGERI (KDN)

1. KDN memaklumkan bahawa:

1.1. Pada tahun 2026, peningkatan kes jenayah narkotik yang mengeksploitasi golongan bawah umur sebagai pengedar atau “keldai dadah” digital semakin membimbangkan. Berdasarkan data substantif Polis Diraja Malaysia melalui Jabatan Siasatan Jenayah Narkotik, penglibatan golongan bawah umur dalam jenayah narkotik menunjukkan trend kumulatif yang kritikal dan memerlukan perhatian dasar serta penguatkuasaan yang lebih serius.

1.2. Terdapat 4 isu utama dan cabaran yang memerlukan perhatian iaitu:

- a. Peralihan daripada dadah organik kepada dadah sintetik jenis baharu atau *New Psychoactive Substances* (NPS), termasuk penggunaan peranti *vape* yang mengandungi bahan disyaki dadah;
- b. Modus operandi digital, dengan kadar penembusan telefon pintar dalam kalangan kanak-kanak sekolah yang dinyatakan mencecah 90%, sekali gus membuka ruang manipulasi sindiket melalui *e-Dompet*, *WhatsApp*, *Telegram*, *e-Hailing* dan kurier;
- c. Kekangan penguatkuasaan di kawasan Program Perumahan Rakyat (PPR) yang mempunyai kepadatan sehingga empat kali ganda melebihi standard biasa; dan
- d. Kelompangan undang-undang berkaitan trend jus ketamin, termasuk ketiadaan had berat ambang bagi ketamin di bawah Seksyen 39B Akta Dadah Berbahaya 1952 [*Akta 234*].

- 1.3. Trend tangkapan kanak-kanak berumur 18 tahun ke bawah bagi kes berkaitan dadah menunjukkan jumlah tangkapan direkodkan sebanyak 1,207 pada 2024, 1,054 pada 2025 dan 406 bagi tempoh Januari hingga April 2026. Antara kesalahan yang dilakukan ialah pengedaran, memiliki dan saringan urin. Majoriti tangkapan melibatkan remaja kaum Melayu, diikuti oleh komuniti marginal dan rakyat asing.
- 1.4. Tangkapan keseluruhan kanak-kanak bawah 18 tahun bagi 2024 (1,207 tangkapan) yang terdiri daripada 1,034 lelaki dan 173 perempuan adalah seperti yang berikut:
 - 1.4.1. Kes pengedaran mencatatkan 119 tangkapan, terdiri daripada 90 lelaki dan 29 perempuan.
 - 1.4.2. Kes memiliki dadah mencatatkan 437 tangkapan, melibatkan 381 lelaki dan 56 perempuan.
 - 1.4.3. Kes saringan urin mencatatkan 651 tangkapan, terdiri daripada 563 lelaki dan 88 perempuan.
 - 1.4.4. Dari segi bangsa, jumlah tertinggi ialah Melayu dengan 682 tangkapan, diikuti Bumiputera Sabah dan Sarawak sebanyak 214 tangkapan, rakyat asing sebanyak 140 tangkapan, Cina sebanyak 104 tangkapan dan India sebanyak 67 tangkapan.
- 1.5. Manakala jumlah tangkapan kanak-kanak bawah 18 tahun pada 2025 (1,054 tangkapan) seperti yang berikut:
 - 1.5.1. Kes pengedaran mencatatkan 108 tangkapan, terdiri daripada 76 lelaki dan 32 perempuan.
 - 1.5.2. Kes memiliki dadah mencatatkan 414 tangkapan, melibatkan 350 lelaki dan 64 perempuan.
 - 1.5.3. Kes saringan urin mencatatkan 532 tangkapan, terdiri daripada 427 lelaki dan 105 perempuan.
 - 1.5.4. Dari segi bangsa, Melayu mencatatkan jumlah tertinggi iaitu 577 tangkapan, diikuti Bumiputera Sabah dan Sarawak sebanyak 160 tangkapan, rakyat asing sebanyak 159 tangkapan, India sebanyak 88 tangkapan, dan Cina sebanyak 70 tangkapan.

- 1.6. Dalam tempoh Januari hingga April 2026 (406 tangkapan) melibatkan kanak-kanak bawah 18 tahun yang terdiri daripada 323 lelaki dan 83 perempuan direkodkan, seperti yang berikut:
 - 1.6.1. Kes pengedaran mencatatkan 36 tangkapan, terdiri daripada 25 lelaki dan 11 perempuan.
 - 1.6.2. Kes memiliki dadah mencatatkan 166 tangkapan, melibatkan 136 lelaki dan 30 perempuan.
 - 1.6.3. Kes saringan urin mencatatkan 204 tangkapan, terdiri daripada 162 lelaki dan 42 perempuan.
 - 1.6.4. Dari segi bangsa, Melayu mencatatkan 204 tangkapan, Bumiputera Sabah dan Sarawak 77, rakyat asing 52, India 40, dan Cina 33. Jumlah keseluruhan.
- 1.7. Pada 2024, *methamphetamine* mencatatkan jumlah tertinggi iaitu 315 kes, diikuti *amphetamine* sebanyak 188 kes, ketamin sebanyak 61 kes, *benzo* sebanyak 38 kes, *tetrahydrocannabinol* (THC) sebanyak 36 kes dan morfin sebanyak 13 kes.
- 1.8. Pada 2025, *methamphetamine* kekal tertinggi dengan 233 kes, diikuti *amphetamine* 175 kes, ketamin 58 kes, THC 39 kes, *benzo* 17 kes dan morfin 10 kes.
- 1.9. Bagi tempoh Januari hingga April 2026, *amphetamine* mencatatkan jumlah tertinggi sebanyak 91 kes, diikuti *methamphetamine* 75 kes, ketamin 18 kes, THC 12 kes dan *benzo* 2 kes.
- 1.10. Terdapat peralihan kritikal daripada dadah organik kepada dadah sintetik jenis baharu, khususnya NPS. Penggunaan peranti *vape* yang mengandungi bahan disyaki dadah dinyatakan semakin berleluasa dalam kalangan kanak-kanak dan berpotensi menggugat kesihatan mental serta fizikal mereka seawal usia sekolah rendah.
- 1.11. NPS sukar dikesan melalui ujian urin konvensional, manakala *vape* telah menjadi medium baharu pengedaran dadah sintetik di persekitaran sekolah. Oleh itu, pindaan perundangan diperlukan bagi memasukkan NPS dalam senarai bahan terkawal serta mengemas kini protokol ujian saringan di institusi pendidikan.

- 1.12. Kadar penembusan telefon pintar dalam kalangan kanak-kanak sekolah yang mencecah 90%, menjadikan mereka sasaran mudah sindiket siber. Sindiket ini memanipulasi transaksi tanpa tunai melalui e-Dompot, iklan algoritma tertutup, aplikasi mesej terenkripsi seperti *WhatsApp* dan *Telegram* serta penghantaran bungkusan mikro melalui platform *e-Hailing* dan kurier komersial.
- 1.13. Kaedah ini menyukarkan pengesanan melalui rondaan fizikal tradisional. Lambakan bungkusan mikro sukar ditapis di hab kurier.
- 1.14. Terdapat trend terkini sindiket dengan mencampurkan ketamin ke dalam bentuk jus minuman bagi mengaburi mata penguat kuasa, khususnya di pusat hiburan. Kaedah ini membolehkan pengedaran berlaku secara lebih terbuka kerana bahan tersebut sukar dikesan secara fizikal.
- 1.15. Terdapat kelemahan undang-undang sedia ada kerana tiada had berat ambang bagi ketamin untuk diklasifikasikan sebagai kesalahan mengedar di bawah Seksyen 39B Akta 234. Keadaan ini menyebabkan pengedar ketamin berskala besar berisiko hanya dituduh atas kesalahan pemilikan kecil dan bukan kesalahan pengedaran yang membawa hukuman lebih berat.
- 1.16. Cadangan penyelesaian dibahagikan kepada 3 kluster tindakan bersepadu yang bertujuan mengoptimumkan aset sedia ada merentas kementerian tanpa implikasi kos pembangunan yang berlebihan. Ketiga-tiga kluster tersebut dirangka untuk beroperasi secara serentak dan saling menyokong bagi menangani isu dadah dalam kalangan kanak-kanak dari sudut perundangan, pencegahan dan pemulihan, iaitu:
 - 1.16.1. Kluster pertama ialah intervensi perundangan dan dasar yang melibatkan pindaan undang-undang dan semakan dasar.
 - 1.16.2. Kluster kedua ialah intervensi komuniti dan pencegahan yang melibatkan program kesedaran komuniti dan latihan keselamatan digital.
 - 1.16.3. Kluster ketiga ialah intervensi pemulihan dan sokongan sosial, khususnya kebajikan dan psikologi.

II. TAKLIMAT BERKENAAN PENDEKATAN KESIHATAN AWAM DALAM MENANGANI PENYALAHGUNAAN DADAH DALAM KALANGAN KANAK-KANAK DAN KOMUNITI: SARINGAN, RAWATAN, KESIHATAN MENTAL DAN PEMULIHAN BERSEPADU OLEH KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA (KKM)

2. KKM memaklumkan bahawa:

- 2.1. Penyalahgunaan atau penagihan dadah atau bahan di Malaysia bagi 2024, menunjukkan jumlah keseluruhan pengguna dan penagih yang direkodkan ialah 192,857 orang berdasarkan sumber Agensi Antidadah Kebangsaan (AADK), Polis Diraja Malaysia (PDRM), KKM dan Pusat Pemulihan Dadah Persendirian (PPDP).
- 2.2. Dari segi jantina, kumpulan lelaki mencatatkan 84% atau 162,360 orang, manakala perempuan mencatatkan 8% atau 7,731 orang. Dari segi umur, tiada kes direkodkan bagi kategori 10 tahun ke bawah, manakala kategori 10 hingga 19 tahun mencatatkan 13% atau 2,588 orang, kategori 20 hingga 39 tahun mencatatkan 60% atau 114,915 orang, dan kategori 40 tahun ke atas mencatatkan 39% atau 75,354 orang.
- 2.3. Dari segi etnik, majoriti pengguna dan penagih terdiri daripada kaum Melayu, iaitu 75.6% atau 145,877 orang. Kaum Cina mencatatkan 7.7% atau 14,935 orang, kaum India mencatatkan 7.7% atau 14,861 orang, Bumiputera Sabah mencatatkan 4.8% atau 9,322 orang, Bumiputera Sarawak mencatatkan 2.9% atau 5,530 orang dan lain-lain etnik mencatatkan 1.2% atau 2,332 orang.
- 2.4. Dari segi kategori dadah, penyalahgunaan tertinggi melibatkan *amphetamine-type stimulant* seperti *methamphetamine*, *ecstasy* dan *amphetamine*, iaitu 72.5% atau 139,909 orang. Kategori opiat seperti heroin, morfin, *codeine* dan *methadone* mencatatkan 20.6% atau 39,895 orang, *Cannabis* mencatatkan 3.7% atau 7,121 orang, pil psikotropik mencatatkan 1.4% atau 2,789 orang, manakala kategori lain seperti *kratom*, kokain, ketamin, *depressant* dan *hallucinogen* mencatatkan 1.6% atau 3,143 orang.

- 2.5. Penyalahgunaan dadah memberi kesan besar kepada kanak-kanak dan komuniti melalui tiga dimensi utama, iaitu:
- 2.5.1. Dari aspek kesihatan, penyalahgunaan dadah boleh menyebabkan kerosakan organ penting seperti otak, jantung dan hati serta mengganggu pertumbuhan fizikal kanak-kanak sekiranya dadah diambil pada usia muda. Penyalahgunaan dadah juga menjejaskan perkembangan kognitif dan emosi kanak-kanak secara serius.
 - 2.5.2. Dari aspek sosial, penyalahgunaan dadah boleh menyebabkan keretakan institusi keluarga, ponteng sekolah dan keciciran pelajaran, di samping meningkatkan risiko jenayah serta ketidakstabilan sosial dalam komuniti.
 - 2.5.3. Dari aspek ekonomi, isu ini meningkatkan kos rawatan, menyebabkan kehilangan produktiviti dan menambah beban sistem kebajikan negara, manakala keluarga pula terpaksa menanggung tekanan kewangan yang berpanjangan akibat ketagihan.
- 2.6. KKM menekankan bahawa ketagihan dadah perlu dilihat sebagai satu penyakit yang memerlukan rawatan dan pemulihan, selaras dengan kerangka ***Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)***.
- 2.7. Pendekatan kesihatan awam yang digunakan memberi penekanan kepada rawatan berstruktur oleh pegawai perubatan melalui kaedah farmakologi dan bukan farmakologi, termasuk khidmat nasihat, kaunseling dan sokongan sosial.
- 2.8. Dalam ekosistem rawatan ketagihan dadah, KKM berperanan menyediakan penilaian dan rawatan klinikal, menawarkan rawatan farmakologi termasuk **Program Rawatan Methadone (MMT)** yang menyediakan perkhidmatan psikiatri dan kesihatan mental yang berkaitan, serta membantu pesakit mencapai pemulihan dan meningkatkan kualiti hidup.
- 2.9. Sokongan komuniti pula melibatkan kerjasama AADK, badan bukan kerajaan dan sektor swasta.
- 2.10. Perkhidmatan One Stop Center for Addiction (OSCA) diperkenalkan di Malaysia sejak 2014 sebagai perkhidmatan rawatan ketagihan di bawah KKM. Perkhidmatan ini meliputi semua jenis ketagihan dan penyalahgunaan bahan terlarang serta menyediakan saringan, intervensi dan rawatan penyalahgunaan dadah di peringkat kesihatan primer secara komprehensif, holistik dan bersepadu.

- 2.11. OSCA bersifat *community-based* dan berfungsi sebagai pintu kawalan awal bagi mengurangkan kebanjiran kes penyalahgunaan bahan terlarang ke hospital.
- 2.12. Sehingga **2025**, terdapat **131 OSCA** di seluruh negara, mengikut jadual yang berikut:

Bil.	Negeri	OSCA
1.	Johor	50
2.	Sarawak	26
3.	Melaka	17
4.	Wilayah Persekutuan Kuala Lumpur dan Putrajaya	10
5.	Terengganu	8
6.	Kelantan	4
7.	Pahang	4
8.	Negeri Sembilan	3
9.	Kedah	2
10.	Selangor	2
11.	Pulau Pinang	1
12.	Perak	1
13.	Sabah	1
14.	Wilayah Persekutuan Labuan	1
15.	Perlis	1

- 2.13. Perkhidmatan yang disediakan merangkumi intervensi dan rawatan ketagihan, saringan merokok, alkohol, dadah dan bahan, integrasi rawatan bagi HIV, *Sexually Transmitted Disease* (STD), Hepatitis B dan Hepatitis C, serta rujukan kepada perkhidmatan yang berkaitan. Penambahan klinik OSCA dibuat berdasarkan keperluan dan tahap risiko.
- 2.14. OSCA menyediakan rawatan secara *biopsychosocial-spiritual* kepada pesakit yang mengalami ketagihan dadah. Jumlah pesakit yang menerima perkhidmatan OSCA ialah 2,818 orang pada 2023, 2,793 orang pada 2024, dan 1,369 orang bagi tempoh sehingga Jun 2025.
- 2.15. Dari segi kepakaran, terdapat 3 orang pakar perubatan keluarga dengan subkepakaran ketagihan, manakala 2 orang lagi sedang menjalani latihan subkepakaran ketagihan.

- 2.16. MMT yang diperkenalkan di Malaysia sejak Oktober 2005 sebagai salah satu komponen dalam Program Pengurangan Kemudatan (*Harm Reduction Programme*). Program ini bertujuan menangani penularan penyakit bawaan darah seperti HIV dan Hepatitis C dalam kalangan pengguna dadah opioid seperti *Heroin* dan Morfin, selain mengurangkan amalan berisiko seperti perkongsian jarum.
- 2.17. Sehingga 2025, terdapat 465 buah Klinik *Methadone* di seluruh negara, terdiri daripada 404 buah klinik kesihatan, 43 buah hospital kerajaan, 13 penjara atau institusi koreksional dan 5 PUSPEN atau fasiliti AADK.
- 2.18. Bilangan klien dalam MMT ialah 14,558 orang, terdiri daripada 283 wanita dan 14,275 lelaki, seperti yang berikut:
- 2.18.1. Bagi kumpulan umur 20 hingga 29 tahun, terdapat 172 klien, iaitu 8 wanita dan 164 lelaki.
- 2.18.2. Bagi umur 30 hingga 39 tahun, terdapat 2,005 klien, iaitu 55 wanita dan 1,950 lelaki.
- 2.18.3. Bagi umur 40 hingga 49 tahun, terdapat 5,569 klien, iaitu 121 wanita dan 5,448 lelaki.
- 2.18.4. Bagi umur 50 hingga 59 tahun, terdapat 4,390 klien, iaitu 51 wanita dan 4,339 lelaki.
- 2.18.5. Bagi umur 60 tahun dan ke atas, terdapat 2,422 klien iaitu 48 wanita dan 2,374 lelaki.
- 2.19. MMT menunjukkan keberkesanan dari aspek epidemiologi, sosial dan kos. Dari aspek epidemiologi, kes HIV dalam kalangan pengguna dadah suntikan menurun daripada 66% atau 4,038 kes pada 2005 kepada 1.9% atau 55 kes pada 2025. Prevalens HIV dalam kalangan pengguna dadah suntikan berdasarkan *Integrated HIV Bio-Behavioral Surveillance Survey* (IBBS) turut menurun daripada 18.9% pada tahun 2012 kepada 16.3% pada 2014, 13.4% pada 2017, dan 7.5% pada 2022.
- 2.20. Anggaran populasi pengguna dadah suntikan juga menurun daripada 170,000 orang pada 2009 kepada 60,000 orang pada 2022. Selain itu, penagihan opiat berdasarkan data AADK menurun daripada 66.9% pada 2005 kepada 20.7% pada 2024.

- 2.21. Dari aspek sosial, rawatan *methadone* meningkatkan kemampuan bekerja. Kajian KKM pada 2006 menunjukkan peningkatan daripada 47.6% sebelum rawatan kepada 66.3% selepas satu tahun rawatan. Kajian Ramli et al. (2011) menunjukkan peningkatan kemampuan bekerja daripada 70.1% sebelum rawatan kepada 77.6% selepas dua tahun rawatan.
- 2.22. Kajian Norsiah Ali et al. (2016) pula menunjukkan peningkatan kemampuan bekerja daripada 76.3% sebelum rawatan kepada 88.9% selepas rawatan.
- 2.23. Program ini juga mengurangkan kadar pemenjaraan, dengan tangkapan dan lokap menurun daripada 58.3% sebelum rawatan kepada 25.1% selepas rawatan, kadar dipenjara menurun daripada 57% kepada 9.1%, dan kemasukan ke pusat rehabilitasi menurun daripada 27.6% kepada 1.6%.
- 2.24. Dari aspek kos, program ini terbukti kos efektif, dengan anggaran 103,700 jangkitan HIV atau pengurangan 79% dapat dielakkan antara 2006 hingga 2050, melibatkan penjimatan kos sebanyak RM909.5 juta. Pulangan penjimatan kos penjagaan kesihatan dijangka meningkat kepada RM1.13 bagi setiap pelaburan RM1.00 dalam tempoh yang sama.
- 2.25. Sehingga 2025, terdapat 10 buah hospital yang menyediakan rawatan ketagihan di hospital. Hospital tersebut ialah Hospital Sultanah Bahiyah, Alor Setar, Hospital Pulau Pinang, Hospital Raja Permaisuri Bainun, Ipoh, Hospital Kuala Lumpur, Hospital Kajang, Hospital Tuanku Ampuan Rahimah Klang, Hospital Tuanku Jaafar Seremban, Hospital Mesra Bukit Padang, Kota Kinabalu, Hospital Umum Sarawak dan Hospital Pakar Sultanah Fatimah, Muar.
- 2.26. Perkhidmatan ini turut disokong oleh 10 orang pakar psikiatri subkepakaran penagihan. Selain itu, terdapat 1 orang pakar psikiatri dengan *special interest* di Hospital Permai, Johor Bahru.
- 2.27. Pemulihan dadah di bawah AADK dilaksanakan berdasarkan Akta Penagih Dadah (Rawatan dan Pemulihan) 1983 [Akta 238], yang membolehkan individu yang didapati menagih dadah dihantar untuk menjalani pemulihan sama ada secara sukarela atau melalui perintah mahkamah.

- 2.28. Terdapat 2 bentuk utama pemulihan, iaitu PUSPEN dan Program Pemulihan Dalam Komuniti (PPDK). Di seluruh Malaysia, terdapat 30 buah PUSPEN dan 108 buah PPDK. Struktur ini menunjukkan bahawa pemulihan dadah tidak hanya dilaksanakan secara institusi, tetapi juga melalui pendekatan komuniti.
- 2.29. Sektor swasta dan badan bukan kerajaan turut terlibat dalam pemulihan dadah melalui PPDP. PPDP merupakan institusi swasta atau bukan kerajaan yang berdaftar di bawah Menteri Dalam Negeri. Sehingga kini, terdapat 55 PPDP berdaftar di seluruh Malaysia. Pendekatan pemulihan yang digunakan merangkumi pendekatan kerohanian atau keagamaan, *bio-psycho-social-spiritual*, bimbingan dan kaunseling, *psycho-spiritual*, *psycho-social*, *therapeutic community*, terapi kerja dan *Medication Assisted Treatment*.
- 2.30. Penglibatan PPDP memperluas pilihan rawatan dan pemulihan, khususnya bagi individu yang memerlukan pendekatan pemulihan yang berbeza mengikut tahap ketagihan dan keperluan sosial mereka.
- 2.31. Kerjasama strategik antara agensi menjadi asas kepada pelaksanaan rawatan dan pemulihan ketagihan dadah secara integrasi. KKM memberi tumpuan kepada komponen rawatan perubatan dan penilaian klinikal, manakala AADK menyediakan intervensi psikososial dan pemulihan berasaskan komuniti. Kerjasama ini bertujuan memastikan penjagaan berterusan kepada individu yang mengalami ketagihan supaya proses rawatan tidak terhenti pada satu peringkat sahaja. Pendekatan integrasi ini penting kerana ketagihan dadah memerlukan rawatan perubatan, sokongan psikososial, pemulihan komuniti dan susulan berterusan secara serentak.
- 2.32. Terdapat pengukuhan rawatan ketagihan secara integrasi antara agensi, iaitu *Drug Assessment Centre* (DAC), OSCA dan PUSPEN. Bagi kes mandatori seperti tangkapan, operasi dan aduan awam, proses dilaksanakan di bawah Seksyen 6 Akta Penagih Dadah (Rawatan dan Pemulihan) (Pindaan) 2024, termasuk tahanan reman di DAC untuk penilaian dan ujian urin sebelum dirujuk kepada PUSPEN atau program rawatan dan pemulihan dalam komuniti.
- 2.33. Bagi kes sukarela, proses dilaksanakan di bawah Seksyen 8 Akta Penagih Dadah (Rawatan dan Pemulihan) (Pindaan) 2024. Individu boleh melalui AADK Daerah atau DAC, OSCA, atau pusat pemulihan persendirian untuk penilaian, penyediaan pelan rawatan dan pemulihan. Rujukan ke hospital dibuat sekiranya terdapat situasi akut atau kritikal, keperluan rawatan penyakit, atau keperluan kaunseling. Sistem rujukan berintegrasi turut merangkumi rujukan antara fasiliti

dengan OSCA, rujukan pesakit di bawah AADK ke OSCA, rujukan dari OSCA ke pusat pemulihan persendirian atau pertubuhan bukan kerajaan (NGO) berdaftar, serta rujukan hospital ke AADK.

- 2.34. Perkhidmatan kesihatan mental merupakan sebahagian daripada pendekatan kesihatan awam dalam menangani ketagihan dan isu berkaitan penyalahgunaan dadah. Program saringan kesihatan mental di peringkat fasiliti kesihatan primer bermula pada 2007 dan dilaksanakan di semua klinik kesihatan seluruh negara pada 2011.
- 2.35. Program ini bertujuan mengesan awal masalah kesihatan mental di peringkat fasiliti kesihatan primer. Selain saringan fizikal di fasiliti kesihatan, KKM turut menyediakan saringan kesihatan mental digital melalui MyMinda, yang merangkumi saringan kesihatan mental, penjagaan sendiri kesihatan mental dan garis panduan berkaitan.
- 2.36. KKM menekankan pendekatan berasaskan rawatan dan pemulihan sebagai komponen utama kesihatan awam dalam menangani penyalahgunaan dadah.
- 2.37. Pendekatan ini mengutamakan akses kepada rawatan dan pemulihan bagi individu yang mengalami ketagihan dadah. KKM juga memberi penekanan kepada laluan penjagaan bersepadu supaya tiada individu tercicir daripada sistem rawatan dan pemulihan. Matlamat akhir pendekatan ini adalah untuk membantu individu pulih, meningkatkan kualiti hidup dan kembali berfungsi secara produktif dalam masyarakat. Pada masa yang sama, pendekatan ini bertujuan mengurangkan impak penyalahgunaan dadah terhadap kanak-kanak, keluarga dan komuniti.

BAHAGIAN IV

PERBINCANGAN DAN PENELITIAN

Perbincangan antara Kementerian bersama JKP Wanita, Kanak-kanak dan Pembangunan Masyarakat berkenaan isu Penyalahgunaan Dadah dalam Kalangan Kanak-kanak di Malaysia adalah seperti yang berikut:

I. PENGLIBATAN KANAK-KANAK DAN KOMUNITI BERISIKO DALAM PENYALAHGUNAAN DADAH: TREND, MODUS OPERANDI PENGEDARAN, EKSPLOITASI JENAYAH DAN CABARAN PENGUATKUASAAN OLEH KEMENTERIAN DALAM NEGERI (KDN)

Berdasarkan sesi perbincangan dan libat urus yang dijalankan bersama KDN, **Jawatankuasa mengambil maklum isu-isu** yang dibangkitkan seperti yang berikut:

Corak Penggunaan dan Jenis Dadah yang Disalahgunakan

1. *Amphetamine* merujuk kepada pil kuda, iaitu dadah berbentuk pil yang banyak disalahgunakan untuk memberi tenaga dan mengurangkan rasa letih. Pengguna pil kuda boleh berjaga untuk tempoh yang panjang, tidak rasa penat, tidak rasa sakit dan berada dalam keadaan khayal.
2. Kesan penggunaan syabu atau *ice* terhadap pengguna boleh mengalami peningkatan tenaga, tidak mengantuk, tidak rasa sakit, khayal dan mengalami gangguan pertimbangan.
3. Keadaan pengguna dadah yang masih boleh kelihatan normal sekiranya tidak mengambil dadah secara berlebihan, namun pertimbangan mereka tetap terjejas.
4. Harga dan kuantiti penggunaan dadah dalam kalangan penagih telah dibangkitkan, yang mana kuantiti biasa bagi seorang penagih adalah sekitar 0.5 gram hingga 1 gram, manakala harga pasaran boleh berubah antara RM50 hingga RM100. Bagi pil kuda, harga sebiji boleh berada sekitar RM17 hingga RM35 dan pengguna lazimnya mengambil beberapa biji sehari.
5. Isu penggunaan pil *ecstasy* dalam kalangan remaja di pusat hiburan telah dibangkitkan, yang mana pil *ecstasy* masih wujud, namun trend penggunaannya dikatakan telah berkurangan kerana harga yang lebih mahal dan terdapat penggunaan jenis dadah lain di pusat hiburan.

Perkembangan Dadah Sintetik dan Makmal Kecil Tempatan

6. Peralihan trend daripada dadah organik kepada dadah sintetik telah dibangkitkan. Dadah sintetik menjadi lebih membimbangkan kerana boleh diproses dalam ruang kecil, tidak memerlukan kawasan tanaman yang luas dan boleh dihasilkan sekiranya bahan kimia yang sesuai diperolehi.
7. Pembuatan dadah sintetik secara dibuat sendiri (*Do It Yourself*, DIY), yang mana maklumat penghasilan dadah sintetik boleh diperolehi melalui platform terbuka seperti *YouTube*, menjadikan penguatkuasaan lebih mencabar.
8. Sumber bahan kimia untuk menghasilkan dadah sintetik boleh diperolehi melalui penyeludupan atau melalui penyalahgunaan bahan kimia dwi-kegunaan yang pada asalnya sah untuk tujuan industri.
9. Kewujudan makmal kecil atau *clandestine lab* bagi penghasilan dadah sintetik, yang mana trend menunjukkan peningkatan serbuan ke atas makmal kecil boleh menjadi petunjuk kepada trend penghasilan dadah sintetik secara tempatan.

Cabaran Pengesanan, Pengedaran Digital dan Penguatkuasaan

10. Pengesanan bahan *mushroom* atau *psilocybin* dalam ujian saringan air kencing kebiasaannya mungkin hanya menunjukkan keputusan ganja, manakala analisis lanjut oleh Jabatan Kimia diperlukan bagi mengenal pasti elemen bahan lain.
11. Penggunaan teknologi digital dalam pengedaran dadah kini boleh berlaku melalui perkhidmatan kurier, aplikasi penghantaran, pembayaran e-Dompet, kod *Quick Response* (QR) dan transaksi tanpa alamat tetap.
12. Penguatkuasaan terhadap transaksi dadah secara digital sukar dilakukan kerana penghantaran dan pembayaran boleh dibuat melalui pelbagai aplikasi tanpa jejak fizikal yang jelas.
13. Bagi mengenal pasti minuman yang dicampur dadah, sampel perlu dihantar kepada Jabatan Kimia untuk pengesahan sebelum kandungan dadah dapat dipastikan.

Kelompangan Perundangan dalam Kawalan Bahan Dadah

14. Ketum tidak dikategorikan di bawah Akta Dadah Berbahaya 1952, ia disiasat di bawah Akta Racun 1952. Isu kelompangan undang-undang berkaitan ketum telah dibangkitkan juga.
15. Terdapat keperluan pindaan segera bagi memasukkan bahan psikoaktif baharu dalam senarai bahan terkawal kerana sindiket dadah boleh mengubah beberapa komposisi kimia sesuatu bahan sehingga ia tidak termasuk dalam jadual bahan terkawal sedia ada.
16. Ketiadaan had berat (*threshold weight*) bagi ketamin dan *nimetazepam* telah menyukarkan pembezaan antara kesalahan pemilikan untuk kegunaan sendiri dan kesalahan pengedaran.
17. Terdapat keperluan bagi pindaan Akta Dadah Berbahaya 1952 berkaitan ketamin. Perkara ini telah dibawa kepada perhatian KDN dan KKM bagi menetapkan had berat yang sesuai.
18. Penggunaan ketamin dikenal pasti sebagai antara dadah utama yang semakin menular di pusat hiburan, namun ketiadaan had berat menyebabkan pertuduhan yang lebih berat sukar dijalankan.
19. Isu kebertanggungjawaban pemandu penghantaran seperti pemandu *Grab* dalam kes penghantaran dadah turut dibangkitkan. Pertuduhan pengedaran perlu dibuktikan melalui beberapa elemen seperti pengetahuan, kawalan dan pemilikan. Individu yang tidak mengetahui kandungan bungkusan kemungkinan akan menjadi saksi pendakwaan sahaja.

Risiko Pengedaran Dadah dalam Bentuk Minuman kepada Kanak-Kanak

20. Pada masa kini, terdapat dadah yang dibotolkan dan dipaketkan dalam bentuk minuman seperti jus yang menarik, berwarna-warni dan boleh mengelirukan kanak-kanak. Ini menimbulkan risiko pengedaran dadah dalam bentuk minuman berpaket kepada kanak-kanak sekolah. Walaupun kes dikesan di pusat hiburan, kebimbangan utama ialah kemungkinan produk tersebut dijual di luar sekolah, kawasan kampung atau gerai-gerai.
21. Kewujudan sindiket yang membungkus semula dadah dalam bentuk minuman telah dikenalpasti, terdapat beberapa serbuan terhadap lokasi yang menjalankan aktiviti pembungkusan semula dadah untuk dipasarkan.

SYOR JAWATANKUASA

22. **Jawatankuasa mengesyorkan supaya KKM, dengan kerjasama KDN dan PDRM, menyegerakan pindaan terhadap senarai bahan terkawal bagi memasukkan bahan psikoaktif baharu atau *New Psychoactive Substances (NPS)* yang telah diubah komposisi kimianya oleh sindiket dadah supaya tindakan penguatkuasaan dapat diambil dengan lebih berkesan.**
23. **Jawatankuasa mengesyorkan supaya KKM menyegerakan penetapan *threshold weight* bagi ketamin dan *nimetazepam* bagi membezakan dengan jelas antara kesalahan pemilikan untuk kegunaan sendiri dengan kesalahan pengedaran dadah.**
24. **Jawatankuasa mengesyorkan supaya AADK dan Jabatan Siasatan Jenayah Narkotik (JSJN), PDRM di bawah KDN memperketat kawalan dan memperkukuh penguatkuasaan terhadap:**
 - a. **Bahan kimia dwi-kegunaan yang sah untuk industri tetapi berisiko diseleweng bagi menghasilkan dadah sintetik; dan**
 - b. **Pengedaran dadah melalui platform digital, termasuk perkhidmatan penghantaran, e-Dompet, kod QR dan transaksi tanpa alamat tetap.**
25. **Jawatankuasa mengesyorkan supaya kerjasama antara JSJN, PDRM, Kementerian Pendidikan Malaysia (KPM), KKM dan Pihak Berkuasa Tempatan (PBT) untuk meningkatkan pemantauan di dalam kawasan dan luar sekolah terhadap dadah yang dibungkus semula dalam bentuk minuman, jus atau paket berwarna-warni, khususnya di kawasan luar sekolah, gerai tepi jalan dan komuniti berisiko.**
26. **Jawatankuasa mengesyorkan supaya pelaporan tahunan oleh AADK, JSJN, PDRM mengenai penglibatan kanak-kanak dalam penyalahgunaan dadah, termasuk data tangkapan, rawatan, pemulihan, lokasi berisiko, jenis bahan dan bentuk intervensi yang telah dilaksanakan bagi dibentangkan dan dibahaskan di Dewan Rakyat.**
27. **Jawatankuasa mengesyorkan supaya wakil-wakil rakyat dijemput ke Majlis Tindakan Membanteras Dadah (MTMD) untuk mendapatkan taklimat berkenaan pelaporan mengenai penglibatan kanak-kanak dalam penyalahgunaan dadah.**

II. PENDEKATAN KESIHATAN AWAM DALAM MENANGANI PENYALAHGUNAAN DADAH DALAM KALANGAN KANAK-KANAK DAN KOMUNITI: SARINGAN, RAWATAN, KESIHATAN MENTAL DAN PEMULIHAN BERSEPADU OLEH KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA (KKM)

Berdasarkan sesi perbincangan dan libat urus yang dijalankan bersama KKM, **Jawatankuasa mengambil maklum isu-isu** yang dibangkitkan seperti yang berikut:

Data dan Laluan Rujukan Kes Kanak-Kanak Terlibat Dadah

28. Terdapat perbezaan angka antara data kanak-kanak dan remaja bawah 19 tahun dengan data tangkapan polis telah dibangkitkan, yang mana data polis hanya melibatkan kes tangkapan serta siasatan manakala baki kes mungkin direkodkan oleh AADK, KKM atau agensi lain.
29. Kanak-kanak yang terlibat dadah tetapi tidak ditangkap boleh dirawat melalui OSCA serta rawatan komuniti tanpa melalui proses penguatkuasaan.
30. Susulan daripada penguatkuasaan Akta Penagih Dadah (Rawatan dan Pemulihan) 1983 (Pindaan) 2024, **penagih dadah/bahan atau penyalahguna dadah/bahan boleh menyerah diri secara sukarela kini boleh disaring serta ditempatkan di PUSPEN atau pemulihan komuniti.**
31. Pengendalian kanak-kanak bawah umur yang disyaki menagih dadah akan dirujuk oleh sekolah atau keluarga ke hospital, klinik kesihatan atau OSCA mengikut keperluan.

Faktor Risiko Penyalahgunaan Dadah dalam Kalangan Kanak-Kanak

32. Antara faktor yang menyebabkan kanak-kanak mendapat akses kepada dadah ialah pengaruh rakan sebaya, rakan sekampung dan persekitaran komuniti.
33. Kebanyakan penglibatan awal kanak-kanak dalam mencuba dadah adalah bermula dengan tabiat merokok atau *vape*. Tabiat merokok sering menjadi permulaan sebelum remaja beralih kepada bahan lain.
34. Kawasan berpenduduk padat menjadi faktor risiko dan lokasi mudah bagi penyebaran dadah seperti rumah pangsa serta tempat remaja berkumpul.

Vape, Rokok dan Cabaran Penguatkuasaan di Sekolah

35. Penguatkuasaan larangan rokok dan *vape* di sekolah sedang dibincangkan oleh KKM dan KPM untuk menurunkan kuasa penguatkuasaan Akta Kawalan Produk Merokok Demi Kesihatan Awam 2024 [Akta 852] kepada guru besar dan guru disiplin.

36. Penyalahgunaan *vape* sebagai medium penyalahgunaan bahan kerana cecair *vape* mudah dicampur dengan pelbagai bahan serta sukar dikesan kerana perantinya mudah disembunyikan.
37. Isu kelompondan Akta Kawalan Produk Merokok Demi Kesihatan Awam 2024 Akta 852 berkaitan pemilikan *vape* oleh kanak-kanak telah dibangkitkan, yang mana tindakan hanya boleh diambil apabila kanak-kanak disahkan menghisap *vape*, bukan sekadar memiliki peranti *vape*.

Kapasiti dan Keberkesanan Perkhidmatan OSCA

38. Penubuhan OSCA adalah bergantung kepada bilangan kes, kapasiti klinik, kesesuaian lokasi dan pelaksanaan di peringkat negeri. OSCA ditempatkan di klinik kesihatan berdasarkan kesesuaian fasiliti, kapasiti ruang, keperluan setempat dan pertimbangan stigma pesakit.
39. Kekurangan OSCA di Selangor adalah disebabkan kebanyakan klinik kesihatan di Selangor terlalu sesak serta kurang sesuai untuk menempatkan OSCA.
40. Perkhidmatan OSCA menggunakan pegawai serta pakar klinik sedia ada secara giliran mengikut keperluan kes.
41. Pendekatan mesra kanak-kanak bagi kes kanak-kanak sangat kompleks kerana melibatkan keperluan pakar psikiatri kanak-kanak, penafian keluarga dan batasan undang-undang. Penafian keluarga terhadap ketagihan kanak-kanak menjadi cabaran utama kerana rawatan kanak-kanak memerlukan kerjasama keluarga.
42. Rawatan menggunakan Methadone hanya digunakan bagi ketagihan opioid manakala ketagihan lain perlu dinilai melalui rawatan di OSCA.

Penyelarasan Rawatan dan Pemulihan Kanak-Kanak

43. Terdapat 66 kanak-kanak yang terlibat dengan dadah telah ditempatkan di institusi Sekolah Tunas Bakti apabila kes diputuskan bergantung kepada laporan pegawai akhlak serta keputusan mahkamah. Institusi Jabatan Kebajikan Masyarakat (JKM) dilihat kurang bersesuaian bagi mengendalikan kes dadah kerana ia tidak mempunyai kepakaran khusus dalam rawatan ketagihan serta memerlukan sokongan OSCA dan AADK.
44. Kerjasama antara institusi JKM, OSCA dan AADK perlu diwujudkan supaya sesi kolaborasi serta penyelarasan diadakan bagi membantu pemulihan kanak-kanak terlibat dengan penyalahgunaan dadah.

45. *Roadmap* rawatan dan pemulihan kanak-kanak yang terlibat penyalahgunaan dadah perlu diperkasa oleh AADK sebagai agensi utama dan disokong oleh KKM melalui penilaian tahap ketagihan, pelan rawatan dan pemantauan kesihatan.

SYOR JAWATANKUASA

46. **Jawatankuasa mengesyorkan supaya AADK menambahbaik *roadmap* pencegahan sedia ada**, dengan memperluaskan dan memberi penekanan kepada agenda dan program pencegahan penyalahgunaan dadah dalam kalangan kanak-kanak.
47. **Jawatankuasa mengesyorkan supaya Akta Kanak-kanak 2001 [Akta 611] dipinda bagi membolehkan kanak-kanak yang ditangkap bagi kesalahan berkaitan dadah dan kesalahan lain semasa di bawah pengaruh dadah dialihkan (*diversion*) ke institusi AADK sebelum tindakan lanjut diambil.**
48. Sebelum pindaan Akta Kanak-kanak 2001 diluluskan seperti (*item 47*), **Jawatankuasa mengesyorkan supaya prospek di Sekolah Henry Gurney dan institusi kebajikan kanak-kanak di bawah JKM yang terlibat dengan penyalahgunaan dadah diwajibkan untuk menjalani program rawatan dan pemulihan yang dikendali oleh *Mobile Recovery Treatment* (MRT) di bawah AADK.**
49. **Jawatankuasa mengesyorkan supaya KKM dan KPM mempercepat pelaksanaan mekanisme penurunan kuasa penguatkuasaan Akta 852 kepada guru besar, pengetua dan guru disiplin bagi memperkukuh kawalan rokok serta *vape* di sekolah.**
50. **Jawatankuasa mengesyorkan supaya Kerajaan meneliti semula dasar kawalan *vape*, termasuk kemungkinan pengharaman secara menyeluruh**, memandangkan *vape* dikenal pasti sebagai medium penyalahgunaan bahan dan pintu masuk kepada penyalahgunaan dadah dalam kalangan pelajar.
51. **Jawatankuasa mengesyorkan supaya AADK mengkaji semula penggunaan peruntukan yang diterima bagi mengenal pasti keutamaan perbelanjaan yang lebih strategik**, khususnya dalam menambah baik kemudahan sedia ada serta memperkukuh pelaksanaan program pencegahan dan pemulihan agar lebih berkesan, tersusun dan responsif terhadap keperluan semasa.

BAHAGIAN V

LAPORAN LAWATAN KERJA JAWATANKUASA

I. PENGENALAN

1. Laporan ini disediakan bertujuan untuk memaklumkan perjalanan dan hasil lawatan kerja Jawatankuasa Pilihan (JKP) Wanita, Kanak-kanak dan Pembangunan Masyarakat ke Kelantan dan Pulau Pinang yang berlangsung dari 27 hingga 30 April 2026 (Isnin-Khamis). Selain itu, JKP turut mengadakan lawatan ke Kuala Lumpur dan Johor Bahru pada 18 hingga 19 Mei 2026 (Isnin-Selasa). Lawatan ini disertai oleh 8 orang ahli Jawatankuasa diketuai oleh YB Puan Yeo Bee Yin, Ahli Parlimen Puchong selaku Pengerusi JKP. Lawatan yang dilakukan meliputi:
 - 1.1. PUSPEN Kota Bharu, Kelantan.
 - 1.2. PUSPEN Karangan, Kulim, Kedah.
 - 1.3. PUSPEN Dengkil, Selangor.
2. Lawatan kerja ini bertujuan untuk:
 - 2.1. Menyediakan satu pelaporan dalam bentuk Penyata yang akan dibentangkan di Dewan Rakyat bagi isu penyalahgunaan dadah dalam kalangan kanak-kanak di Malaysia.
 - 2.2. Menilai pelaksanaan program rawatan dan pemulihan penagihan dadah di PUSPEN, termasuk pendekatan terapi, program pembangunan sahsiah dan latihan kemahiran bagi membantu penghuni kembali berfungsi dalam masyarakat.
 - 2.3. Mengenal pasti cabaran pelaksanaan program pemulihan serta mekanisme sokongan selepas rawatan, termasuk usaha pemulihan sosial dan peranan keluarga serta komuniti dalam mengurangkan risiko *relapse*.

II. SENARAI DELEGASI

1. YB Puan Yeo Bee Yin (Ahli Parlimen Puchong)
2. YB Puan Hajah Rodziah binti Ismail (Ahli Parlimen Ampang)
3. YB Puan Syerleena binti Abdul Rashid (Ahli Parlimen Bukit Bendera)
4. YB Dato' Siti Zailah binti Mohd Yusoff (Ahli Parlimen Rantau Panjang)
5. YB Dato' Hajah Mumtaz binti Md Nawi (Ahli Parlimen Tumpat)
6. YB Dr. Hajah Halimah Ali (Ahli Parlimen Kapar)
7. YB Tuan Zakri bin Hassan (Ahli Parlimen Kangar)
8. YB Tuan Tan Hong Pin (Ahli Parlimen Bakri)

III. PROGRAM LAWATAN

1. PUSPEN Kota Bharu, Kelantan

- Tarikh: 27 April 2026 (Isnin)
- Masa: 4.00 petang – 6.00 petang

1.1 Latar belakang

- 1.1.1. Pihak PUSPEN Kota Bharu menjelaskan bahawa pusat ini beroperasi sebagai pusat pemulihan secara sukarela, iaitu klien hadir atas kesedaran sendiri atau melalui dorongan keluarga tanpa melibatkan proses tangkapan oleh pihak polis atau arahan mahkamah. Pendekatan ini dilihat lebih mesra keluarga kerana ibu bapa atau penjaga boleh membawa anak atau ahli keluarga mereka untuk mendapatkan rawatan tanpa stigma tangkapan atau rekod jenayah.
- 1.1.2. PUSPEN Kota Bharu mempunyai kapasiti maksimum seramai 150 orang klien, manakala jumlah klien semasa yang dinyatakan adalah sekitar 128 orang. Dalam konteks profil umur, majoriti klien berada dalam lingkungan usia produktif, termasuk klien berumur 19 tahun ke atas. Perkara ini menunjukkan bahawa masalah penyalahgunaan dadah turut memberi kesan kepada tenaga kerja muda negara dan boleh menjejaskan produktiviti ekonomi keluarga serta masyarakat.

- 1.1.3. Klien yang diterima bukan sahaja datang dari Kelantan, tetapi juga dari negeri-negeri lain seperti Terengganu, Pahang, Selangor, Negeri Sembilan, Pulau Pinang, Johor dan Perak. Ini menunjukkan bahawa PUSPEN Kota Bharu turut berfungsi sebagai pusat rujukan yang menerima klien daripada pelbagai latar belakang negeri.
- 1.1.4. Dari aspek pendidikan, terdapat klien yang mempunyai tahap pendidikan rendah dan berisiko tercicir daripada sistem persekolahan. Namun begitu, turut dinyatakan bahawa terdapat juga klien yang mempunyai tahap pendidikan lebih tinggi, sekali gus menunjukkan bahawa isu penyalahgunaan dadah tidak hanya tertumpu kepada satu kelompok sosial atau tahap pendidikan tertentu.
- 1.1.5. Pihak pusat turut memberi perhatian kepada klien bawah 18 tahun, program yang diberikan adalah berdasarkan pakej dan keperluan khusus mengikut kategori umur serta tahap pemulihan.
- 1.1.6. PUSPEN Kota Bharu melaksanakan pendekatan pemulihan yang tidak tertumpu kepada satu program sahaja, sebaliknya merangkumi beberapa elemen pemulihan yang disesuaikan mengikut keperluan klien. Antara pendekatan yang dijalankan termasuk latihan sendiri, disiplin harian, aktiviti komuniti, sokongan psikososial, penglibatan keluarga dan latihan kemahiran.
- 1.1.7. Pihak pusat turut menekankan keperluan merekod perkembangan klien secara harian. Dokumentasi ini penting bagi memastikan setiap pegawai atau pelatih mengetahui perkembangan sebenar klien, khususnya kerana maklumat berkaitan klien tidak boleh dikongsi secara tidak terkawal.
- 1.1.8. Salah satu dapatan penting ialah penglibatan keluarga dilihat sebagai komponen utama dalam proses pemulihan. PUSPEN Kota Bharu mempunyai jawatankuasa keluarga atau mekanisme penglibatan ahli keluarga bagi membolehkan ibu bapa dan penjaga melihat perkembangan anak-anak mereka.
- 1.1.9. Pihak pusat memaklumkan bahawa kehadiran keluarga dalam program yang dianjurkan adalah menggalakkan. Sekiranya terdapat 138 orang klien, majoriti keluarga hadir untuk bersama-sama menyokong proses pemulihan.

- 1.1.10. PUSPEN Kota Bharu turut membantu klien yang masih berminat meneruskan pendidikan, termasuk menduduki Sijil Pelajaran Malaysia (SPM). Walaupun jumlah klien yang mengambil SPM tidak ramai, usaha ini menunjukkan bahawa pusat tidak hanya memberi tumpuan kepada pemulihan ketagihan, tetapi turut membuka ruang pemulihan masa depan melalui pendidikan.
- 1.1.11. Pusat juga melaksanakan beberapa projek kemahiran dan aktiviti produktif seperti penternakan, pertanian serta projek komuniti. Aktiviti seperti ini bertujuan membina disiplin, kemahiran asas, rasa tanggungjawab dan persediaan untuk kembali kepada masyarakat selepas tamat program.
- 1.1.12. PUSPEN Kota Bharu turut menjalin kerjasama dengan pihak luar, termasuk institusi pendidikan seperti Universiti Sains Malaysia (USM). Kerjasama ini melibatkan sokongan psikologi, penglibatan pelajar atau pakar, serta aktiviti berkala bersama klien. Walau bagaimanapun, keberkesanan kerjasama ini perlu terus dipantau supaya tidak sekadar menjadi kerjasama atas kertas atau memorandum persefahaman tanpa pelaksanaan berterusan.

1.2 ISU-ISU YANG DIBANGKITKAN

1.2.1. Kehilangan Potensi Tenaga Kerja Akibat Penyalahgunaan Dadah

Sebahagian besar klien berada dalam lingkungan umur produktif, khususnya 19 tahun ke atas, yang menggambarkan kehilangan potensi tenaga kerja akibat penyalahgunaan dadah. Keadaan ini bukan sahaja memberi kesan kepada individu terlibat, malah turut menjejaskan keluarga, komuniti dan produktiviti ekonomi secara lebih luas.

1.2.2. Keciciran Pendidikan sebagai Faktor Risiko Penyalahgunaan Dadah

Tahap pendidikan sebahagian klien yang rendah atau terputus daripada sistem persekolahan. Keciciran pendidikan meningkatkan risiko keterlibatan dalam gejala penyalahgunaan dadah kerana klien mungkin mempunyai pilihan pekerjaan yang terhad, kurang daya tahan sosial dan kurang akses kepada peluang pembangunan diri.

1.2.3. Stigma Masyarakat Menghalang Intervensi Pemulihan Awal

Masih wujud stigma masyarakat terhadap PUSPEN dan proses pemulihan dadah. Terdapat keluarga yang bimbang anak mereka dilabel, ditangkap atau diperlakukan secara negatif sekiranya mendapatkan rawatan. Persepsi ini boleh menjadi penghalang kepada kemasukan secara sukarela dan melambatkan intervensi awal.

1.2.4. Keperluan Modul Pemulihan Khusus bagi Klien Bawah Umur

Pengendalian klien bawah umur memerlukan pendekatan khusus yang lebih tersusun. Walaupun terdapat program yang disesuaikan mengikut pakej dan keperluan klien, penglibatan remaja bawah 18 tahun memerlukan perlindungan, pendidikan, kaunseling dan pemulihan yang berbeza daripada klien dewasa.

1.2.5. Sokongan Keluarga dalam Proses Pemulihan Klien

Tahap penglibatan keluarga dalam program pemulihan semakin berkurangan. Keadaan ini boleh menjejaskan keberkesanan pemulihan kerana klien memerlukan sokongan keluarga, penerimaan komuniti dan persekitaran yang stabil selepas tamat menjalani program.

1.2.6. Kekangan Sumber Manusia dalam Pelaksanaan Program Pemulihan

Keperluan memperkukuh sumber manusia di PUSPEN. Berdasarkan perbincangan, jumlah kakitangan yang dinyatakan adalah sekitar 41 orang, sedangkan pusat ini mengendalikan jumlah klien yang besar dan memerlukan pelbagai bentuk intervensi termasuk pemulihan, keselamatan, kaunseling, pendidikan dan pemantauan harian.

2. PUSPEN Karangan, Kulim, Kedah

- Tarikh: 29 April 2026 (Rabu)
- Masa: 2.30 petang – 4.30 petang

2.1. Latar belakang

- 2.1.1. PUSPEN Karangan mempunyai sejarah pengoperasian yang panjang. Tapak ini pada asalnya dikenali sebagai Kem Simpang Tiga Karangan sekitar 1960 hingga 1970 sebelum mula beroperasi sebagai Pusat Serenti Karangan pada 1988.
- 2.1.2. Pada tahun 2009, pusat ini telah diwartakan sebagai Pusat Pemulihan Penagihan Narkotik atau PUSPEN. Pada 2019, PUSPEN Karangan telah diwartakan sebagai pusat yang menempatkan penghuni remaja berumur antara 13 hingga 18 tahun. Pada 2024, pusat ini kembali beroperasi selepas penutupan sementara bagi tujuan projek pembinaan sekolah dan naik taraf bangunan.

- 2.1.3. PUSPEN Karangan dikategorikan sebagai salah satu pusat yang mempunyai fungsi khas bagi penghuni remaja, bersama-sama PUSPEN Kota Bharu. Klasifikasi ini penting kerana penghuni remaja memerlukan pendekatan pemulihan yang lebih khusus, berbeza daripada pendekatan terhadap penghuni dewasa, khususnya dari aspek pendidikan, pembentukan sahsiah, kawalan risiko dan reintegrasi keluarga.
- 2.1.4. PUSPEN Karangan yang merangkumi susun atur bangunan, kawasan keselamatan, asrama, sekolah, dewan, klinik, bengkel, surau, stor, galeri, rumah tamu dan kawasan riadah.
- 2.1.5. PUSPEN Karangan menyediakan pelbagai fasiliti utama untuk menyokong proses pemulihan penghuni. Antara fasiliti yang disediakan ialah Dataran Keinsafan, klinik, Surau Al-Hidayah, laman rekreasi, asrama Kompleks A dan B, dewan utama serta dewan makan. Kemudahan ini penting bagi memastikan keperluan asas, kesihatan, ibadah, disiplin harian, aktiviti kelompok dan kebajikan penghuni dapat dilaksanakan secara tersusun.
- 2.1.6. Kemudahan pendidikan yang terdapat di Sekolah PUSPEN Karangan, termasuk bilik darjah, makmal komputer, perpustakaan, dewan terbuka, gelanggang bola tampar dan gelanggang sepak takraw.
- 2.1.7. PUSPEN Karangan mempunyai seramai 73 orang penghuni. Daripada jumlah tersebut, 37 orang berumur antara 13 hingga 17 tahun manakala 36 orang berumur lebih 18 tahun. Majoriti penghuni adalah berbangsa Melayu dan beragama Islam, dengan sebahagian kecil terdiri daripada penghuni India, Cina dan lain-lain bangsa. Dari segi negeri asal, penghuni paling ramai datang dari Kedah, diikuti Perak dan Pulau Pinang.
- 2.1.8. Punca utama penglibatan penghuni ialah pengaruh rakan, diikuti keinginan mencuba, keseronokan dan tekanan perasaan. Dapatan ini menunjukkan bahawa penyalahgunaan dadah dalam kalangan remaja sangat berkait dengan faktor sosial, rakan sebaya dan tekanan emosi.
- 2.1.9. Model i-PULIH merupakan model pemulihan yang merangkumi sembilan elemen utama, iaitu rawatan perubatan dan kesihatan, bimbingan dan kaunseling, psikospiritual, psikopendidikan, sokongan sosial, latihan kemahiran dan vokasional, *recovery coach*, sukan dan rekreasi serta intervensi khas. Model ini menunjukkan pendekatan pemulihan yang bersifat menyeluruh kerana ia tidak hanya memberi tumpuan kepada pemulihan fizikal, tetapi turut melibatkan aspek emosi, kerohanian, pendidikan, kemahiran hidup dan sokongan sosial.

- 2.1.10. Walau bagaimanapun, keberkesanan model ini perlu dinilai secara berterusan berdasarkan hasil sebenar selepas penghuni tamat program, termasuk kadar relaps, penyambungan pendidikan dan penerimaan semula oleh keluarga serta komuniti.
- 2.1.11. Komponen rawatan, perubatan dan kesihatan dilaksanakan melalui penilaian kesihatan, rawatan kesihatan, rawatan doktor lokum serta ceramah kesihatan. Perkhidmatan ini penting kerana penghuni yang terlibat dengan penyalahgunaan dadah lazimnya mempunyai keperluan kesihatan fizikal dan mental yang pelbagai. Pemeriksaan dan pemantauan kesihatan secara berkala perlu menjadi sebahagian daripada proses pemulihan bagi memastikan keadaan penghuni dapat dipantau dengan baik sepanjang tempoh berada di pusat.
- 2.1.12. Pelaksanaan aktiviti bimbingan, kaunseling dan psikopendidikan kepada penghuni, berperanan membantu penghuni memahami punca penglibatan mereka dengan dadah, membina kesedaran diri, mengurus emosi dan membentuk semula tingkah laku. Bagi penghuni remaja, kaunseling dan psikopendidikan perlu dilaksanakan secara konsisten kerana faktor pengaruh rakan, tekanan perasaan dan keinginan mencuba merupakan antara punca utama penglibatan mereka.
- 2.1.13. Komponen psikospiritual dan moral memberi tumpuan kepada pengukuhan nilai, kerohanian, disiplin diri dan pembentukan sahsiah penghuni. Aktiviti yang dilaksanakan di surau dan dalam kumpulan bertujuan membina kesedaran, keinsafan serta tanggungjawab diri.
- 2.1.14. Latihan kemahiran dan vokasional seperti pembuatan baja organik dan penyediaan makanan memberi peluang kepada penghuni untuk memperoleh kemahiran praktikal yang boleh digunakan selepas tamat program pemulihan. Komponen vokasional amat penting kerana penghuni memerlukan kemahiran yang boleh membantu mereka membina keyakinan diri, memperoleh pekerjaan atau menyambung latihan selepas keluar dari PUSPEN.
- 2.1.15. Kursus kemahiran modular yang disediakan merangkumi bidang kimpalan, pemasangan dan penyelenggaraan pendingin hawa serta jahitan.
- 2.1.16. Komponen sukan dan riadah dilaksanakan melalui aktiviti seperti senaman pagi, *explorace*, sukaneka dan sepak raga. Aktiviti fizikal ini berperanan membantu penghuni membina disiplin, meningkatkan kesihatan tubuh badan, mengurus tekanan dan membentuk semangat berpasukan.

- 2.1.17. Analisis pencapaian SPM bagi Program Akses Pendidikan Klien dari 2016 hingga 2025. Data menunjukkan pencapaian yang berubah-ubah mengikut tahun, namun terdapat peningkatan ketara pada 2024 apabila semua 14 calon layak mendapat sijil, iaitu 100%. Pada 2025 pula, seramai 17 daripada 20 calon layak mendapat sijil, bersamaan 85%.
- 2.1.18. Pelaksanaan simulasi ujian lisan Bahasa Melayu sebagai sebahagian daripada persediaan peperiksaan SPM. Aktiviti simulasi ini penting bagi membiasakan calon dengan format peperiksaan sebenar, meningkatkan keyakinan diri dan membantu mereka menguasai kemahiran komunikasi lisan.
- 2.1.19. Pelaksanaan bengkel teknik menjawab bagi mata pelajaran Sejarah SPM yang disampaikan oleh guru berpengalaman. Pendedahan kepada teknik menjawab yang betul dapat membantu calon memahami kehendak soalan, menyusun jawapan dengan lebih baik dan meningkatkan peluang untuk lulus peperiksaan.
- 2.1.20. Bengkel teknik menjawab bagi beberapa mata pelajaran utama, termasuk Pendidikan Islam, Sains dan Bahasa Melayu. Pendekatan ini penting kerana sebahagian penghuni mungkin mempunyai latar belakang pendidikan yang terputus atau tidak konsisten sebelum memasuki pusat pemulihan.
- 2.1.21. PUSPEN Karangan berfungsi bukan sahaja sebagai pusat pemulihan dadah, tetapi juga sebagai institusi intervensi sosial, pendidikan, kesihatan, sahsiah dan kemahiran bagi penghuni remaja. Keberkesanan pusat ini perlu terus diperkukuh melalui pemantauan pasca-pemulihan, sokongan keluarga, kesinambungan pendidikan dan laluan reintegrasi yang jelas selepas penghuni keluar daripada institusi.

2.2. ISU-ISU UTAMA DIBANGKITKAN

2.2.1. Keperluan memastikan pendekatan pemulihan sesuai untuk remaja

- Isu utama yang perlu diberi perhatian ialah sejauh mana modul pemulihan sedia ada benar-benar disesuaikan dengan keperluan remaja. Remaja bukan sekadar “klien kecil” dalam sistem pemulihan dewasa. Mereka mempunyai keperluan perkembangan, psikologi, pendidikan dan perlindungan yang berbeza.

- Oleh itu, modul pemulihan bagi remaja perlu dinilai dari aspek kesesuaian umur, pendekatan berasaskan trauma, perkembangan emosi, risiko eksploitasi, hubungan keluarga, keciciran sekolah dan keperluan perlindungan kanak-kanak.

2.2.2. Cabaran kesinambungan pendidikan dan pengiktirafan pembelajaran

- Walaupun kemudahan pendidikan disediakan, isu yang perlu diberi perhatian ialah kesinambungan pendidikan klien sebelum, semasa dan selepas berada di PUSPEN. Tanpa sistem penyelarasan yang jelas dengan Kementerian Pendidikan Malaysia, sekolah asal, Pejabat Pendidikan Daerah dan agensi berkaitan, klien berisiko mengalami keciciran pendidikan yang berpanjangan.
- Antara perkara yang perlu diperincikan ialah status pendaftaran sekolah klien, pengiktirafan pembelajaran di PUSPEN, akses kepada peperiksaan, pemindahan rekod akademik, sokongan selepas keluar dan laluan kembali ke sekolah atau latihan kemahiran.

2.2.3. Keperluan saringan kesihatan mental dan intervensi *dual* diagnosis

- Penyalahgunaan dadah dalam kalangan remaja sering berkait dengan isu kesihatan mental, trauma, kemurungan, kebimbangan, kecelaruan tingkah laku atau kesan psikosis akibat dadah. Oleh itu, saringan kesihatan mental yang sistematik perlu menjadi komponen wajib dalam proses kemasukan dan pemulihan.
- Isu *dual* diagnosis tidak boleh ditangani secara sambilan. Klien yang mempunyai masalah kesihatan mental memerlukan rawatan klinikal, pemantauan ubat, rujukan psikiatri dan sokongan psikologi yang berterusan. Tanpa intervensi kesihatan mental yang kukuh, pemulihan dadah berisiko menjadi tidak stabil dan kadar relaps boleh meningkat.

2.2.4. Risiko bahan baharu dan pola penggunaan dadah yang semakin kompleks

- Pola penyalahgunaan dadah dalam kalangan remaja semakin berubah, termasuk penggunaan bahan sintetik, *vape* yang dicampur bahan terlarang, ganja, *methamphetamine* dan penggunaan pelbagai jenis bahan secara serentak. Perkembangan ini menimbulkan cabaran kepada sistem saringan, pengesanan, rawatan dan pendidikan pencegahan.
- Saringan urin biasa mungkin tidak mencukupi untuk mengesan semua bahan baharu atau bahan sintetik. Oleh itu, sistem pemulihan dan penguatkuasaan perlu dikemas kini supaya tidak ketinggalan berbanding perubahan pasaran dadah semasa.

2.2.5. Keperluan memperkukuh data keberhasilan pemulihan

- Jawatankuasa berpandangan bahawa keberkesanan PUSPEN tidak boleh diukur hanya berdasarkan kewujudan fasiliti, jumlah klien atau aktiviti yang dilaksanakan. Ukuran sebenar ialah keberhasilan selepas klien keluar, termasuk kadar *relaps*, kesinambungan pendidikan, penyertaan dalam latihan kemahiran, hubungan keluarga, pekerjaan, keselamatan diri dan penglibatan semula dengan komuniti.
- Sehubungan itu, AADK perlu mempunyai sistem data susulan yang lebih kukuh bagi menilai keberkesanan program pemulihan secara objektif. Tanpa data hasil yang jelas, sukar untuk menentukan sama ada program yang dilaksanakan benar-benar memberi perubahan jangka panjang kepada klien.

2.2.6. Keperluan memperkukuh program pasca-pemulihan dan reintegrasi komuniti

- Pemulihan tidak berakhir apabila klien keluar dari PUSPEN. Fasa selepas keluar adalah fasa paling kritikal kerana klien kembali kepada keluarga, komuniti dan persekitaran asal yang mungkin menjadi punca awal penglibatan mereka dengan dadah. Sekiranya pemantauan dan sokongan selepas keluar lemah, risiko *relaps* adalah tinggi.
- Oleh itu, perlu ada mekanisme pasca-pemulihan yang lebih tersusun melibatkan AADK daerah, keluarga, sekolah, komuniti, NGO, kaunselor, pekerja sosial dan pihak berkuasa tempatan. Klien remaja memerlukan pemantauan berterusan, bukan sekadar pelepasan pentadbiran selepas tamat tempoh pemulihan.

2.2.7. Keperluan memperkukuh kapasiti pegawai, kaunselor dan tenaga pengajar

- Keberkesanan pemulihan bergantung kepada kualiti dan kapasiti petugas barisan hadapan. Bagi pusat yang mengendalikan remaja, keperluan pegawai pemulihan, kaunselor, tenaga pengajar, pegawai perubatan, pegawai psikologi dan petugas keselamatan perlu dinilai secara serius.
- Sekiranya bilangan atau latihan pegawai tidak mencukupi, program pemulihan berisiko menjadi rutin pentadbiran semata-mata dan tidak mencapai intervensi yang mendalam. Latihan khusus berkaitan remaja, trauma, kesihatan mental, bahan sintetik, pengurusan krisis dan perlindungan kanak-kanak perlu diberikan secara berterusan.

2.2.8. Keperluan meningkatkan kesedaran masyarakat mengenai rawatan sukarela

- Masih terdapat stigma yang tinggi terhadap rawatan penagihan dadah. Masyarakat sering melihat PUSPEN sebagai tempat hukuman, sedangkan pendekatan pemulihan sepatutnya dilihat sebagai intervensi kesihatan, sosial dan pembangunan semula individu. Kesedaran mengenai laluan rawatan secara sukarela perlu diperkukuh supaya keluarga mendapatkan bantuan lebih awal sebelum masalah menjadi lebih serius.
- Stigma juga boleh menyebabkan keluarga menyembunyikan masalah penagihan anak, menangguhkan rawatan atau hanya mendapatkan bantuan apabila keadaan sudah kritikal.

3. PUSPEN Dengkil, Selangor

- Tarikh: 18 Mei 2026 (Isnin)
- Masa: 2.30 petang-5.00 petang

3.1. Latar belakang lawatan

- 3.1.1. PUSPEN Dengkil mempunyai dua sayap utama, iaitu sayap lelaki dan sayap wanita. Kemasukan klien lelaki dan wanita boleh berlaku secara mandatori melalui perintah mahkamah, manakala kemasukan secara sukarela pula boleh dibuat melalui rujukan keluarga, majikan, NGO, agensi AADK daerah atau secara *walk-in*.

- 3.1.2. Dari segi kapasiti semasa, PUSPEN Dengkil menempatkan seramai 222 orang klien, iaitu 119 orang lelaki dan 103 orang wanita. Jumlah klien wanita dilaporkan semakin meningkat berbanding sebelum ini, apabila bilangan mereka hampir menyamai bilangan klien lelaki.
- 3.1.3. Proses rawatan dan pemulihan di PUSPEN adalah berasaskan 9 komponen utama yang digunakan di seluruh PUSPEN di Malaysia. Klien yang masuk melalui perintah mahkamah akan melalui proses pendaftaran, saringan, dokumentasi dan penempatan awal di asrama pemerhatian selama 14 hari. Selepas itu, klien akan ditempatkan di asrama orientasi selama 3 bulan bagi mengikuti kelas-kelas psiko pendidikan dan intervensi awal.
- 3.1.4. Selepas fasa orientasi, klien akan mengikuti fasa pemulihan yang lebih mendalam, termasuk latihan mengawal pencetus ketagihan, persediaan menghadapi masyarakat selepas keluar, serta penilaian melalui *Client Performing Index* sebelum dipertimbangkan untuk menamatkan rawatan atau meneruskan program pemulihan di peringkat daerah.
- 3.1.5. Bagi klien sukarela, program pemulihan yang dilaksanakan adalah sama, namun tempoh dan penilaian akhir mungkin berbeza bergantung kepada perkembangan individu. Pihak PUSPEN turut memaklumkan bahawa klien sukarela lazimnya menunjukkan tahap kesediaan perubahan diri yang lebih baik berbanding klien yang masuk melalui perintah mahkamah.
- 3.1.6. Terdapat klien yang mengalami psikosis akibat dadah, selain klien yang mempunyai diagnosis sedia ada seperti *skizofrenia* yang menjadi semakin teruk akibat penyalahgunaan dadah. Pada masa taklimat, terdapat 26 orang klien wanita dan 4 orang klien lelaki yang masih mengambil ubat berkaitan 2 diagnosis tersebut.
- 3.1.7. Dari segi perkhidmatan kesihatan, PUSPEN Dengkil mempunyai 2 pusat kesihatan dalaman dengan sokongan pembantu perubatan. Walau bagaimanapun, doktor lokum hanya hadir 2 kali seminggu. Bagi kes yang memerlukan rawatan lanjut, klien akan dirujuk ke hospital berdekatan seperti Hospital Cyberjaya dan Hospital Kajang.
- 3.1.8. PUSPEN Dengkil turut melaksanakan pelbagai aktiviti pemulihan harian termasuk aktiviti kerohanian, psiko pendidikan, latihan kemahiran, vokasional, pertanian, jahitan, seni, muzik, sukan, rekreasi, program keluarga, program transisi dan integrasi komuniti. Antara produk utama latihan kemahiran di PUSPEN Dengkil ialah tanaman *rock melon*, cili, projek nurseri dan jahitan kreatif.

- 3.1.9. Selain itu, PUSPEN turut melaksanakan program *outreach* bagi meningkatkan kesedaran masyarakat bahawa rawatan pemulihan dadah juga boleh diakses secara sukarela. Program pembangunan keluarga pula dilaksanakan bagi membantu ahli keluarga memahami proses pemulihan dan memperkukuh sokongan kepada klien selepas tamat rawatan.

3.2. ISU-ISU UTAMA YANG DIBANGKITKAN

3.2.1. Peningkatan bilangan klien wanita

- Salah satu isu utama yang dibangkitkan ialah peningkatan jumlah klien wanita di PUSPEN Dengkil. Berdasarkan statistik semasa, jumlah klien wanita hampir menyamai jumlah klien lelaki. Perkara ini menunjukkan bahawa penyalahgunaan dadah dalam kalangan wanita semakin membimbangkan dan memerlukan perhatian khusus dari sudut rawatan, pemulihan, keselamatan, kesihatan mental, sokongan keluarga serta reintegrasi sosial.

3.2.2. Isu kesihatan mental dan psikosis akibat dadah

- Pihak PUSPEN memaklumkan bahawa ramai klien yang dihantar ke pusat tersebut mengalami psikosis akibat dadah. Dalam sesetengah keadaan, klien tidak dapat menjawab penilaian awal dengan baik sehingga menyukarkan pihak PUSPEN memasukkan maklumat ke dalam sistem. Terdapat juga klien yang perlu dirujuk semula kepada perkhidmatan psikiatri sebelum boleh diterima semula ke PUSPEN.
- Isu ini menunjukkan bahawa PUSPEN bukan sahaja berhadapan dengan penagihan dadah, tetapi juga kes-kes komorbiditi kesihatan mental yang memerlukan sokongan klinikal lebih menyeluruh.

3.2.3. Cabaran pengesanan dadah sintetik

- Cabaran mengesan penggunaan bahan tertentu seperti *mushroom* dan dadah sintetik melalui ujian urin biasa. Penggunaan *synthetic cannabinoid* dalam *vape* pula boleh memberi keputusan positif ganja, namun terdapat jenis bahan sintetik yang sukar dikesan. Perkara ini menimbulkan cabaran kepada sistem saringan, diagnosis dan intervensi awal.

3.2.4. Penggunaan *polydrug* dalam kalangan klien

- Pihak PUSPEN memaklumkan bahawa walaupun *methamphetamine* merupakan dadah pilihan utama, kebanyakan klien sebenarnya merupakan pengguna pelbagai jenis dadah atau *polydrug user*. Corak penggunaan dadah juga dipengaruhi oleh kemampuan kewangan; apabila mempunyai wang, klien cenderung mengambil *methamphetamine*, manakala apabila kekurangan wang, mereka beralih kepada dadah berasaskan opiat.
- Keadaan ini menunjukkan bahawa pendekatan rawatan tidak boleh bersifat satu dimensi, sebaliknya perlu mengambil kira corak penggunaan dadah yang kompleks dan berubah-ubah.

3.2.5. Peningkatan penggunaan ganja dalam kalangan golongan muda

- Pihak PUSPEN turut memaklumkan bahawa terdapat trend peningkatan pengambilan ganja, khususnya dalam kalangan golongan muda. Perkara ini membimbangkan kerana ia boleh menjadi pintu masuk kepada penyalahgunaan bahan lain serta meningkatkan risiko masalah kesihatan mental dan sosial.

3.2.6. Isu penerimaan dan motivasi klien

- Bagi klien yang masuk melalui perintah mahkamah, terdapat cabaran dari segi penerimaan diri kerana sebahagian mereka melihat kemasukan ke PUSPEN sebagai hukuman. Oleh itu, intervensi khas oleh kaunselor dan pegawai pemulihan diperlukan bagi membantu klien memahami bahawa kemasukan mereka adalah untuk tujuan rawatan dan pemulihan, bukan semata-mata hukuman.

3.2.7. Keperluan pengukuhan fasiliti dan penyelenggaraan

- Terdapat makluman bahawa beberapa bahagian fasiliti, khususnya asrama, memerlukan penyelenggaraan kerana terdedah kepada kerosakan akibat angin dan ribut. Keadaan ini memberi kesan kepada keselesaan, keselamatan dan keberkesanan persekitaran pemulihan klien.

3.2.8. Kefahaman masyarakat terhadap kemasukan sukarela masih rendah

- Pihak PUSPEN memaklumkan bahawa sebahagian besar masyarakat tidak mengetahui bahawa AADK menyediakan rawatan pemulihan secara sukarela. Hal ini menyebabkan peluang mendapatkan bantuan awal mungkin tidak dimanfaatkan sepenuhnya oleh keluarga, majikan atau komuniti.

3.2.9. Peranan keluarga dalam proses pemulihan

- Walaupun terdapat program lawatan keluarga dan program pembangunan keluarga, cabaran kekal wujud dari segi memastikan keluarga benar-benar memahami peranan mereka dalam menyokong pemulihan klien. Dalam sesetengah keadaan, keluarga pada awalnya memaksa klien masuk secara sukarela, namun selepas melihat perubahan positif, keluarga sendiri memohon agar tempoh rawatan dilanjutkan.

IV. CADANGAN PENAMBAHBAIKAN

1. Memperkukuh perkhidmatan kesihatan mental di PUSPEN

Perkhidmatan kesihatan mental di PUSPEN perlu diperkukuh melalui penempatan atau lawatan berkala pakar psikiatri, pegawai psikologi klinikal atau pasukan kesihatan mental komuniti. Ini penting kerana sebahagian klien bukan sahaja mengalami penagihan dadah, tetapi turut mempunyai psikosis akibat dadah atau diagnosis psikiatri sedia ada.

2. Menambahbaik sistem saringan dadah sintetik

AADK bersama KKM dan agensi berkaitan wajar menilai semula kaedah saringan bagi mengesan penggunaan dadah sintetik, *synthetic cannabinoid*, *mushroom* dan bahan psikoaktif baharu. Sistem saringan yang lebih sensitif dan terkini penting bagi memastikan intervensi dapat dibuat berdasarkan maklumat yang tepat.

3. Merangka intervensi khusus untuk klien wanita

Memandangkan jumlah klien wanita semakin meningkat, PUSPEN perlu memperkukuh modul pemulihan berasaskan gender. Modul ini perlu mengambil kira trauma, keganasan rumah tangga, kebergantungan ekonomi, penjagaan anak, stigma sosial, kesihatan reproduktif, kesihatan mental dan cabaran reintegrasi wanita selepas tamat rawatan.

4. **Memperkukuh program vokasional dan kebolehpasaran klien**

Program kemahiran seperti pertanian, jahitan, nurseri, muzik, seni dan projek *repurpose* perlu diperkukuh dengan kerjasama industri, agensi latihan dan majikan. Latihan vokasional perlu dirangka supaya bukan sahaja bersifat terapi, tetapi juga mampu meningkatkan kebolehpasaran dan peluang pekerjaan klien selepas tamat rawatan.

5. **Meningkatkan penyelenggaraan fasiliti**

Penyelenggaraan berkala terhadap asrama, bumbung, kawasan aktiviti dan fasiliti keselamatan perlu diberi keutamaan. Persekitaran fizikal yang selamat, bersih dan kondusif merupakan elemen penting dalam proses pemulihan yang berkesan.

6. **Memperluas hebahan mengenai kemasukan sukarela**

AADK perlu memperluas program *outreach* bagi memaklumkan kepada masyarakat bahawa rawatan pemulihan boleh diperoleh secara sukarela. Hebahan boleh dibuat melalui sekolah, komuniti, masjid, klinik kesihatan, tempat kerja, NGO, media sosial dan pejabat AADK daerah.

7. **Memperkukuh program pembangunan keluarga**

Program pembangunan keluarga perlu diperluas dan dijadikan komponen berstruktur dalam proses pemulihan. Keluarga perlu dilatih untuk memahami penagihan sebagai isu kesihatan dan sosial, mengenal pasti tanda-tanda *relapse*, memberi sokongan emosi serta membantu klien menyesuaikan diri selepas keluar dari PUSPEN.

8. **Mengukuhkan sistem pemantauan selepas tamat rawatan**

Pemantauan selepas tamat rawatan perlu diperkukuh melalui kerjasama antara PUSPEN, AADK daerah, keluarga, komuniti, majikan dan NGO. Ini penting bagi memastikan kesinambungan rawatan, mengurangkan risiko *relapse* dan membantu klien membina kehidupan yang stabil selepas keluar dari pusat pemulihan.

V. KESIMPULAN

1. Secara keseluruhannya, lawatan ke PUSPEN menunjukkan bahawa pusat ini memainkan peranan penting dalam ekosistem pemulihan penagihan dadah dalam kalangan remaja di Malaysia. Kewujudan fasiliti pendidikan, asrama, klinik, aktiviti psikospiritual, latihan kemahiran, sukan dan riadah menunjukkan bahawa pendekatan pemulihan yang dilaksanakan tidak hanya tertumpu kepada kawalan, tetapi turut merangkumi pembangunan semula diri klien.
2. Walau bagaimanapun, kekuatan fasiliti tidak boleh dianggap sebagai bukti mencukupi bahawa pemulihan telah berkesan. Keberkesanan sebenar perlu dinilai melalui data hasil selepas klien keluar, termasuk kesinambungan pendidikan, pengurangan relaps, sokongan keluarga, integrasi komuniti dan keupayaan klien membina kehidupan baharu yang stabil.
3. Jawatankuasa berpandangan bahawa PUSPEN perlu terus diperkukuh sebagai model pemulihan remaja yang bersepadu, tetapi penambahbaikan mesti diberi tumpuan kepada empat perkara utama, iaitu pengukuhan modul khusus remaja, kesinambungan pendidikan, saringan kesihatan mental yang sistematik dan program pasca-pemulihan yang lebih berstruktur. Tanpa keempat-empat elemen ini, proses pemulihan berisiko terhenti di dalam institusi sahaja dan tidak cukup kuat untuk melindungi klien apabila mereka kembali kepada masyarakat.
4. Sehubungan dengan itu, dapatan lawatan ini wajar dijadikan asas kepada penelitian lanjut terhadap dasar pemulihan dadah remaja, termasuk penyelarasan antara AADK, KPM, KKM, JKM, keluarga, komuniti dan NGO bagi memastikan pemulihan yang lebih menyeluruh, berkesan dan berteraskan kepentingan terbaik untuk mereka yang terlibat.

BAHAGIAN VI

SYOR JAWATANKUASA

Setelah mengkaji dan meneliti isu-isu yang dibangkitkan dalam mesyuarat-mesyuarat dan program taklimat yang telah dijalankan, berikut adalah **dapatan utama Jawatankuasa**:

1. Trend penyalahgunaan dadah telah beralih daripada dadah organik kepada dadah sintetik, termasuk NPS, *methamphetamine*, *amphetamine*, ketamin dan bahan yang dicampur dalam *vape* atau minuman.
2. Penggunaan *vape* sebagai medium baharu penyalahgunaan bahan turut menimbulkan kebimbangan kerana cecair *vape* boleh dicampur dengan bahan terlarang, mudah disembunyikan dan semakin hampir dengan persekitaran sekolah.
3. Penglibatan kanak-kanak dan remaja dalam penyalahgunaan dadah semakin membimbangkan, bukan sahaja sebagai pengguna, tetapi turut dieksploitasi sebagai pengedar atau “keldai dadah” digital.
4. Pengedaran dadah kini semakin bergantung kepada teknologi digital, termasuk penggunaan e-Dompet, kod QR, *WhatsApp*, *Telegram*, *e-Hailing*, kurier komersial dan transaksi tanpa alamat tetap. Keadaan ini menyukarkan penguatkuasaan melalui kaedah rondaan fizikal tradisional kerana transaksi, komunikasi dan penghantaran boleh berlaku secara terpisah dan sukar dijejaki.
5. Keadaan ini menunjukkan bahawa isu dadah dalam kalangan kanak-kanak tidak lagi boleh dilihat sebagai masalah disiplin atau kes terpencil, sebaliknya merupakan isu perlindungan kanak-kanak, keselamatan komuniti dan kesihatan awam.

Berdasarkan perbincangan dan penelitian yang telah dijalankan, berikut adalah **syor-syor Jawatankuasa**:

1. **Jawatankuasa mengesyorkan supaya KKM, dengan kerjasama KDN dan PDRM, menyegerakan pindaan terhadap senarai bahan terkawal bagi memasukkan bahan psikoaktif baharu atau *New Psychoactive Substances (NPS)* yang telah diubah komposisi kimianya oleh sindiket dadah supaya tindakan penguatkuasaan dapat diambil dengan lebih berkesan.**
2. **Jawatankuasa mengesyorkan supaya KKM menyegerakan penetapan *threshold weight* bagi ketamin dan *nimetazepam* bagi membezakan dengan jelas antara kesalahan pemilikan untuk kegunaan sendiri dengan kesalahan pengedaran dadah.**

3. **Jawatankuasa mengesyorkan supaya AADK dan Jabatan Siasatan Jenayah Narkotik (JSJN), PDRM di bawah KDN memperketat kawalan dan memperkukuh penguatkuasaan terhadap:**
 - a. **Bahan kimia dwi-kegunaan yang sah untuk industri** tetapi berisiko diseleweng bagi menghasilkan dadah sintetik; dan
 - b. **Pengedaran dadah melalui platform digital**, termasuk perkhidmatan penghantaran, e-Dompet, kod QR dan transaksi tanpa alamat tetap.
4. **Jawatankuasa mengesyorkan supaya kerjasama antara JSJN, PDRM, KPM, KKM dan PBT untuk meningkatkan pemantauan di dalam kawasan dan luar sekolah terhadap dadah yang dibungkus semula dalam bentuk minuman, jus atau paket berwarna-warni, khususnya di kawasan luar sekolah, gerai tepi jalan dan komuniti berisiko.**
5. **Jawatankuasa mengesyorkan supaya pelaporan tahunan oleh AADK, JSJN, PDRM mengenai penglibatan kanak-kanak dalam penyalahgunaan dadah**, termasuk data tangkapan, rawatan, pemulihan, lokasi berisiko, jenis bahan dan bentuk intervensi yang telah dilaksanakan bagi dibentangkan dan dibahaskan di Dewan Rakyat.
6. **Jawatankuasa mengesyorkan supaya wakil-wakil rakyat dijemput ke Majlis Tindakan Membanteras Dadah (MTMD) untuk mendapatkan taklimat berkenaan pelaporan mengenai penglibatan kanak-kanak dalam penyalahgunaan dadah.**
7. **Jawatankuasa mengesyorkan supaya AADK menambahbaik *roadmap* pencegahan sedia ada**, dengan memperluaskan dan memberi penekanan kepada agenda dan program pencegahan penyalahgunaan dadah dalam kalangan kanak-kanak.
8. **Jawatankuasa mengesyorkan supaya Akta Kanak-kanak 2001 dipinda bagi membolehkan kanak-kanak yang ditangkap bagi kesalahan berkaitan dadah dan kesalahan lain semasa di bawah pengaruh dadah dialihkan (*diversion*) ke institusi AADK sebelum tindakan lanjut diambil.**
9. Sebelum pindaan Akta Kanak-kanak 2001 diluluskan seperti (*item 8*), **Jawatankuasa mengesyorkan supaya prospek di Sekolah Henry Gurney dan institusi kebajikan kanak-kanak di bawah JKM yang terlibat dengan penyalahgunaan dadah diwajibkan untuk menjalani program rawatan dan pemulihan yang dikendali oleh *Mobile Recovery Treatment* (MRT) di bawah AADK.**

10. **Jawatankuasa mengesyorkan supaya KKM dan KPM mempercepat pelaksanaan mekanisme penurunan kuasa penguatkuasaan Akta 852** kepada guru besar, pengetua dan guru disiplin bagi memperkukuh kawalan rokok serta *vape* di sekolah.
11. **Jawatankuasa mengesyorkan supaya Kerajaan meneliti semula dasar kawalan *vape*, termasuk kemungkinan pengharaman secara menyeluruh,** memandangkan *vape* dikenal pasti sebagai medium penyalahgunaan bahan dan pintu masuk kepada penyalahgunaan dadah dalam kalangan pelajar.
12. **Jawatankuasa mengesyorkan supaya AADK mengkaji semula penggunaan peruntukan yang diterima bagi mengenal pasti keutamaan perbelanjaan yang lebih strategik,** khususnya dalam menambah baik kemudahan sedia ada serta memperkukuh pelaksanaan program pencegahan dan pemulihan agar lebih berkesan, tersusun dan responsif terhadap keperluan semasa.

BAHAGIAN VII

RUMUSAN JAWATANKUASA

Secara keseluruhannya, Jawatankuasa mendapati bahawa penyalahgunaan dadah dalam kalangan kanak-kanak di Malaysia merupakan isu yang kompleks, merentas aspek penguatkuasaan, kesihatan awam, perlindungan kanak-kanak, pendidikan, keluarga dan komuniti. Ancaman semasa bukan lagi tertumpu kepada penggunaan dadah secara konvensional, sebaliknya telah berkembang kepada dadah sintetik, *vape*, transaksi digital, eksploitasi kanak-kanak oleh sindiket serta penyamaran dadah dalam bentuk produk harian seperti minuman berpakat.

Jawatankuasa berpandangan bahawa pendekatan sedia ada masih terlalu terpecah mengikut bidang kuasa agensi. PDRM memberi tumpuan kepada penguatkuasaan, KKM kepada rawatan klinikal, AADK kepada pemulihan, JKM kepada perlindungan dan KPM kepada sekolah. Namun, bagi kes kanak-kanak, pemisahan fungsi ini tidak mencukupi sekiranya tiada laluan rujukan bersepadu yang jelas dari peringkat pengesanan awal, saringan, rawatan, perlindungan, pendidikan, pemulihan sehingga pemantauan selepas keluar institusi.

Tanpa pembaharuan yang lebih tegas dan selaras, kanak-kanak yang terlibat dengan dadah akan terus berisiko terperangkap dalam kitaran penggunaan, eksploitasi, keciciran pendidikan, masalah kesihatan mental, jenayah dan relaps. Oleh itu, isu ini perlu ditangani bukan semata-mata sebagai masalah narkotik, tetapi sebagai isu perlindungan masa depan kanak-kanak dan pembangunan sosial negara.

BAHAGIAN VIII

PENGHARGAAN

1. Jawatankuasa merakamkan setinggi-tinggi penghargaan kepada semua pihak yang terlibat yang telah memberikan kerjasama dengan mengemukakan pandangan serta cadangan yang berkaitan mengenai Penyalahgunaan Dadah dalam Kalangan Kanak-kanak di Malaysia.
2. Sekalung penghargaan kepada Ahli-ahli Jawatankuasa Pilihan Wanita, Kanak-kanak dan Pembangunan Masyarakat telah meneliti mengenai Penyalahgunaan Dadah dalam Kalangan Kanak-kanak di Malaysia.
3. Selain itu, Jawatankuasa ini merakamkan penghargaan kepada kementerian dan jabatan seperti yang berikut:
 - i. Parlimen Malaysia;
 - ii. Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM);
 - iii. Kementerian Dalam Negeri (KDN);
 - iv. Kementerian Pembangunan Wanita, Keluarga dan Masyarakat;
 - v. Polis Diraja Malaysia (PDRM); dan
 - vi. Jabatan Kebajikan Masyarakat (JKM)

atas sumbangan yang diberikan untuk memastikan fungsi dan peranan Jawatankuasa ini dilaksanakan berlandaskan kepada terma rujukan selaras dengan tujuan penubuhannya serta sumbangan demi menjayakan usaha Jawatankuasa ini untuk mendapatkan pandangan berkenaan Penyalahgunaan Dadah dalam Kalangan Kanak-kanak di Malaysia.

LAMPIRAN

MESYUARAT JAWATANKUASA PILIHAN WANITA, KANAK-KANAK DAN PEMBANGUNAN MASYARAKAT

KESELAMATAN DIGITAL DAN KESIHATAN MENTAL KANAK-KANAK DI MALAYSIA

NO	LAMPIRAN	DOKUMEN	MUKA SURAT
1.	Lampiran A	Pembentangan berkenaan Penglibatan Kanak-kanak dan Komuniti Berisiko dalam Penyalahgunaan Dadah: Trend, Modus Operandi Pengedaran, Eksploitasi Jenayah dan Cabaran Penguatkuasaan oleh Kementerian Dalam Negeri (KDN).	1
2.	Lampiran B	Pembentangan berkenaan Pendekatan Kesihatan Awam dalam Menangani Penyalahgunaan Dadah dalam Kalangan Kanak-kanak dan Komuniti: Saringan, Rawatan, Kesihatan Mental dan Pemulihan Bersepadu oleh Kementerian Kesihatan (KKM).	13
3.	Lampiran C	Data Tambahan: Laporan Impak Pelaksanaan Pindaan Akta Penagih Dadah (Rawatan dan Pemulihan) 1983 ke atas Trend Jumlah Kemasukan Penagih atau Penyalah Guna Secara Sukarela atau Mandatori Bagi Tempoh Januari hingga Mac 2026	21
4.	Lampiran D	Rangkuman Gambar Sepanjang Mesyuarat Jawatankuasa Pilihan Wanita, Kanak-kanak dan Pembangunan Masyarakat Bilangan 11 Tahun 2026 di Parlimen Malaysia.	24

Penglibatan Kanak-Kanak dan Komuniti Berisiko dalam Penyalahgunaan Dadah

Trend Terkini, Modus Operandi Pengedaran, Eksploitasi Jenayah dan Cabaran Penguatkuasaan

JAWATANKUASA PILIHAN PARLIMEN KELIMA BELAS

MESYUARAT BIL. 10 & 11 TAHUN 2026



Tujuan Kertas Ini

Kepada Siapa

Jawatankuasa Pilihan Wanita, Kanak-kanak dan Pembangunan Masyarakat Parlimen Kelima Belas

Skop Pemakluman

Kertas ini bertujuan untuk memaklumkan mengenai trend terkini, modus operandi eksploitasi, serta strategi komprehensif bagi menangani penglibatan kanak-kanak dan komuniti berisiko dalam aktiviti penyalahgunaan serta pengedaran dadah.

① Punca Kuasa: Surat/E-mel Jemputan KDN Bil. KPN(PR)56/819 bertarikh 5 Jun 2026

Latar Belakang & Analisis Statistik Semasa

Senario Semasa (2026): Peningkatan kes jenayah narkotik yang mengeksploitasi golongan bawah umur sebagai pengedar (keldai dadah) digital semakin membimbangkan. Berdasarkan data substantif Polis Diraja Malaysia (PDRM) melalui Jabatan Siasatan Jenayah Narkotik (JSJN), penglibatan jenayah narkotik golongan bawah umur merekodkan trend kumulatif yang kritikal.

2



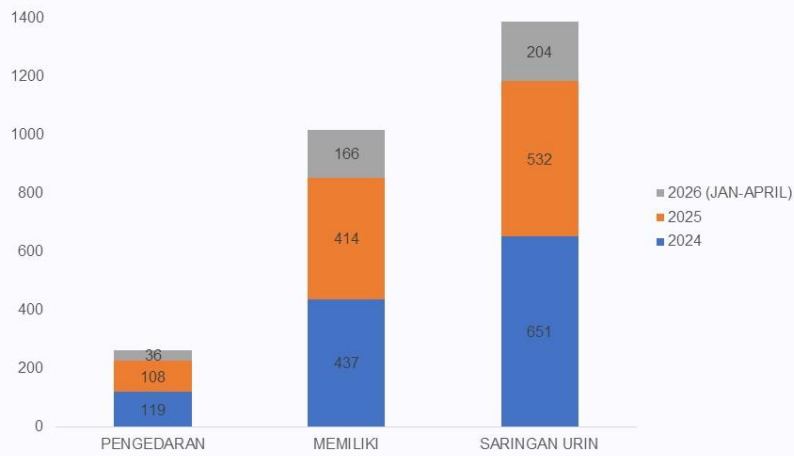
Empat Isu & Cabaran

Empat isu yang disokong oleh data silang agensi dan risikan taktikal penguatkuasaan yang memerlukan perhatian serius Jawatankuasa

- Trend Dadah Sintetik**
Peralihan drastik daripada dadah organik ke dadah sintetik jenis baharu (New Psychoactive Substances - NPS) serta penggunaan peranti vape yang mengandungi bahan disyaki dadah.
- Modus Operandi Digital**
Kadar penetrasi telefon pintar dalam kalangan kanak-kanak sekolah kini mencecah 90%. Sindiket memanipulasi transaksi tanpa tunai (e-wallet), aplikasi WhatsApp/Telegram, dan logistik mikro (e-hailing/kurier).
- Lompang Undang-Undang & Trend Jus Ketamin**
Sindiket mencampurkan Ketamin ke dalam bentuk jus minuman untuk mengaburi mata penguatkuasa. Tiada had berat ambang (threshold weight) bagi Ketamin di bawah Seksyen 39B ADB 1952.
- Kekangan Penguatkuasaan**
Kawasan Program Perumahan Rakyat (PPR) mempunyai kadar kepadatan sehingga 4 kali ganda melebihi standard biasa, mencetuskan korelasi tinggi antara keciciran sekolah, kemiskinan tegar, dan kelemahan pengawasan komuniti.

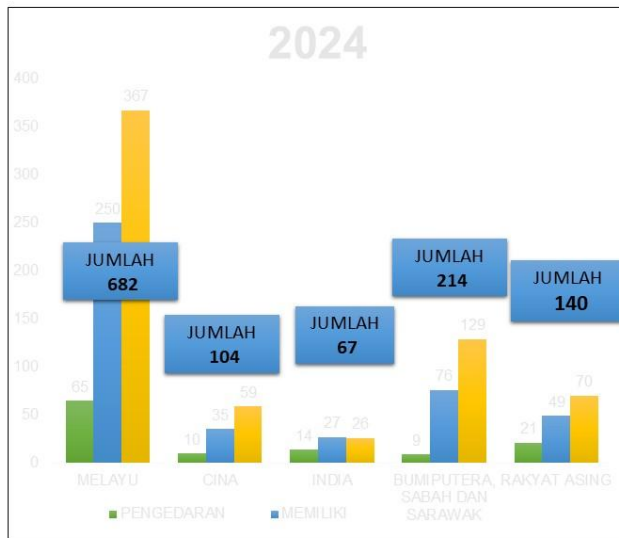
3

Data Tangkapan — Umur 18 Tahun ke Bawah



Jumlah keseluruhan tangkapan merekodkan **1,208 tangkapan pada 2024**, **1,054 tangkapan pada 2025**, dan **406 tangkapan dalam tempoh 4 bulan pertama 2026**. Majoriti pelaku didominasi oleh remaja kaum Melayu, diikuti oleh komuniti marginal dan rakyat asing.

4

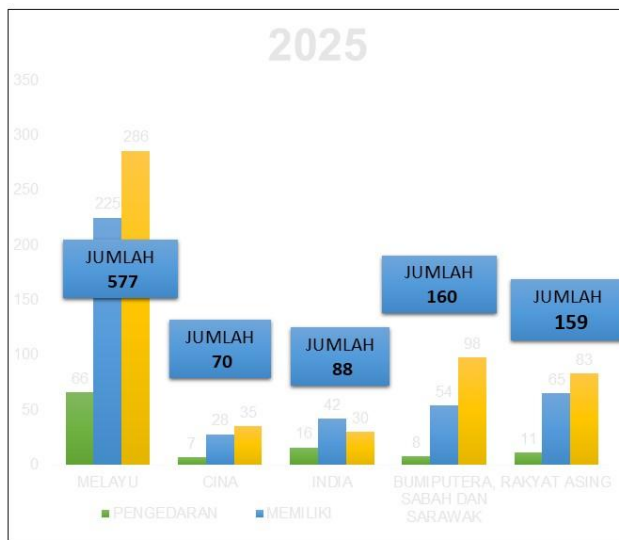


Tangkapan Keseluruhan Kanak-Kanak Bawah 18 Tahun



[KLIK SINI](#)

5

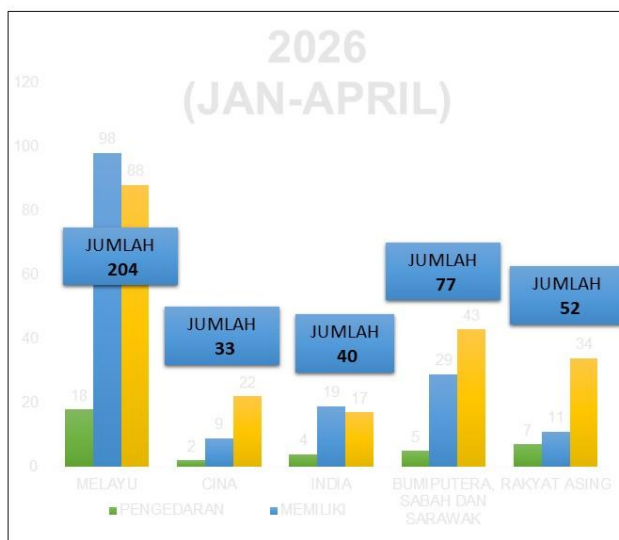


Tangkapan Keseluruhan Kanak-Kanak Bawah 18 Tahun



[KLIK SINI](#)

6



Tangkapan Keseluruhan Kanak-Kanak Bawah 18 Tahun



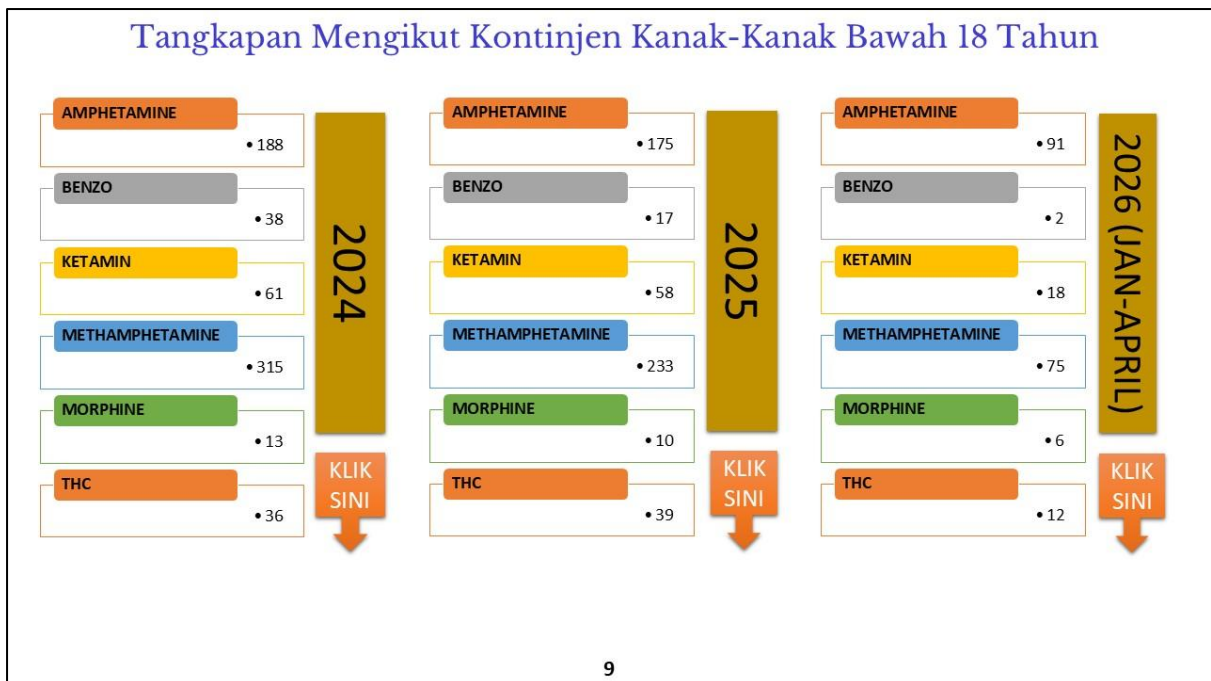
[KLIK SINI](#)

7

Tangkapan Mengikut Jenis Dadah Kanak-Kanak Bawah 18 Tahun



Tangkapan Mengikut Kontinjen Kanak-Kanak Bawah 18 Tahun





Trend Dadah Sintetik

Peralihan Kritikal

Peralihan drastik daripada dadah organik ke dadah sintetik jenis baharu — **New Psychoactive Substances (NPS)** — serta penggunaan peranti vape yang mengandungi bahan disyaki dadah semakin berleluasa dalam kalangan kanak-kanak.

⚠ Menggugat kesihatan mental dan fizikal kanak-kanak pada usia seawal sekolah rendah.

Implikasi Kepada Jawatankuasa Parlimen

- Kanak-kanak terdedah kepada bahan NPS yang sukar dikesan melalui ujian urin konvensional
- Vape menjadi medium baharu pengedaran dadah sintetik dalam persekitaran sekolah
- Memerlukan pindaan perundangan segera untuk memasukkan NPS dalam senarai bahan terkawal
- Keperluan mengemaskini protokol ujian saringan di institusi pendidikan

10



Modus Operandi Digital

90% Penembusan Telefon Pintar

Data MCMC: Kadar penembusan telefon pintar dalam kalangan kanak-kanak sekolah kini mencecah 90%, menjadikan mereka sasaran mudah sindiket siber.

Transaksi e-wallet

Sindiket memanipulasi transaksi tanpa tunai (e-wallet) dan iklan algoritma tertutup untuk mengelak pengesanan penguatkuasa.

WhatsApp/Telegram

Aplikasi mesej terenkripsi digunakan untuk koordinasi pengedaran dan arahan logistik, manakala transaksi kewangan digital dimanipulasi bagi menyembunyikan identiti dalang utama daripada dikesan pihak berkuasa.

Logistik Mikro e-hailing/Kurier

Penghantaran bungkusan mikro melalui platform e-hailing dan kurier komersial menjadikan pengesanan hampir mustahil dengan kaedah rondaan fizikal tradisional.

⚠ Lambakan bungkusan mikro sukar ditapis di hab kurier, manakala ketiadaan pusat pemulihan khusus bawah umur menyebabkan penagih muda bercampur dengan dewasa — risiko recidivism yang tinggi.

11



Lompang Undang-Undang & Trend Jus Ketamin

Taktik Pusat Hiburan

Sindiket mencampurkan **Ketamin** ke dalam bentuk jus minuman untuk mengaburi mata penguatkuasa. Kaedah ini membolehkan pengedaran berlaku secara terbuka di pusat hiburan tanpa dapat dikesan dengan mudah.

Kelemahan Akta Sedia Ada

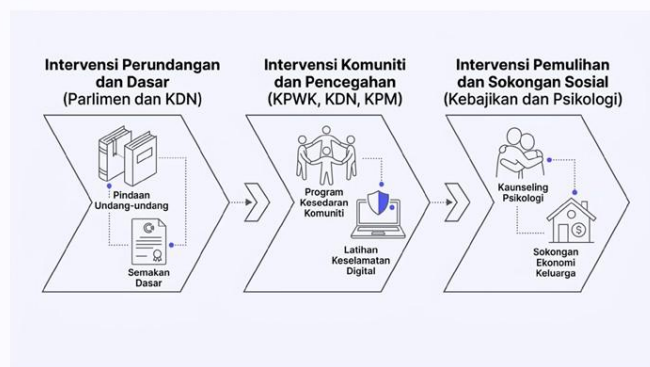
Tiada had berat ambang (**threshold weight**) di peringkat perundangan bagi Ketamin untuk diklasifikasikan sebagai kesalahan mengedar di bawah **Seksyen 398 ADB 1952**.

❌ Pengedar Ketamin skala besar terlepas daripada hukuman maksimum (trafficking) dan hanya dituduh atas pemilikan kecil, menjejaskan kesan pengajaran undang-undang.

12

Cadangan Penyelesaian Komprehensif — Tiga Kluster Tindakan Bersepadu

Cadangan penyelesaian ini dibahagikan kepada **tiga kluster tindakan bersepadu** yang mengoptimalkan aset sedia ada rentas kementerian tanpa implikasi kos pembangunan berlebihan: Ketiga-tiga kluster ini direka untuk beroperasi secara serentak dan saling menyokong, memastikan pendekatan holistik yang menangani isu dari sudut perundangan, pencegahan, dan pemulihan.



13

Terima Kasih

Untuk perhatian anda.
Bersama kita lindungi generasi akan datang.

TAHUN/BANGSA		PENGEDARAN			PERMINTAAN								
					MEMILIKI			SARINGAN URIN			JUMLAH		
		L	P	JUM	L	P	JUM	L	P	JUM	L	P	JUM
2024	MELAYU	46	19	65	213	37	250	317	50	367	576	106	682
	CINA	5	5	10	29	6	35	47	12	59	81	23	104
	INDIA	13	1	14	27		27	25	1	26	65	2	67
	BUMIPUTERA, SABAH DAN SARAWAK	8	1	9	67	9	76	114	15	129	189	25	214
	RAKYAT ASING	18	3	21	45	4	49	60	10	70	123	17	140
	JUMLAH	90	29	119	381	56	437	563	88	651	1,034	173	1,207



TAHUN/BANGSA		PENGEDARAN			PERMINTAAN								
					MEMILIKI			SARINGAN URIN			JUMLAH		
		L	P	JUM	L	P	JUM	L	P	JUM	L	P	JUM
2025	MELAYU	43	23	66	184	41	225	226	60	286	453	124	577
	CINA	5	2	7	20	8	28	28	7	35	53	17	70
	INDIA	15	1	16	40	2	42	27	3	30	82	6	88
	BUMIPUTERA, SABAH DAN SARAWAK	5	3	8	50	4	54	81	17	98	136	24	160
	RAKYAT ASING	8	3	11	56	9	65	65	18	83	129	30	159
	JUMLAH	76	32	108	350	64	414	427	105	532	853	201	1,054



TAHUN/BANGSA		PENGEDARAN			PERMINTAAN								
					MEMILIKI			SARINGAN URIN			JUMLAH		
		L	P	JUM	L	P	JUM	L	P	JUM	L	P	JUM
2026 (JAN-APRIL)	MELAYU	13	5	18	79	19	98	78	10	88	170	34	204
	CINA	1	1	2	6	3	9	14	8	22	21	12	33
	INDIA	4		4	17	2	19	16	1	17	37	3	40
	BUMIPUTERA, SABAH DAN SARAWAK	3	2	5	25	4	29	34	9	43	62	15	77
	RAKYAT ASING	4	3	7	9	2	11	20	14	34	33	19	52
	JUMLAH	25	11	36	136	30	166	162	42	204	323	83	406



JENIS PENGGUNAAN DADAH KANAK-KANAK 18 TAHUN DAN KEBAWAH TAHUN 2024

BANGSA	AMPHETAMINE		BENZO		KETAMIN		METHAMPHETAMINE		MOP		THC		JUMLAH	
	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P
MELAYU	40	4	25	6	18	12	209	28	11		14		317	50
CINA	10	3	1	2	20	3	14	3			2	1	47	12
INDIA	3						12	1	2		8		25	1
BUMIPUTERA, SABAH DAN SARAWAK	83	8		1	3	2	26	4			2		114	15
RAKYAT ASING	31	6	1	2	1	2	18				9		60	10
JUMLAH	167	21	27	11	42	19	279	36	13	0	35	1	563	88



JENIS PENGGUNAAN DADAH KANAK-KANAK 18 TAHUN DAN KEBAWAH TAHUN 2025

BANGSA	AMPHETAMINE		BENZO		KETAMIN		METHAMPHETAMINE		MOP		THC		JUMLAH	
	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P
MELAYU	33	13	10	3	20	15	146	28	7		10	1	226	60
CINA	11	5	1		5	2	7				4		28	7
INDIA			1		1		7	2	2		16	1	27	3
BUMIPUTERA, SABAH DAN SARAWAK	65	8	1	1	5	6	8	2			2		81	17
RAKYAT ASING	31	9			2	2	26	7	1		5		65	18
JUMLAH	140	35	13	4	33	25	194	39	10	0	37	2	427	105



**JENIS PENGGUNAAN DADAH KANAK-KANAK 18 TAHUN DAN KEBAWAH TAHUN 2026
(JAN-APRIL)**

BANGSA	AMPHETAMINE		BENZO		KETAMIN		METHAMPHETAMINE		MOP		THC		JUMLAH	
	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P
MELAYU	21	3		1	3		48	6	5		1		78	10
CINA	5	5			4		4	3			1		14	8
INDIA	3				1		4		1		7	1	16	1
BUMIPUTERA, SABAH DAN SARAWAK	28	6		1	3	2	3						34	9
RAKYAT ASING	11	9			1	4	6	1			2		20	14
JUMLAH	68	23	0	2	12	6	65	10	6	0	11	1	162	42



JENIS PENGGUNAAN DADAH DI KALANGAN KANAK-KANAK 18 TAHUN DAN KE BAWAH BAGI TAHUN 2024

KONTINJEN	AMPHETAMINE		BENZO		KETAMIN		METHAMPHETAMINE		MOP		THC		KESELURUHAN	
	Lelaki	Perempuan	Lelaki	Perempuan	Lelaki	Perempuan	Lelaki	Perempuan	Lelaki	Perempuan	Lelaki	Perempuan	Lelaki	Perempuan
JOHOR		1			10	7	37	9			1		48	17
K/LUMPUR	2	3	1	1	2		3		1		1	1	10	5
KEDAH	6	3	2		3		37	1	6		3		57	4
KELANTAN	4		16	1	2		70	3	1		8		101	4
MELAKA				1	3	3	10	4			1		14	8
N/SEMBILAN		1		1	2		7	3			1		10	5
P/PINANG	6		3	6	11	5	18	3	1		1		40	14
PAHANG	6		2		1		15				4		28	0
PERAK	2				3	2	16	6					21	8
PERLIS							14	4			1		15	4
SABAH	69	9			2		15				1		87	9
SARAWAK	61	3			3		4				1		69	3
SELANGOR	11	1	2	1		2	13	3	4		12		42	7
TERENGGANU			1				20						21	0
JUMLAH	167	21	27	11	42	19	279	36	13	0	35	1	563	88



JENIS PENGGUNAAN DADAH DI KALANGAN KANAK-KANAK 18 TAHUN DAN KE BAWAH BAGI TAHUN 2025

KONTINEN	AMPHETAMINE		BENZO		KETAMIN		METHAMPHETAMINE		MOP		THC		KESELURUHAN	
	Lelaki	Perempuan	Lelaki	Perempuan	Lelaki	Perempuan	Lelaki	Perempuan	Lelaki	Perempuan	Lelaki	Perempuan	Lelaki	Perempuan
JOHOR	1		3	1	7	7	18	4			4		33	12
K/LUMPUR	17	8			2	4	1	1	2		7	1	29	14
KEDAH	4		1		1		21	8	3		3		33	8
KELANTAN	1		5		3	1	51	2	1		3		64	3
MELAKA		1		2	3	2	11	3					14	8
N/SEMBILAN							7	3	3		2		12	3
P/PINANG	2	1	1		3	1	13	6	1		2		22	8
PAHANG	8	2			2	2	12	2			1		23	6
PERAK	1	2			1	3	9	2			6		17	7
PERLIS				1			6	1					6	2
SABAH	42	12	1		3	2	16	1					62	15
SARAWAK	55	5	1		6	1	4				1		67	6
SELANGOR	9	4	1		2	2	14	6			8	1	34	13
TERENGGANU							11						11	0
JUMLAH	140	35	13	4	33	25	194	39	10	0	37	2	427	105



JENIS PENGGUNAAN DADAH DI KALANGAN KANAK-KANAK 18 TAHUN DAN KE BAWAH BAGI TAHUN 2026 (JAN-APRIL)

KONTINEN	AMPHETAMINE		BENZO		KETAMIN		METHAMPHETAMINE		MOP		THC		KESELURUHAN	
	Lelaki	Perempuan	Lelaki	Perempuan	Lelaki	Perempuan	Lelaki	Perempuan	Lelaki	Perempuan	Lelaki	Perempuan	Lelaki	Perempuan
JOHOR							6	3					6	3
K/LUMPUR	7	1									2		9	1
KEDAH	1						9		2		1		13	0
KELANTAN							22		3				25	0
MELAKA	1				3		4	1					8	1
N/SEMBILAN							1						1	0
P/PINANG	6				1		2				1		10	0
PAHANG	1				1		3	1					5	1
PERAK	10	2					2	4	1		1		14	6
PERLIS				1	2		2						4	1
SABAH	16	9		1	3	6	1						20	16
SARAWAK	20	3			1		1						22	3
SELANGOR	6	8			1		8	1			6	1	21	10
TERENGGANU							4						4	0
JUMLAH	68	23	0	2	12	6	65	10	6	0	11	1	162	42





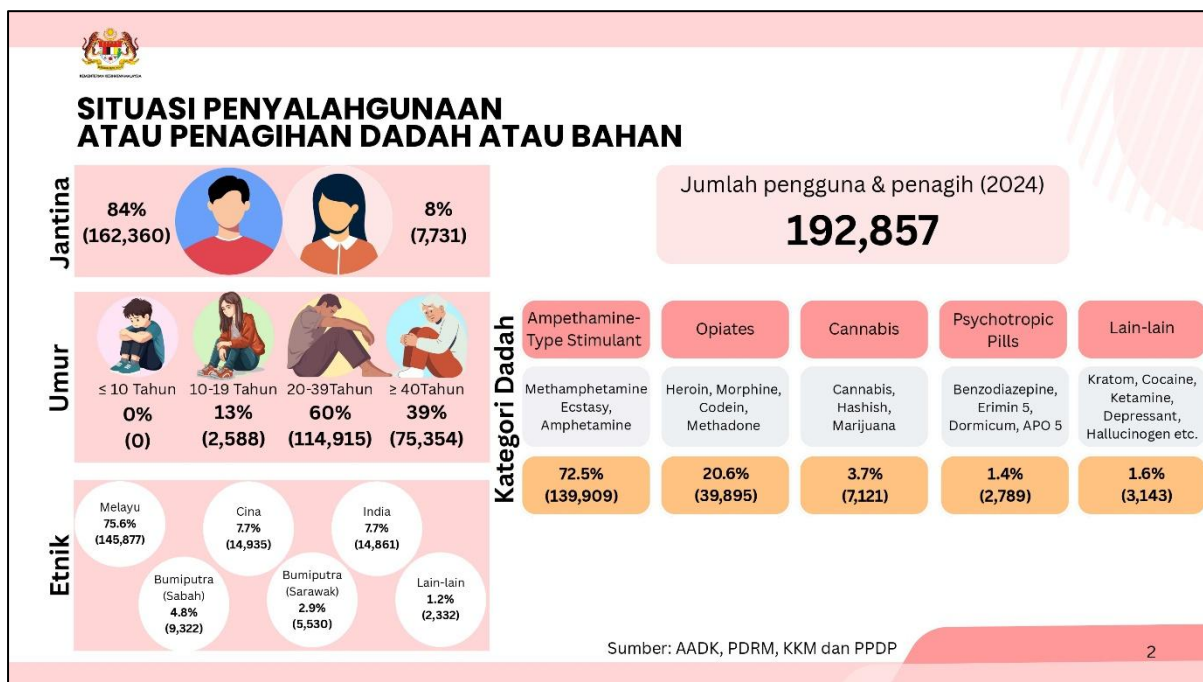

PENDEKATAN KESIHATAN AWAM

DALAM MENANGANI PENYALAHGUNAAN DADAH DALAM KALANGAN KANAK- KANAK DAN KOMUNITI

10 JUN 2026

Mesyuarat Jawatankuasa Pilihan Wanita, Kanak-
kanak dan Pembangunan Masyarakat Parlimen
Kelima Belas Bil. 11 Tahun 2026

Kementerian Kesihatan Malaysia





KESAN PENYALAHGUNAAN DADAH TERHADAP KANAK-KANAK DAN KOMUNITI

1

IMPAK KESIHATAN



Kerosakan Organ

Kerosakan organ penting seperti otak, jantung dan hati. Pertumbuhan fizikal kanak-kanak terganggu akibat pengambilan dadah pada usia muda.

Gangguan Kognitif

Perkembangan kognitif dan emosi kanak-kanak terjejas secara serius.

2

IMPAK SOSIAL



Keretakan institusi keluarga, ponteng sekolah dan keciciran pelajaran. Komuniti terdedah kepada jenayah dan ketidakstabilan sosial yang meningkat.

3

IMPAK EKONOMI



Kos rawatan, kehilangan produktiviti dan bebanan sistem kebajikan negara. Keluarga menanggung tekanan kewangan yang berpanjangan akibat ketagihan.

3



02 EKOSISTEM RAWATAN KETAGIHAN DADAH

PERANAN KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA (KKM)

Rawatan dan Pemulihan Ketagihan Dadah

- Menyediakan penilaian dan rawatan klinikal
- Menawarkan rawatan farmakologi termasuk Program Rawatan Methadone (MMT).
- Menyediakan perkhidmatan psikiatri dan kesihatan mental yang berkaitan.
- Membantu pesakit mencapai pemulihan dan meningkatkan kualiti hidup.

SOKONGAN KOMUNITI

Agensi Anti-Dadah Kebangsaan (AADK)

Badan Bukan Kerajaan (NGO)

Sektor Swasta

PENDEKATAN KESIHATAN AWAM

Ketagihan adalah penyakit

Berdasarkan Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V):

- Masalah ketagihan dadah atau substan = penyakit yang memerlukan rawatan dan pemulihan.
- Rawatan yang berstruktur diberikan oleh pegawai perubatan melalui kaedah farmakologi dan rawatan bukan farmakologi (termasuk khidmat nasihat, kaunseling dan sokongan sosial).

4



PERKHIDMATAN RAWATAN KETAGIHAN DI BAWAH KKM

Diperkenalkan di Malaysia sejak tahun 2014

Meliputi semua jenis ketagihan dan penyalahgunaan substan

Perkhidmatan saringan, intervensi dan rawatan penyalahgunaan dan ketagihan di peringkat kesihatan primer bersifat komprehensif, holistik dan bersepadu

Bersifat community-based dan berfungsi sebagai *flood-gate* untuk mengawal kebanjiran kemasukan kes-kes penyalahgunaan substan ke hospital.

01

PERKHIDMATAN ONE STOP CENTER FOR ADDICTION (OSCA) DI KLINIK KESIHATAN

• Intervensi dan rawatan ketagihan	• Saringan merokok, alkohol, dadah/bahan
• Integrasi rawatan (HIV/STD/Hep B/Hep C, dll)	• Rujukan

Sehingga tahun 2025, terdapat **131** OSCA di seluruh negara.

 Kedah: 2	 Perlis: 1	 Kelantan: 4	 Terengganu: 8	 WP Labuan: 1
 Pulau Pinang: 1	 Selangor: 2	 Perak: 1	 Pahang: 4	 Sabah: 1
 WP Kuala Lumpur & Putrajaya: 10	 N.Sembilan: 3	 Melaka: 17	 Johor: 50	 Sarawak: 26

Penambahan klinik yang menyediakan perkhidmatan OSCA, berdasarkan keperluan dan tahap risiko

5



PERKHIDMATAN RAWATAN KETAGIHAN DI BAWAH KKM

Menyediakan rawatan secara *biopsychosocial-spiritual* kepada pesakit ketagihan dadah.



01

PERKHIDMATAN ONE STOP CENTER FOR ADDICTION (OSCA) DI KLINIK KESIHATAN

- 3 pakar perubatan keluarga dengan subkepakaran ketagihan
- 2 sedang dalam latihan sub kepakaran ketagihan

Jumlah pesakit pada tahun 2023-Jun 2025

2023	2024	2025
2,818	2,793	1,369

6



PERKHIDMATAN RAWATAN KETAGIHAN DI BAWAH KKM

Diperkenalkan di Malaysia sejak Oktober 2005

Salah satu komponen dalam Program Pengurangan Kemudaratan (Harm Reduction Program)

Menangani penularan penyakit bawaan darah (HIV, Hep C, dll) dalam kalangan pengguna dadah opioid (heroin, morfin) serta pengurangan amalan berisiko seperti perkongsian jarum.

02 PROGRAM RAWATAN METHADONE

Sehingga tahun 2025, terdapat **465 Klinik Methadone** di seluruh negara.

- 404 KK
- 43 Hosp kerajaan
- 13 Penjara/koreksional
- 5 Puspen/AADK

Bilangan klien dalam rawatan methadone : 14,558

KUMPULAN UMUR (TAHUN)	WANITA	LELAKI	JUMLAH
20-29	8	164	172
30-39	55	1,950	2,005
40-49	121	5,448	5,569
50-59	51	4,339	4,390
60 dan ke atas	48	2,374	2,422
JUMLAH	283	14,275	14,558

7



PERKHIDMATAN RAWATAN KETAGIHAN DI BAWAH KKM

02 PROGRAM RAWATAN METHADONE

Keberkesanan Program Rawatan Methadone

Sosial

Epidemik

Bil. Kes HIV dalam kalangan pengguna dadah suntikan	2005 = 66% (4,038) 2025 = 1.9% (55)	↓
Prevalen HIV dalam kalangan pengguna dadah suntikan (berdasarkan IBBS)	2012 = 18.9% 2014 = 16.3% 2017 = 13.4% 2022 = 7.5%	↓
Anggaran populasi pengguna dadah suntikan	2009 = 170,000 2022 = 60,000	↓
Penagihan opiate (AADK)	2005 = 66.9% 2024 = 20.7%	↓

Meningkat kemampuan bekerja

MoH, 2006	sebelum = 47.6% 1 tahun selepas rawatan = 66.3%
Ramli et al, Asia-Pacific Journal of Public Health, 2011	sebelum = 70.1% 2 tahun selepas rawatan = 77.6%
myToS, Norsiah Ali et al, 2016	sebelum = 76.3% selepas = 88.9%

Mengurangkan kepemenjaraan

Tangkapan & lokap	sebelum = 58.3% selepas rawatan = 25.1%	↓
Dipenjara	sebelum = 57% selepas rawatan = 9.1%	↓
Kemasukan pusat rehabilitasi	sebelum = 27.6% selepas rawatan = 1.6%	↓

Keberkesanan Kos

- Terbukti kos efektif dan dalam jangka panjang akan memberi manfaat epidemiologi dan ekonomi.

- Pulangan pelaburan dan kajian keberkesanan kos menganggarkan 103,700 HIV (pengurangan 79%) dapat dielakkan antara 2006 - 2050 dengan penjimatan kos RM909.5 juta.

- Pulangan dalam penjimatan kos penjagaan kesihatan dijangka meningkat kepada RM1.13 bagi setiap pelaburan RM1.00 dalam tempoh yang sama.



PERKHIDMATAN RAWATAN KETAGIHAN DI BAWAH KKM

Sehingga tahun 2025, terdapat **10 hospital** yang memberi rawatan ketagihan di hospital.



03 PUSAT RAWATAN KETAGIHAN DI HOSPITAL

10 orang pakar psikiatri sub kepakaran penagihan

1. Hospital Sultanah Bahiyah, Alor Setar, Kedah
2. Hospital Pulau Pinang
3. Hospital Raja Permaisuri Bainun, Ipoh, Perak
4. Hospital Kuala Lumpur
5. Hospital Kajang
6. Hospital Tuanku Ampuan Rahimah Klang
7. Hospital Tuanku Jaafar Seremban
8. Hospital Mesra Bukit Padang Kota Kinabalu
9. Hospital Umum Sarawak
10. Hospital Pakar Sultanah Fatimah Muar

1 orang pakar psikiatri dengan special interest

1. Hospital Permai, Johor Bahru.

9



PEMULIHAN DADAH DI BAWAH AADK

Akta Penagih Dadah 1983 - individu yang didapati menagih dadah sama ada secara sukarela atau perintah mahkamah dihantar untuk menjalani pemulihan di:



A PUSAT PEMULIHAN PENAGIHAN NARKOTIK (PUSPEN)

30 Pusat Pemulihan Penagihan Narkotik (PUSPEN) di seluruh Malaysia



B PROGRAM PEMULIHAN DALAM KOMUNITI (PPDK)

108 PPDK di seluruh Malaysia

10



PENGLIBATAN SWASTA/ NGO DALAM PEMULIHAN

Institusi swasta atau bukan kerajaan yang berdaftar di bawah Menteri Dalam Negeri (KDN)



PUSAT PEMULIHAN DADAH PERSENDIRIAN (PPDP)

55 PPDP berdaftar di seluruh Malaysia

- Kerohanian (Keagamaan)
- Bio-Psycho- Social-Spiritual
- Bimbingan & Kaunseling
- Psycho-Spiritual
- Psycho-Social
- Therapeutic Community
- Terapi Kerja
- Medication Assisted Treatment

11



KERJASAMA STRATEGIK PELAKSANAAN PERKHIDMATAN RAWATAN DAN PEMULIHAN KETAGIHAN DADAH SECARA INTEGRASI



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

Tumpuan kepada
komponen rawatan
perubatan dan
penilaian klinikal

Penjagaan
Berterusan

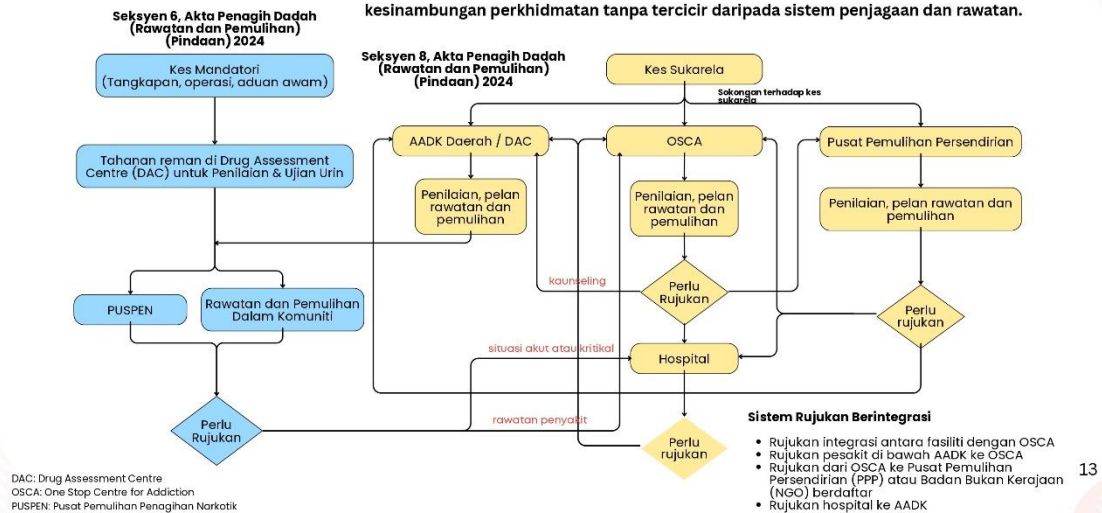


Menyediakan
intervensi psikososial
dan pemulihan
berasaskan komuniti.

12

PENGUKUHAN RAWATAN KETAGIHAN Secara Integrasi Antara Agensi

Laluan penjagaan pesakit yang bersepadu memastikan setiap individu menerima kesinambungan perkhidmatan tanpa tercalar daripada sistem penjagaan dan rawatan.



13



PERKHIDMATAN KESIHATAN MENTAL

saringan dan intervensi kesihatan mental di fasiliti kesihatan



Garis Panduan

A

PROGRAM SARINGAN KESIHATAN MENTAL YANG DIJALANKAN DI PERINGKAT FASILITI KESIHATAN PRIMER

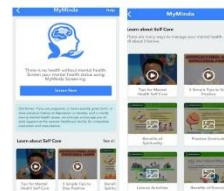
Bermula 2007

Pengesanan awal masalah kesihatan mental di peringkat fasiliti kesihatan primer

Semua klinik kesihatan seluruh negara pada 2011

B

SARINGAN KESIHATAN MENTAL DIGITAL - MYMINDA



Saringan Kesihatan Mental

Penjagaan Kendiri Kesihatan Mental

14



KESIMPULAN



Mengutamakan akses kepada rawatan dan pemulihan bagi individu yang mengalami ketagihan dadah

Melaksanakan pendekatan berasaskan rawatan dan pemulihan sebagai komponen utama kesihatan awam

Memastikan laluan penjagaan bersepadu supaya tiada individu tercicir daripada sistem rawatan dan pemulihan rawatan dan pemulihan

Membantu individu pulih, meningkatkan kualiti hidup dan kembali berfungsi secara produktif dalam masyarakat

Mengurangkan impak penyalahgunaan dadah terhadap kanak-kanak, keluarga dan komuniti



15



TERIMA KASIH

Kementerian Kesihatan Malaysia



16



**AGANSI ANTIDADAH KEBANGSAAN
KEMENTERIAN DALAM NEGERI**

**LAPORAN IMPAK PELAKSANAAN PINDAAN AKTA PENAGIH DADAH
(RAWATAN DAN PEMULIHAN) 1983 KE ATAS TREND JUMLAH KEMASUKAN
PENAGIH ATAU PENYALAH GUNA SECARA SUKARELA ATAU MANDATORI
BAGI TEMPOH JANUARI HINGGA MAC 2026**

1. LATAR BELAKANG

- 1.1 Pindaan kepada Akta Penagih Dadah (Rawatan dan Pemulihan) 1983, kini dikenali sebagai Akta Penagih dan Penyalah Guna Dadah dan Bahan (Rawatan dan Pemulihan) 1983 [Akta 283], berkuat kuasa pada 22 Ogos 2025 adalah berasaskan kepada dasar pengalihan iaitu mengalihkan daripada pendekatan hukuman pemenjaraan kepada rawatan dan pemulihan.
- 1.2 Dasar pengalihan ini merupakan usaha pembaharuan oleh Kerajaan untuk mengimbangi keperluan rawatan dan pemulihan, di samping memastikan keselamatan dan ketenteraman awam terus terpelihara. Kerajaan kekal dengan pendirian bahawa dadah merupakan musuh nombor satu negara dan tindakan penguatkuasaan terhadap kesalahan pemilikan, penawaran serta pengedaran dadah terus dilaksanakan secara tegas selaras dengan peruntukan undang-undang sedia ada.
- 1.3 Pindaan ini tidak membawa maksud pemansuhan sepenuhnya kesalahan jenayah atau pengeluaran kesalahan penggunaan dadah daripada kerangka undang-undang jenayah.

2. PENCAPAIAN

- 2.1 Bagi tempoh Januari hingga Mac 2026, pindaan Akta 283 ini telah menunjukkan keberkesanan yang signifikan melalui peningkatan pengesanan penyalah guna bahan, peluasan akses kepada rawatan dan pemulihan secara sukarela serta pengukuhan usaha intervensi dan pemulihan berasaskan komuniti di seluruh negara. Pendekatan yang lebih inklusif dan mesra rawatan ini bukan sahaja memperkuat sistem pemulihan

negara malah membantu lebih ramai individu kembali berfungsi secara produktif dalam masyarakat.

2.2 Akta Penagih dan Penyalah Guna Dadah dan Bahan (Rawatan dan Pemulihan) 1983 menyasarkan tiga (3) impak yang berikut:

- (i) kadar kemasukan penagih dan penyalah guna secara sukarela;
- (ii) kategori baharu penyalah guna di bawah seksyen 6A; dan
- (iii) peningkatan pengesanan Orang Yang Disyaki (OYDS).

2.3 Selaras dengan itu, setakat 1 Januari hingga Mac 2026 berikut adalah status kepada tiga (3) impak yang disasarkan:

(i) Peningkatan Kemasukan Penagih dan Penyalah Guna Secara Sukarela

- (a) Pindaan Akta 283 tidak lagi mengklasifikasikan rekod bagi individu yang memilih untuk mendapatkan rawatan secara sukarela sebagai rekod jenayah telah memberikan impak positif terhadap penyertaan dalam program rawatan. Berdasarkan perbandingan tahun ke tahun, jumlah klien Rawatan dan Pemulihan Dalam Institusi (RPDI) secara sukarela pada tahun 2024 adalah 534 orang. Manakala, pada tahun 2025 merekodkan 1,085 orang. Ini menunjukkan terdapat peningkatan sebanyak 551 orang atau 103.2 peratus.
- (b) Turut melaporkan, suku pertama 2026 (Januari hingga Mac), jumlah klien RPDI secara sukarela ialah 675 orang berbanding seramai 539 orang bagi tempoh yang sama pada tahun 2025. Perbandingan ini menunjukkan terdapat peningkatan sebanyak 136 orang atau 25.2 peratus, sekali gus mencerminkan peningkatan kecenderungan individu mendapatkan rawatan secara sukarela.

(ii) Kategori Baharu Penyalah Guna di bawah Seksyen 6A

- (a) Pindaan Akta ini turut memperkenalkan kategori baharu di bawah Seksyen 6A yang membezakan antara penagih dadah dan penyalahguna dadah atau bahan. Sehingga Mac 2026, daripada 2,361 Orang Kena Tahan (OKT) yang disaring di Pusat Saringan dan Penilaian Dadah (PSPD), sebanyak 402 kes (16 peratus) telah diperintahkan menjalani pemulihan di bawah peruntukan Seksyen 6A, yang menunjukkan pelaksanaan pendekatan saringan dan intervensi yang lebih bersasar mengikut kategori.

(iii) Pengesanan Orang Yang Disyaki (OYDS) berdasarkan Profiling

- (a) Kemasukan secara mandatori atau melalui perintah mahkamah merupakan kaedah utama intervensi rawatan dan pemulihan. Dalam konteks ini, bilangan kemasukan mandatori kekal sebagai salah satu *gateway* penting bagi penagih dan penyalahguna dadah yang memerlukan rawatan dan pemulihan di bawah peruntukan undang-undang yang berkuat kuasa. Sehingga Mac 2026, seramai 7,941 OYDS telah berjaya dikesan.

3. KESIMPULAN

- 3.1 Kesimpulannya, pindaan Akta Penagih Dadah (Rawatan dan Pemulihan) 1983 yang kini dikenali sebagai Akta Penagih dan Penyalah Guna Dadah dan Bahan (Rawatan dan Pemulihan) 1983 telah memberi impak positif dengan meningkatkan kemasukan sukarela ke program pemulihan, mengurangkan stigma masyarakat melalui pengenalan kategori baharu "penyalah guna" di bawah Seksyen 6A, memperjelas kedudukan ketum sebagai bahan yang sering disalah guna, serta memperluas pengesanan terhadap lebih ramai individu yang terlibat dengan penagihan dan penyalahgunaan dadah serta bahan.
- 3.2 AADK yakin bahawa penguatkuasaan penuh akta ini akan memperkukuh strategi negara melalui pendekatan bersepadu yang menggabungkan ketegasan penguatkuasaan, pengesanan awal kumpulan berisiko, penilaian saintifik berasaskan bukti, dan peluasan akses kepada rawatan komuniti. Walau bagaimanapun, cabaran utama yang perlu ditangani ialah kapasiti pusat pemulihan dan makmal yang masih terhad untuk menampung peningkatan permintaan rawatan dan pemulihan.

Disediakan oleh:

Bahagian Dasar dan Hubungan Antarabangsa
Agensi Antidadah Kebangsaan
Kementerian Dalam Negeri

29 Jun 2026

LAMPIRAN D















PARLIMEN MALAYSIA



**DR. 15 TAHUN 2026
LAPORAN PROSIDING**

**PENYATA JAWATANKUASA PILIHAN
WANITA, KANAK-KANAK DAN PEMBANGUNAN
MASYARAKAT
PENYALAHGUNAAN DADAH DALAM KALANGAN
KANAK-KANAK DI MALAYSIA**

LAPORAN PROSIDING
JAWATANKUASA PILIHAN WANITA, KANAK-KANAK
DAN PEMBANGUNAN MASYARAKAT

PENYALAHGUNAAN DADAH DALAM KALANGAN KANAK-KANAK
DI MALAYSIA

NO	LAPORAN PROSIDING	TARIKH
1.	MESYUARAT JAWATANKUASA PILIHAN WANITA, KANAK-KANAK DAN PEMBANGUNAN MASYARAKAT BILANGAN 11 TAHUN 2026	10 JUN 2026



**DEWAN RAKYAT
LAPORAN PROSIDING**

**JAWATANKUASA PILIHAN
WANITA, KANAK-KANAK DAN PEMBANGUNAN
MASYARAKAT**

TAKLIMAT-TAKLIMAT MENGENAI:

- I. PENGLIBATAN KANAK-KANAK DAN KOMUNITI
BERISIKO DALAM PENYALAHGUNAAN DADAH
OLEH KEMENTERIAN DALAM NEGERI (KDN)**
 - II. PENDEKATAN KESIHATAN AWAM DALAM
MENANGANI PENYALAHGUNAAN DADAH
DALAM KALANGAN KANAK-KANAK DAN
KOMUNITI OLEH KEMENTERIAN KESIHATAN
MALAYSIA (KKM)**
-

**BIL. 11
RABU, 10 JUN 2026
PENGAL KELIMA, PARLIMEN KELIMA BELAS**

**MESYUARAT JAWATANKUASA PILIHAN
WANITA, KANAK-KANAK DAN PEMBANGUNAN MASYARAKAT
BIL. 11 TAHUN 2026**

**BILIK JAWATANKUASA 2, BLOK UTAMA
PARLIMEN MALAYSIA**

RABU, 10 JUN 2026

AHLI-AHLI JAWATANKUASA

Hadir

YB. Puan Yeo Bee Yin [Puchong]

YB. Puan Hajah Rodziah binti Ismail [Ampang]

YB. Puan Syerleena binti Abdul Rashid [Bukit Bendera]

YB. Dr. Hajah Halimah Ali [Kapar]

YB. Tuan Zakri bin Hassan [Kangar]

— *Pengerusi*

— *Naib Pengerusi*

Tidak Hadir [*Dengan Maaf*]

YB. Datuk Hajah Siti Aminah binti Aching [Beaufort]

YB. Tuan Mohamad Shafizan Haji Kepli [Batang Lupa]

YB. Dato' Hajah Siti Zailah binti Mohd Yusoff [Rantau Panjang]

YB. Dato' Hajah Mumtaz binti Md Nawar [Tumpat]

YB. Dato' Haji Shamsul Kahar bin Mohd Deli [Jempol]

YB. Dato' Sri Sh Mohmed Puzi bin Sh Ali [Pekan]

YB. Tuan Tan Hong Pin [Bakri]

URUS SETIA

Puan Kaishune Surang [Ketua Penolong Setiausaha, Seksyen Jawatankuasa Pilihan Berkaitan Kementerian (Bahagian Pengurusan Dewan Rakyat), Parlimen Malaysia]

YBrs. Dr. Siti 'Ai'syah binti Che Osmi [Pegawai Arkib, Seksyen Jawatankuasa Pilihan Berkaitan Kementerian (Bahagian Pengurusan Dewan Rakyat), Parlimen Malaysia]

Puan Nur Farah binti Dzulkiffli [Pegawai Arkib, Seksyen Jawatankuasa Pilihan Berkaitan Kementerian (Bahagian Pengurusan Dewan Rakyat), Parlimen Malaysia]

HADIR BERSAMA

Ex Officio

YBrs. Tuan Mohd Daud bin Mohd Arif [Timbalan Ketua Setiausaha (Strategik) Kementerian Pembangunan Wanita, Keluarga dan Masyarakat (KPWKM)]

YBrs. Puan Nazira bt Abdul Rahman [Setiausaha Bahagian (Bahagian Dasar dan Perancangan Strategik)]

YBrs. Nur Suffiyah Muhammad [Penolong Setiausaha (Pejabat Pesuruhjaya Kanak-Kanak)]

Kementerian Dalam Negeri (KDN)

YBhg. Dato' Hj Abdul Halim bin Hj Abdul Rahman [Timbalan Ketua Setiausaha (Keselamatan)]

YBrs. Tuan Hairuddin bin Abdullah [Timbalan Setiausaha Bahagian I (Bahagian Keselamatan dan Ketenteraman Awam)]

Tuan Ragu a/l Rajoo M Rethinam [Ketua Penolong Setiausaha (Bahagian Keselamatan dan Ketenteraman Awam)]

Puan Nur Faziana binti Zakaria [Ketua Penolong Setiausaha (Bahagian Keselamatan dan Ketenteraman Awam)]

Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM)

YBhg. Datuk Dr. Ismuni bin Bohari [Timbalan Ketua Pengarah Kesihatan (Kesihatan Awam)]

YBrs. Dr. Thahiratul Asma' binti Zakaria [Timbalan Pengarah (Penyakit Tidak Berjangkit), Bahagian Kawalan Penyakit]

YBrs. Dr. Aina Anum binti Araffin Bakar [Ketua Penolong Pengarah Kanan (Sektor Kawalan Produk Merokok, Alkohol Dan Penyalahgunaan Substan, Bahagian Kawalan Penyakit)]

Encik Mohd Hazizi bin A Kadir [Ketua Penolong Setiausaha (Cawangan Dasar, Parlimen dan Perancangan Strategik)]

YBrs. Dr. Nor Azhanah binti Nordin [Pegawai Perubatan]

Kementerian Pembangunan Wanita, Keluarga Dan Masyarakat (KPWKM)

Puan Faizah binti Abdullah [Ketua Penolong Setiausaha (Bahagian Kolaborasi Strategik)]

Puan Rabi'atul Adawiyah binti Razali [Penolong Setiausaha (Bahagian Kolaborasi Strategik)]

Polis Diraja Malaysia (PDRM)

YDH DCP Mohd Zani bin Che Din [Timbalan Pengarah (Pelucuthakan Harta/Perundangan/Tahanan), Jabatan Siasatan Jenayah Narkotik]

ACP Hj. Ahmad Azwan bin Hj. Amin Nordin [Ketua Penolong Pengarah (Penguatkuasaan / Pencegahan / Kepolisian Am), Jabatan Siasatan Jenayah Narkotik]

ACP Chandra Segaran Subramaniam [Penolong Pengarah (Perundangan dan Siasatan), Jabatan Siasatan Jenayah Narkotik]

Jabatan Kebajikan Masyarakat (JKM)

YBrs. Dr. Sopian bin Hj. Brahim [Pengarah, Jabatan Pembangunan Kanak-kanak]

YBrs. Dr. Muzairiah binti Bajuri [Timbalan Pengarah (Jabatan Kebajikan Masyarakat Negeri Johor)]

Puan Nurul Atiqah binti Mohammad Shafi [Penolong Pengarah, Jabatan Pembangunan Kanak-kanak]

Tuan Mohd Azizul bin Ibrahim [Penolong Pengarah Kanan (Bahagian Dasar dan Hubungan Antarabangsa)]

LAPORAN PROSIDING

MESYUARAT JAWATANKUASA PILIHAN KHAS WANITA, KANAK-KANAK DAN PEMBANGUNAN MASYARAKAT BIL. 11 TAHUN 2026

**BILIK JAWATANKUASA 2, BLOK UTAMA,
BANGUNAN PARLIMEN, PARLIMEN Malaysia**

RABU, 10 JUN 2026

Mesyuarat dimulakan pada pukul 2.38 petang

*[Yang Berhormat Puan Yeo Bee Yin **mempengerusikan Mesyuarat**]*

Tuan Pengerusi: Salam sejahtera Ahli-ahli Yang Berhormat. Terlebih dahulu, saya mengucapkan terima kasih kepada ahli-ahli Jawatankuasa Pilihan Wanita, Kanak-kanak dan Pembangunan Masyarakat dan wakil tetap ex officio yang hadir hari ini. Saya juga ingin mengalu-alukan kehadiran KDN dan juga KKM.

Ahli-ahli Yang Berhormat sekalian, terdapat dua agenda hari ini iaitu penglibatan kanak-kanak dan komuniti berisiko dalam penyalahgunaan dadah, trend, modus operandi, penderaan, eksploitasi, jenayah dan cabaran penguatkuasaan oleh KDN, dan pendekatan kesihatan awam dalam menangani penyalahgunaan dadah dalam kalangan kanak-kanak dan komuniti, saringan rawatan, kesihatan mental dan pemulihan bersepadu oleh KKM.

Saya ingin mengingatkan ahli-ahli mesyuarat bahawa mesyuarat ini tertakluk di bawah Peraturan Mesyuarat 85, Peraturan-peraturan Majlis Mesyuarat Dewan Rakyat dan Akta Majlis Parlimen 1952 di mana, sebarang kenyataan ataupun dokumen yang dibentangkan di hadapan jawatankuasa ini tidak boleh disiarkan sehingga jawatankuasa membentangkan penyata di Dewan Rakyat.

Saya juga ingin mengingatkan ahli-ahli mesyuarat bahawa jika sesuatu dokumen ataupun maklumat yang dikemukakan kepada jawatankuasa dikelaskan sebagai dokumen ataupun maklumat terperingkat, tuan ataupun puan perlu memaklumkan kepada jawatankuasa.

Oleh itu, kita boleh mulakan dan sebelum prosiding ini diteruskan, jawatankuasa memaklumkan bahawa selaras dengan seksyen 18, Akta Majlis Parlimen 1952, saksi

boleh diperiksa di bawah sumpah. Memandangkan mesyuarat ini adalah prosiding, maka saksi dikehendaki mengangkat sumpah sebelum memberi keterangan.

■1440

Jawatankuasa ini dengan ini memohon saksi untuk mengangkat sumpah dengan tangan kanan bahawa segala keterangan yang akan diberikan kepada jawatankuasa ini adalah benar seperti dalam teks sumpah di hadapan saksi.

So, setiap kali, kali pertama anda nak buat keterangan, sumpah dulu lepas itu buat keterangan. Sesiapa yang telah pun sumpah, tak payah sumpah sekali lagi. Tapi untuk yang ini prosiding yang baharu, so kena sumpah lagi. Untuk ini kali pertama. Pagi lain, petang lain. Okey, okey. Itu ya. Okey kita teruskan dengan KDN dulu, ya.

[Pembesar suara dimatikan]

Dato' Hj Abdul Halim bin Hj Abdul Rahman [Timbalan Ketua Setiausaha (Keselamatan), Kementerian Dalam Negeri (KDN)]: *[Mengangkat sumpah]*
"Bahawasanya saya, Abdul Halim bin Abdul Rahman, dengan sesungguhnya bersumpah bahawa segala keterangan yang saya berikan di hadapan jawatankuasa ini adalah benar. Tidak ada yang tidak benar, melainkan benar belaka."

Tuan Pengerusi: Okey, teruskan.

Dato' Hj Abdul Halim bin Hj Abdul Rahman: Okey. *Assalamualaikum warahmatullahi taala wabarakatuh* dan salam sejahtera, salam Malaysia MADANI. Yang Berhormat Puan Yeo Bee Yin, Pengerusi Jawatankuasa Pilihan Wanita, Kanak-kanak dan Pembangunan Masyarakat, Parlimen Malaysia; Ahli-ahli Yang Berhormat, tuan-tuan dan puan-puan yang saya hormati sekalian.

Terlebih dahulu, saya bagi pihak Kementerian Dalam Negeri mengucapkan banyak terima kasih kepada jawatankuasa pilihan khas ini yang telah menjemput Kementerian Dalam Negeri dan juga PDRM untuk membentangkan tentang penglibatan kanak-kanak dan komuniti berisiko dalam penyalahgunaan dadah, trend, modus operandi, pengedaran eksploitasi jenayah dan cabaran penguatkuasaan oleh KDN.

Jadi untuk makluman semua, bersama saya petang ini adalah DCP Mohd Zani bin Che Din, Timbalan Pengarah Jabatan Siasatan Jenayah Narkotik, Polis Diraja Malaysia yang mana beliau saya akan jemput untuk membuat pembentangan seterusnya. Silakan.

DCP Mohd Zani bin Che Din [Timbalan Pengarah (Pelucuthakan Harta/Perundangan/Tahanan), Jabatan Siasatan Jenayah Narkotik), Polis Diraja

Malaysia (PDRM)]: *[Bercakap tanpa menggunakan pembesar suara] “Bahawasanya saya...”*

Tuan Pengerusi: Maaf. *Mic, mic...*

DCP Mohd Zani bin Che Din: *[Mengangkat sumpah] “Bahawasanya saya, DCP Mohd Zani bin Che Din, dengan sesungguhnya bersumpah bahawa segala keterangan yang saya berikan di hadapan jawatankuasa ini adalah benar. Tidak ada yang tidak benar, melainkan benar belaka.”* Terima kasih.

Terima kasih Yang Berhormat Pengerusi, Yang Berhormat-Yang Berhormat, tuan-tuan dan puan-puan yang saya hormati sekalian. Pada petang ini, pembentangan yang akan dibentangkan adalah pertama sekali berhubungan dengan senario ataupun status terkini di mana siasatan yang dibuat ke atas kanak-kanak yang berumur 18 tahun ke bawah di seluruh Malaysia berhubungan dengan isu ujian saringan air kencing, pemilikan dadah dan pengedaran dadah.

Next. Okay, untuk makluman Yang Berhormat-Yang Berhormat, Datuk-Datuk, tuan-tuan dan puan-puan, untuk tempoh 2024, sebanyak 1,208 individu yang berumur 18 tahun dan ke bawah telah ditangkap berhubungan dengan tiga kesalahan utama, iaitu pengedaran, memiliki dan kegagalan ujian saringan air kencing. Pada tahun 2025, di seluruh Malaysia, jumlah ini yang dicatatkan adalah sebanyak 1,054 dan pada tahun ini untuk 2026, tempoh Januari hingga April, sebanyak 406 individu yang telah ditangkap dan disiasat di bawah berbagai kesalahan di bawah Akta Dadah Merbahaya 1952.

Next. Untuk tahun 2024, pecahan mengikut bangsa dan jantina adalah seperti yang dipaparkan di dalam slaid, okey, iaitu pada 2024, jumlah yang dicatatkan adalah sebanyak Melayu (682), Cina (104), India (67) dan 214 kes melibatkan Bumiputera Sabah dan Sarawak dan lain-lain; dan warga asing (140).

Pecahan mengikut jantina ialah kes yang melibatkan pengedaran iaitu lelaki (90), perempuan (29), kes memiliki dadah (437), lelaki (381), perempuan (56). Sementara kes kegagalan ujian saringan air kencing, sebanyak 651, iaitu lelaki (563) dan perempuan (88). Untuk seterusnya pada tahun 2025, kita dapati pecahan mengikut bangsa yang ada dicatatkan ialah sebanyak Melayu (577), Cina (77), 88 kes melibatkan India, 160 kes melibatkan Bumiputera Sabah Sarawak dan yang lain-lain sementara warganegara asing mencatatkan 159 kes.

Pecahan mengikut jantina untuk kes pengedaran ialah sebanyak 76 orang lelaki, perempuan (32), sementara kes memiliki sebanyak 414 orang, lelaki (350) dan

perempuan (64). Sementara kes kegagalan ujian saringan air kencing ialah sebanyak 532 — lelaki (427), perempuan (105).

Untuk tempoh 2026 iaitu Januari hingga April, jumlah yang dicatatkan ialah sebanyak lelaki — Melayu (204), Cina (33), India (40), 77 kes melibatkan Bumiputera Sabah Sarawak dan lain-lain dan 52 kes rakyat asing, warganegara asing. Dan kita dapati dari tempoh tersebut, kes-kes yang melibatkan pengedaran ialah sebanyak 36 individu, lelaki (25) dan perempuan (11). Sementara untuk kes memiliki ialah 166 — lelaki sebanyak 136 kes, perempuan (30), sementara kes kegagalan ujian saringan air kencing sebanyak 204 iaitu lelaki (162) dan perempuan (42).

Untuk — *next*. Untuk tahun 2024 Yang Berhormat Pengerusi, kita dapati bahawa berbagai kesalahan yang dicatatkan menerusi tangkapan yang dibuat. Untuk ketiga-tiga kategori tadi, kita dapati bahawa...

Tuan Pengerusi: Tak payah baca *statistics*.

DCP Mohd Zani bin Che Din: Tak apakah? Okey.

Tuan Pengerusi: Kita boleh baca sendiri. Tak payah baca satu persatu. Hanya trend saja.

DCP Mohd Zani bin Che Din: Okey. Trend. Okey.

Tuan Pengerusi: Mungkin kita tengok yang trend ya. Tangkapan mengikut kontinjen.

DCP Mohd Zani bin Che Din: Okey. Buka. Okey. Okey.

Tuan Pengerusi: Yang ini paling banyak adalah *amphetamine*. Apa itu ya?

DCP Mohd Zani bin Che Din: Okey. Yang Berhormat, boleh saya ulas sikit. Okey.

Tuan Pengerusi: *[Bercakap tanpa menggunakan pembesar suara]* Ulas sikit.

DCP Mohd Zani bin Che Din: *Amphetamine* atau bahasa mudahnya ialah pil kuda. Ini yang kita kata — Yang Berhormat dia bersifat pil. Sebenarnya pil ini digunakan untuk memberi stamina kepada binatang ternakan tetapi disalahgunakan khususnya di kawasan Pantai Timur. Ini yang belia-belia kita — Kelantan, Terengganu, Pahang yang banyak kita kesanlah.

Seorang Ahli: *[Bercakap tanpa menggunakan pembesar suara]* Binatang makan apa?

DCP Mohd Zani bin Che Din: Binatang makan lembu, kuda semua inilah.

Seorang Ahli: *[Bercakap tanpa menggunakan pembesar suara]*

DCP Mohd Zani bin Che Din: Dia untuk stamina.

Tuan Pengerusi: *[Bercakap tanpa menggunakan pembesar suara]* So, lepas makan, lepas makan ini *amphetamine*, dia apa macam *high*? Tenaga saja?

Seorang Ahli: *[Bercakap tanpa menggunakan pembesar suara]* Saya rasa macam *driver*, pemandu lori apa semualah.

Tuan Pengerusi: Ooo...

DCP Mohd Zani bin Che Din: Dia tahan tidur, YB. *Energy*.

Seorang Ahli: *[Bercakap tanpa menggunakan pembesar suara]* *Energy*.

DCP Mohd Zani bin Che Din: Dia boleh tidak tidur untuk jangka masa yang panjang. Sehari, dua hari dia masih tak pejam mata. Itu kesan dia yang kita dapat.

Tuan Pengerusi: Tapi dia bukan macam biasa punya dadah, dia macam *very high* macam itu. Tak ada?

DCP Mohd Zani bin Che Din: Dia, dia...

Tuan Pengerusi: Dia masih lagi *sober*. Macam mana?

DCP Mohd Zani bin Che Din: Dia bukan setakat *sober* YB. Dia ini boleh kita katakan dia tak rasa sakit ataupun dia tak rasa penat. Itu yang...

Tuan Pengerusi: *[Bercakap tanpa menggunakan pembesar suara]* Tapi dia bukan macam dia...

Beberapa Ahli: *[Bercakap tanpa menggunakan pembesar suara]* Khayal, khayal.

Seorang Ahli: *[Bercakap tanpa menggunakan pembesar suara]* Bukan *high*.

Tuan Zakri bin Hassan [Kangar]: Kalau *Ice*, *Ice* macam mana *Ice*?

DCP Mohd Zani bin Che Din: *Ice* yang kita ada ini, *Methamphetamine*. Yang di bawah ini...

Tuan Pengerusi: *[Bercakap tanpa menggunakan pembesar suara]* Yang itu biru itu.

Tuan Zakri bin Hassan: *Methamphetamine*.

DCP Mohd Zani bin Che Din: Biru ini. Ini kita ataupun kita panggil syabu lah.

Seorang Ahli: *[Bercakap tanpa menggunakan pembesar suara]*

DCP Mohd Zani bin Che Din: *Ice* ataupun syabu. Dia bentuk kristal. Bentuk kristal yang dalam inilah. Maksud kita. Kalau...

Tuan Pengerusi: Dia punya lepas makan macam mana?

DCP Mohd Zani bin Che Din: Saya nak cakap *personal experience* saya tak pernah lagi. [Ketawa].

Tuan Pengerusi: Ya, ya. Simptomlah.

DCP Mohd Zani bin Che Din: Dari pemerhatian dia. Pemerhatian dia yang kebanyakan dadah ini adalah yang tidak akan rasa sakit, tidak ada rasa sakit, tidak rasa mengantuk, tidak tahan, bagi *energy* kepada dia. Itu yang, itu yang...

Tuan Pengerusi: Tapi *behaviour* mereka macam mana?

DCP Mohd Zani bin Che Din: Dia bergantung...

Tuan Pengerusi: Ini macam, ini macam *supplement* kalau dia lebih bertenaga semua?

■1450

DCP Mohd Zani bin Che Din: YB, dia kalau kita kena katakan *behavior*, kalau dia tidak *overdose* tapi dia memang khayal. Khayal, tahap khayal memang ada.

Tuan Pengerusi: Tapi pil kuda itu khayal tak?

DCP Mohd Zani bin Che Din: Memang khayallah YB.

Tuan Pengerusi: Oh, tak tidur tapi khayallah.

DCP Mohd Zani bin Che Din: Pemikiran dia terpesong ke arah lain dan dia tidak rasa sakit, tidak rasa penat, tidak apa dan kalau dia buat kerja itu dia akan *keep on* buat kerja masuk.

Puan Hajah Rodziah binti Ismail [Ampang]: Maksudnya semasa dia ambil pil itu dia akan rasa bertenaga dan sebagainya tetapi dia ada benda yang dia tak rasionallah?

DCP Mohd Zani bin Che Din: Dia sekarang ni Yang Berhormat, selepas tempoh tertentu, bila dia tidur, dia serupa macam tidur mati. Mayat. Kita payah nak kejutkan dia. Itu yang jadi masalah dia.

Puan Hajah Rodziah binti Ismail: Tapi dia *addicted* kah? *Addicted*?

DCP Mohd Zani bin Che Din: *Addicted*. Sebab dia orang perlukan benda ini. Bila dia tak makan, dia tak boleh buat kerja. Sebab itu yang kita nampak di kawasan Kelantan dan Terengganu, nelayan ini. Dia orang kena. Nelayan yang banyak terlibat.

Tuan Zakri bin Hassan: Kalau ketum *duk* kategori mana? Ketum?

DCP Mohd Zani bin Che Din: Ketum yang ini kita masuk bawah Akta Racun sebab dia kita tak masuk bawah sini YB sebab kita ambil yang sintetik, dadah sintetik.

Tuan Zakri bin Hassan: Sebab dekat Perlis banyak ketum. [Ketawa]

DCP Mohd Zani bin Che Din: Dia, ketum disiasat di bawah Akta Racun. Jadi, kita tak masukkan. Saya masukkan bawah ini. Ini semua sintetik, YB.

Tuan Pengerusi: Dia selepas makan, dia *judgement not good*-lah.

DCP Mohd Zani bin Che Din: Memang tak.

Tuan Pengerusi: Tapi boleh nampak macam normallah?

DCP Mohd Zani bin Che Din: Boleh nampak macam normal, tapi kalau terlebih sikit memang boleh nampak.

Tuan Pengerusi: Okey, okey. Faham. *How much per gram?* Kalau dia orang yang *addicted*, berapa yang dia perlu...

DCP Mohd Zani bin Che Din: Okey, YB daripada tangkapan yang kita buat, selalunya antara 0.5 ke satu gram, paling tinggi untuk seorang penagihlah, bukan pengedar. Dia penagih.

Tuan Pengerusi: Setiap kali makan, satu gram?

DCP Mohd Zani bin Che Din: Dia ada cara dia, *then* memanglah. Termasuk itu yang dah.

Tuan Pengerusi: Agak-agak berapa dia kena bayar kalau seorang *addict*?

DCP Mohd Zani bin Che Din: Dia kalau ikut harga pasaran ini berubah-ubah, YB. Antara RM50 ke RM100 itu angka yang saya boleh bagi.

Tuan Pengerusi: Satu gram lah?

DCP Mohd Zani bin Che Din: Dia lebih kuranglah maksudnya, tapi angka ini akan berubah.

Dato' Hj Abdul Halim bin Hj Abdul Rahman: [*Bercakap tanpa menggunakan pembesar suara*] Sebiji dalam berapa?

DCP Mohd Zani bin Che Din: Sebiji dia tak sampai — kalau pil kuda harga RM35 ataupun RM17. Dia berulang. Selalunya dia orang makan lima ataupun enam biji satu hari.

Puan Hajah Rodziah binti Ismail: Tapi kanak-kanak bawah umur 18 tahun, dia nak gunakan untuk apa? Sebab ini bawah...

DCP Mohd Zani bin Che Din: Dia masalahnya YB, pertama sekali, bila dia orang bekerja keras, nelayan, potong kelapa sawit kah, THC ini, benda yang bagi dia perlukan untuk tenaga supaya dia fikiran dia dipesongkan daripada perasaan letih dan penat. Dia orang akan makan dan pengaruh juga.

Puan Hajah Rodziah binti Ismail: Untuk kanak-kanak.

DCP Mohd Zani bin Che Din: Sekalilah YB. Sebab ini yang saya bagi ini data ialah tangkapan 18 tahun dan ke bawah yang masuk.

Tuan Pengerusi: *Then*, apa jalan penyelesaian? Macam dia makan untuk kerja. Dia bukan makan untuk *enjoy*. So, kalau kita tangkap dia, lepas itu macam mana?

DCP Mohd Zani bin Che Din: Dia yang kita buat ini yang prosedur yang ada sekarang ini, YB tangkapan di bawah 15(1)(A) pendakwaan di mahkamah dan seterusnya tindakan untuk pengawasan ataupun rawatan lanjut daripada agensi sahabat kita, AADK lah yang akan *pick up* kemudian.

Tuan Pengerusi: Lepas tangkapan, pergi AADK ataupun pengawasan sahaja?

DCP Mohd Zani bin Che Din: Dia terpulang pada keputusan. Bila kita dapat laporan patologi, kita bawa balik ke mahkamah, keputusan mahkamah untuk dia letakkan bawah pengawasan ataupun sebagainya.

Tuan Pengerusi: Oh. Okey, teruskan.

[Ahli-ahli berbincang sesama sendiri]

DCP Mohd Zani bin Che Din: Okey. Yang Berhormat, untuk THC ini adalah ganja. THC yang ini adalah ganja.

Puan Hajah Rodziah binti Ismail: *[Bercakap tanpa menggunakan pembesar suara]* Benzos itu semua?

DCP Mohd Zani bin Che Din: Benzos semua sintetiklah yang ini, yang sintetik. Yang bawah ini satu sahaja, THC ini adalah yang ganja yang kita dapat...*[Dicelah]* Morfin tutuplah itu. Morfin dia ada.

[Ahli-ahli berbincang sesama sendiri]

Dr. Hajah Halimah Ali [Kapar]: Yang *mushroom* itu?

DCP Mohd Zani bin Che Din: Dia...

Dr. Hajah Halimah Ali: Sekarang.

DCP Mohd Zani bin Che Din: Satu benda yang orang kata disalah faham oleh orang ialah *mushroom* satu bahan kimia dipanggil *psilocybin*. Sebenarnya *mushroom* ini adalah yang diperolehi daripada kononnya daripada — bila di-*spray* ke satu jenis-jenis dadah. Katalah di *spray* di ganja, ujian saringan air kencing yang kita dapat adalah ganja. Jadi, kita bila polis buat ujian air kencing, yang timbul adalah ganja. Jadi, kita terpaksa bawa air kencing itu untuk dianalisis oleh kimia baru akan keluar elemen yang lain.

Jadi, kalau yang setakat *test strip* yang kami ada ini, bila kita celup, keluar adalah ganja.

Tuan Mohd Daud bin Mohd Arif [Timbalan Ketua Setiausaha (Strategik) Kementerian Pembangunan Wanita, Keluarga dan Masyarakat (KPWKM)]: Yang Berhormat, ada satu soalan sahaja. Sekarang ini, dalam kelab-kelab malam banyak remaja dia makan *ecstasy*. Yang itu bawah kategori mana itu?

DCP Mohd Zani bin Che Din: *[Bercakap tanpa menggunakan pembesar suara]* Dia yang ini kita masukkan sebab sekarang ini *ecstasy* dah jadi — dia dah kurang popular sebab sangat...

Tuan Mohd Daud bin Mohd Arif: Oh, okey. Tapi bila pergi kelab malam banyak ya budak-budak muda dia pegang *ecstasy*.

DCP Mohd Zani bin Che Din: *[Bercakap tanpa menggunakan pembesar suara]* Dia ada kemungkinan. Bukan sahaja *ecstasy* dia ada jenis-jenis dadah yang lain.

Tuan Mohd Daud bin Mohd Arif: Tapi itu dah tak ada dalam...

DCP Mohd Zani bin Che Din: *[Bercakap tanpa menggunakan pembesar suara]* Dia jadi berkurangan sebab harga mahal. Itu yang kita...

Puan Hajah Rodziah binti Ismail: *[Bercakap tanpa menggunakan pembesar suara]* Tapi kanak-kanak dalam...

DCP Mohd Zani bin Che Din: *[Bercakap tanpa menggunakan pembesar suara]* Sebab apa? Yang tangkapan kita buat kanak-kanak ini bukan di pusat hiburan tetapi macam secara rambang...

[Ahli-ahli berbincang sesama sendiri]

DCP Mohd Zani bin Che Din: Yang Berhormat Pengerusi, trend sekarang ialah merujuk kepada peralihan daripada dadah jenis organik ini pergi kepada sintetik. Sintetik melibatkan campuran berbagai-bagai bahan kimia yang menerbitkan benda yang kita panggil *new psychoactive substances* ini yang menyebabkan dia boleh diproses dalam ruang yang lebih kecil. Contohnya, kalau kita nak tanam ganja, kita perlukan berapa ekar untuk output dia ini, tetapi untuk dadah-dadah jenis sintetik ini boleh dikeluarkan di dalam rumah sendiri pun boleh buat. Asalkan kita dapat bekalan bahan kimia yang tepat.

Sebab satu juga, Yang Berhormat Pengerusi tengok sekarang ini di dalam YouTube sendiri dah ada cara macam mana nak buat.

Tuan Pengerusi: *[Bercakap tanpa menggunakan pembesar suara]* DIY ya?

DCP Mohd Zani bin Che Din: Ya, boleh DIY. Asalkan kita dapat bahan kimia, kita boleh buat. Jadi, sekarang ini benda itu...

Tuan Pengerusi: Bahan kimia itu mana mereka dapat? Apa bahan dia?

DCP Mohd Zani bin Che Din: Okey. Bahan kimia ini sama ada daripada pembekal seludup ataupun kelompongan yang kita ada ialah ada juga bahan kimia yang dipanggil sebagai *dual purpose chemical* iaitu boleh digunakan untuk industri dan lain. Jadi, bila dicampur — maksudnya bila dia masuk ke negara kita secara bahan kimia yang sah untuk industri, tetapi kalau dijual di luar dia campur dengan bahan lain, boleh menerbitkan dadah sintetik.

Tuan Pengerusi: Itu sekarang lebih ramai yang dapatkan dadah yang sudah siap ataupun DIY? Lebih ramai DIY ataupun... *[Tidak jelas]*

DCP Mohd Zani bin Che Din: Itu trend kita berdasarkan kepada serbuan pihak polis. Kita nampak yang dipanggilkan sebagai *Karl Landstein lab* ini, kalau jumlahnya meningkat makna itulah trend yang akan berlaku. Tetapi setakat ini kita nampak lebih kurang sama sebab kemasukan daripada bahagian utara kita, daripada Thailand adalah pun ada juga. Jadi, tak perlu dia nak buat *lab* kalau dia dapat bekalan yang murah. Itu yang masuk.

Tuan Zakri bin Hassan: Tuan Pengerusi, saya tertarik dengan ketum. Masih tertarik dengan ketum lagi. Sebab, kalau di kawasan Perlis, Kedah ini memang dahsyatlah, kan. Kalau Perlis ini, kawasan Padang Besar itu memang *top*-lah sebab *student*, *student* saya dulu kadang bawa ketum pergi sekolah. Ada data tak mengenai ketum ataupun jumlah penagih ketum? *[Tidak jelas]*

DCP Mohd Zani bin Che Din: Jumlah penagih, saya...

Tuan Zakri bin Hassan: Sebab *driver* lori pun pakai ini. *Driver* bas banyak. *[Ketawa]*

DCP Mohd Zani bin Che Din: Yang Berhormat Pengerusi, di dalam isu ketum, ketum disiasat di bawah seksyen 30(3) Akta Racun 1952. Jadi, apa yang berlaku sekarang ini, dalam seksyen 30 tak menjadi satu kesalahan untuk tanam ketum, tetapi petik daun ketum salah. Itu yang kelompongan dalam undang-undang yang kita kena tengok.

Keduanya, bukan satu kesalahan untuk minum ketum tetapi ada satu botol di tepi satu kesalahan. Minum tak apa. Itu yang sekarang ini, saya rasa kita kena tengok isu inilah. Kalau berbicara fasal ketum itulah yang jadi kekangan pada kita.

Tuan Zakri bin Hassan: Sebab di sana, di Perlis itu banyak kampung-kampung tanam ketum.

DCP Mohd Zani bin Che Din: Betul YB.

Tuan Zakri bin Hassan: Memang dia Akta Racun, tetapi tanam boleh, tanam okey. Tetapi bila...

DCP Mohd Zani bin Che Din: Petik itu salah.

Tuan Zakri bin Hassan: ...petik itu salah. Sebab orang dulu-dulu dia guna ketum sebagai ubat sakit perut. Kalau digunakan secara biasalah, kan.

Tuan Pengerusi: [*Bercakap tanpa menggunakan pembesar suara*] Okey.

Puan Hajah Rodziah binti Ismail: Fasal ketum itu memang bahaya kah? Kalau katalah *consume* ketum *direct*? Kalau kena tanya KKM lah kot. Nanti KKM jawab ya. [*Ketawa*]

DCP Mohd Zani bin Che Din: Minta maaf YB. Saya tak boleh bagi pandangan. Itu orang lain boleh jawablah *kut*.

Seterusnya Yang Berhormat Pengerusi, perkara yang membimbangkan kita ialah berhubung dengan pengedaran dan pemilikan dadah ini ialah ini penggunaan teknologi digital dalam urus niaga.

■1500

Pertama sekali ialah kita dapati bahawa pengiriman dadah secara kecil-kecilan menerusi *courier service* ini memang berlaku dan kita tak dapat nak...

Seorang Ahli: [*Bercakap tanpa menggunakan pembesar suara*]

DCP Mohd Zani bin Che Din: Pengiriman *courier service*. Jadi, kalau Yang Berhormat Pengerusi lihat, contohnya kita boleh pesan barang, ambil barang daripada satu tempat tanpa alamat. Orang ada tepi jalan, bagi pada Grab ke siapa, hantar kepada satu tempat lain tanpa alamat yang tetap. Maksudnya, tak ada, bukan melalui pusat pengumpulan apa semua. Benda itu boleh berlaku. Jadi, kita pun tak dapat dan pembayaran boleh dibuat melalui GrabPay ke *e-wallet* ke dan sebagainya, benda yang kita tak nampak. Dia banyak aplikasi.

Tuan Pengerusi: *Sorry, sorry. I tak ikut. The slide before*, memerlukan pindaan perundangan segera untuk memasukkan MPS dalam senarai bahan terkawal.

DCP Mohd Zani bin Che Din: Okey.

Tuan Pengerusi: Bukankah ini dalam senarai sudah?

DCP Mohd Zani bin Che Din: Dalam senarai ada. Betul, YB. Tetapi, YB kena ingat, dalam tempoh tertentu, komposisi *chemical* itu boleh akan ada, dia orang akan cipta baru yang tak termasuk dalam jadual.

Tuan Pengerusi: Oh.

DCP Mohd Zani bin Che Din: Dia tak berlaku segera sebab apa yang berlaku ialah kami bergantung kepada senarai.

Tuan Pengerusi: Oh, sekarang tak ada MPS?

DCP Mohd Zani bin Che Din: Tak ada.

Tuan Pengerusi: Tak ada MPS yang barulah?

DCP Mohd Zani bin Che Din: Ada yang baru, dia ubah sikit sahaja, dah tak tersenarai dalam jadual ini.

Tuan Pengerusi: Tapi, jadual ini boleh dipinda melalui Menteri kan?

DCP Mohd Zani bin Che Din: Ya, ini KKM punya daripada.

Tuan Pengerusi: Ini KKM yang pinda kan?

DCP Mohd Zani bin Che Din: Ya.

Tuan Pengerusi: Okeylah. Menteri yang pinda tak payah buat, datang Parlimen kan?

DCP Mohd Zani bin Che Din: Saya rasa tak adalah.

Tuan Pengerusi: Ini jadual kan? Jadual dari akta?

DCP Mohd Zani bin Che Din: Jadual. Ini jadual.

Tuan Pengerusi: Ha, okey, okey.

DCP Mohd Zani bin Che Din: Okey, berhubung dengan digital ini juga. Banyak aplikasi pembayaran yang dibuat, jenis QR dan sebagainya. Jadi, pihak polis memang tak mampu nak kekang, nak tapis semua benda inilah. Jadi, kemungkinan kita boleh tengok semakan apa yang kita boleh buat. Okey, *next*.

Okey, seterusnya ialah Yang Berhormat Pengerusi, kita mohon perkara ini kita telah salurkan melalui KDN dan KDN telah bawa kepada KKM untuk pindaan ke atas dua jenis dadah iaitu ketamin dan nimetazepam di mana dia tidak ada *threshold weight* yang mana berapa berat dianggap sebagai mengedar. Ini yang untuk ketamin. Jadi, ini dalam proses. Dan sebab apa, bila kita nak tentukan berapa gram sepatutnya jatuh kepada kesalahan mengedar, berapa gram untuk kegunaan diri sendiri ataupun memiliki ini yang masih dalam proses kita buat. Sebab apa yang membimbangkan kita ialah ketamin ini adalah bahan antara tiga dadah utama yang sekarang ini menular di pusat-pusat hiburan dan sebagainya. Jadi, kita tak dapat nak letakkan *frame*. Selalunya pendakwaan akan pergi kepada kes yang ringanlah sepatutnya disebabkan berat *threshold weight* itu tak ada dalam itu.

Tuan Zakri bin Hassan: Tuan Pengerusi, jadi apa yang perlu kita buat? Adakah kita perlu...

DCP Mohd Zani bin Che Din: Yang ini dalam proses. Kami dah bawa ke KDN, KDN dah bawa kepada KKM untuk tetapkan berat. Sebab dia yang lain kita ada antara 15 ke 25 gram kita anggap lebih daripada 25 gram adalah kesalahan mengedar. Tetapi, yang untuk ketamin ini pun kita minta tungguh sementara mungkin ada pindaan nak masuk ke dalam sebab ini melibatkan pindaan seksyen.

Tuan Pengerusi: Sebab kalau mengedar maksud apa? Grab *driver* kalau dia ambil, dia tak tahu apa masuk dalam.

DCP Mohd Zani bin Che Din: Dia kalau dalam itu kita bawa kepada pihak AG's Chambers itu untuk meneliti keterangan yang ada. Pengedaran, penglibatan seseorang dalam sindiket pengedaran berdasarkan *knowledge, control, possession*. Tiga benda ini yang dia tahu. Jadi, kalau yang pemandu Grab itu tidak mendapati ketiga-tiga ini, kita pun tak akan tuduh berdasarkan kepada pandangan AG's Chambers, mungkin diambil sebagai saksi sahaja YB. Jadi, dia *very strict* punya untuk pertuduhan. Jadi, benda itu kena.

Cuma, sekarang ini ialah ketamin ini dia tidak ada berat tertentu yang menunjukkan katalah 25 gram adalah kesalahan mengedar, 25 gram ke bawah hanya untuk memiliki kegunaan sendiri ataupun — ha, yang itu tidak ada dalam undang-undang, kita mohon untuk buat pindaanlah. So, proses sekarang telah berjalan, kita angkat pada KDN, KDN dah angkat pada KKM untuk pindaan Akta Dadah Berbahaya 1952.

Okey, yang terakhir sekali Yang Berhormat Pengerusi berhubung dengan saya ialah berhubung dengan benda yang kita anggap sebagai peningkatan trend ialah jus yang diedarkan di pusat-pusat hiburan dalam bentuk-bentuk botol ataupun paket minuman. Boleh ini lagi tak? Dato' ada ke? Bagi dengan YB Pengerusi. *[Merujuk pegawai]*

Ini berdasarkan pada sampel tangkapan yang pihak polis buat. Dadah-dadah ini dibotolkan ataupun dipaketkan dalam bentuk botol ini yang menarik perhatian macam nampak seperti jus Ribena dan sebagainya. Ini adalah yang boleh mengelirukan kanak-kanak. Apa yang kita bimbang, setakat ini kami kesan di pusat hiburan. Yang kita takut ialah di sekolah-sekolah ada gerai di tepi jalan yang boleh jual dan kanak-kanak tertarik dan tak tahu. Ini yang kita tengok.

Seorang Ahli: *[Bercakap tanpa menggunakan pembesar suara]*

DCP Mohd Zani bin Che Din: Ha, itu dia dimasukkan sebab dia dibungkus mengikut *package* — *packaging* yang menarik perhatian, *colorful* pun ada.

Puan Hajah Rodziah binti Ismail: Budak-budak sekolah ini tak boleh masuk pusat-pusat hiburan. Tapi, kita tengok statistik ini tinggi kan?

DCP Mohd Zani bin Che Din: Ha, tetapi di luar sekolah — ha, ya YB.

Puan Hajah Rodziah binti Ismail: Mungkin di luar...

DCP Mohd Zani bin Che Din: Yang kita bimbangkan adalah di luar sekolah itu ataupun kawasan kampung yang jual paket-paket yang secara sedar ataupun tak sedar. Ini yang kita itu.

Puan Syerleena binti Abdul Rashid [Bukit Bendera]: Tuan Pengerusi, nak tanya. Jadi, bila dah dapat ini, kenal pasti minuman yang telah diletakkan dalam botol-botol macam itu kan, macam mana kita nak kenal pasti?

DCP Mohd Zani bin Che Din: Yang kita dapat ini YB ialah kita pertama sekali memang sampel kita hantar ke Jabatan Kimia untuk siasatan baru kita dapat balik dia punya *result* dia. Dan daripada tangkapan yang kita buat pun memang ada sindiket dadah yang kita ada, yang kita serbu di tempat dia *packaging* semula, dicampurkan bahan-bahan ini untuk dipasarkanlah dia. So, dia dalam untuk tahun ini saya rasa dah tiga tempat yang kita buat yang di-*packing* semula yang sindiket dadah kita dapat.

So, ini yang kita bimbang kalau kita berbicara fasal kanak-kanak 18 tahun, inilah *packing* ini. Benda yang boleh jadi dan kita amat bimbanglah. *That's why* tadi bila kita nampak ada fasal Ketamin yang tiada *threshold weight*, kita *push* untuk kita seboleh daya, sedaya upaya untuk tutup mana yang kita dapat boleh.

Puan Hajah Rodziah binti Ismail: Perlakuan orang makan ketamin ini macam mana? Lepas dia minum?

DCP Mohd Zani bin Che Din: Saya tak dapat nak bagi tahu YB. Mungkin daripada AADK ke ataupun ada yang boleh maksudnya...

Puan Hajah Rodziah binti Ismail: Ha?

DCP Mohd Zani bin Che Din: Sebab bahagian rawatan ini kita tak arif sangat. Polis tak buat sangat bahagian rawatan YB. Dia cuma untuk ini.

Puan Hajah Rodziah binti Ismail: Sebab kalau di sekolah kan, budak-budak itu kita kenal pasti orang kata perlakuan dialah lepas dia minum itu macam mana kan. Sama ada tidur ke ataupun mabuk ke kan.

Seorang Ahli: *[Bercakap tanpa menggunakan pembesar suara]*

Dr. Hajah Halimah Ali: Ha, ubat bius. So, *you* haah. So, macam kita nak ambil orang panggil *bone marrow aspiration*, ambil apa itu air tulang belakang apa ke atau nak tengok leukemia ada dekat tulang kan. So, kita bagi bius dia supaya dia tak rasa sakit *and then* dia apalah dia tak sedarlah. Dia *happy* jelah. Okey jelah. Tak ada rasa apa. Ha. So, *that's why* — so, ketamin ini dia masuk dalam air, cecair ini kan, dia serbuklah agaknya kan?

DCP Mohd Zani bin Che Din: *[Bercakap tanpa menggunakan pembesar suara]*

Dia serbuk.

Dr. Hajah Halimah Ali: So, sebab itu dia tak rasa. Yang kita orang ini bagi *injection*. Tak sakitlah kan. So, ini sama juga dengan syabu itu, dia perangsang. Dia lain pulanya. Dia jadi khayal lepas itu dan lebih aktif. Yang syabu ini lebih aktif, dia bertenaga. Sebab itu dia menari, berjoget 24 jam tak habis, tak berhenti-henti, tak boleh tidur berhari-hari.

Seorang Ahli: *[Bercakap tanpa menggunakan pembesar suara]*

Dr. Hajah Halimah Ali: Ha, so...

Tuan Pengerusi: Teruskan.

DCP Mohd Zani bin Che Din: Itu sahaja. Itu sahaja Yang Berhormat Pengerusi.

Tuan Pengerusi: AADK punya statistik tak ada? Tak ada panggil mereka untuk...

DCP Mohd Zani bin Che Din: Saya tak ada.

Tuan Pengerusi: Tak ada? Okey, KKM.

■1510

Datuk Dr. Ismuni bin Bohari [Timbalan Ketua Pengarah Kesihatan (Kesihatan Awam), Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM)]: *Assalamualaikum* dan salam sejahtera. Saya angkat sumpah dulu YB ya. "*Bahawasanya saya Dr. Ismuni dengan sesungguhnya bersumpah bahawa segala keterangan yang saya berikan di hadapan jawatankuasa ini adalah benar dan tidak ada yang tidak benar melainkan yang benar belaka*".

Alhamdulillah. Pengerusi bersama dengan saya pada hari ini adalah pegawai-pegawai saya iaitu Dr. Thahiratul Asma', Timbalan Pengarah untuk Bahagian Kawalan Penyakit yang melihat kepada isu berkaitan dengan kesalahan-kesalahan penggunaan-penggunaan *substance* di kalangan pesakit dan juga Dr. Ainaa, *desk officer* yang

menjaga kepada program tersebut. Jadi pada petang ini, Dr. Thahiratul Asma' akan membentangkan di pihak Kementerian Kesihatan Malaysia dalam menangani penyalahgunaan dadah.

Walau bagaimanapun, sebab tadi saya tidak boleh bercakap lagi sebab saya tak angkat sumpah lagi dan sekarang saya boleh bercakap untuk *clarify*-kan dahulu beberapa isu yang telah dibangkitkan tadi.

Ketamin betul YB, ketamin ini adalah *something* kalau kami gunakan di hospital adalah untuk tidur. Jadi, isunya kalau ketamin kalau saya dulu sebagai doktor bius, saya maklumkan dengan pesakit *you* boleh *dream* apa sahaja. Maknanya apabila dia ambil dia *dream* apa sahaja. Dia akan berada di luar daripada dunia nyata. Dia berada — dia keluar daripada realiti dia.

Then it is actually kenapa budak-budak sekolah ini suka sangat ketamin. Sebab apa? Bila ketamin ini dia berada dalam dunia yang dia nak buat, dia nak buat sebab otak dia telah diganggu supaya dia boleh memikirkan apa yang dia nak pada waktu tersebut. Dia terpisah daripada alam nyata. Yang itu yang sebenarnya dan sekiranya dia akan menggunakan berterusan, dia akan jadi satu ketagihan pada dia.

Untuk budak-budak sekolah ini ada dua perkara yang dia selalu gunakan. Yang pertama adalah yang tadi yang ketamin *and the group* apabila mereka nak *detach* daripada dunia mereka dan masuk ke dunia dia sendiri.

Yang kedua adalah untuk yang selalu ditanya oleh YB tadi adalah untuk mereka memberi tenaga apabila mereka nak *exam*. Yang itu adalah dalam *amphetamine, ecstasy; group, group* ini. *Group, group* ini yang selalunya mereka salah gunakan apabila mereka nak tenaga. Yang ketamin tadi lain. Yang ini adalah untuk tenaga. Tenaga ini untuk dia supaya dia tidak tidur, dia boleh membaca tetapi itu adalah satu kesalahan sebab ia akan mendatangkan kesan yang buruk kepada badan mereka.

Untuk ketum pula, dah alang-alang saya bercakap YB, saya rangkumkan sekali. Untuk ketum ini, pokok itu sendiri tidak salah. Memetik pun tidak salah tetapi apabila diproses *mitragynine* dalam itu, itu menjadi kesalahan di bawah Akta Racun di dalam *list* Akta Racun. Itu yang menjadi kesalahan dia.

Jadi, sebenarnya ketum ini di kampung — dulu saya Pengarah Perlis, memang selalulah benda ini berlaku. Selalunya digunakan untuk *energy* dalam *low dose*. Dalam *low dose* ini digunakan untuk *energy*, untuk tambahan tenaga, untuk sakit perut. Betul YB kata tadi, dalam *low dose*. Tetapi apabila di dalam *high dose*, dia akan menyebabkan

ketagih, dia akan menyebabkan *aggregation*, dia akan menyebabkan kerosakan kepada otak, lepas itu buah pinggang dan juga hati yang boleh mendatangkan kesan ketagihan tersebut.

Walau bagaimanapun, masalah kita pada ketum ini, kita tak tahu berapa dos yang sebenarnya sebab setiap pokok bergantung kepada jenis di mana ditanam, dos itu adalah berlainan. Kalau kita tengok dos dia adalah sangat-sangat berlainan dan termasuk cara kita merendam dia juga akan menentukan *how much of dose mitragynine* yang ada di dalam setiap *100 ml* tu menyebabkan kalau kita melihat pun kita tidak boleh kecuali kalau kita bawa di makmal, baru kita boleh menentukan dosnya.

Sebab itu untuk ketum ini, kita tidak menyatakan bahawa dia selamat sebab itu bagi kita dia memang tidak selamat untuk diguna pakai. Cuma dia tidak macam dadah sebab dia adalah di bawah Akta Racun yang agak sukar untuk kita *monitor*-kan sebab memiliki, tidak masalah kecuali kalau diproses menjadi *mitragynine*, itu yang penyimpanan *mitragynine* itu yang menjadi satu kesalahan. YB, itu adalah permulaan mukadimah daripada sayalah untuk menjawab beberapa persoalan tadi.

Tuan Zakri bin Hassan: Dr. ketum kan, istilah kalau ada kat sana dipanggil *cakoroi*. *Cakoroi* tu dia campur-campur semualah [*Dicelah*]. Bukan cakoi [*Ketawa*].

Datuk Dr. Ismuni bin Bohari: Ya, *cakoroi* betul, YB. Yang ni di zon utara — sebab saya Pengarah Perlis dan Pengarah Kedah, isu utama yang kita hadapi adalah Thailand menghalalkan semua ini dan boleh dibeli di 7-Eleven dengan harga RM2, RM1 lebih pun dah boleh dapat satu botol. Yang itu yang sebenarnya peranan di pintu masuk itu untuk memastikan bahawa benda-benda ini tidak masuk pada kita sebab mereka *legalise*-kan isu ini.

Dan isu yang apabila kami berdiskusi dengan Thailand adalah isu dia, mereka pun ada masalah sebab mereka tak tahu berapa banyak dos yang akan diambil oleh mereka ini. Yang itu yang sebenarnya di zon utara daripada pengalaman saya sendiri sebagai Pengarah Kedah dan Pengarah Perlis, itu isu utama yang kita hadapi apabila seludup daripada masuk daripada negara-negara ini yang telah *legalise* dia.

Warnanya pula untuk menjawab YB tadi, tidak ada warna yang standard. Dia boleh gunakan *strawberry paste*, dia boleh gunakan macam-macam *paste* yang ada yang menyebabkan penguatkuasaan memang agak sukar. Yang hanya boleh di-*detect*-kan apabila kita bawa ke makmal sahaja yang boleh di-*detect*-kan. Itu adalah kekangan

yang paling besar di dalam isu-isu ketum, isu-isu yang melibatkan dadah-dadah ni di utara.

Seterusnya YB Pengerusi, saya memberi laluan kepada pegawai saya, Dr. Thahiratul Asma' untuk membentangkan pendekatan di Kementerian Kesihatan Malaysia. Silakan.

Dr. Thahiratul Asma' binti Zakaria [Timbalan Pengarah (Penyakit Tidak Berjangkit) (Bahagian Kawalan Penyakit), Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM)]: Okey, terima kasih Dr. Ismuni. Yang Berhormat Pengerusi dan juga semua ahli mesyuarat, saya angkat sumpah dulu . *"Bahawasanya saya Dr. Thahiratul Asma' binti Zakaria dengan sesungguhnya bersumpah bahawa segala keterangan yang saya berikan di hadapan jawatankuasa ini adalah benar, tiada yang tidak benar melainkan benar belaka"*.

Jadi untuk permulaan, sebelum saya teruskan berkenaan dengan pendekatan kesihatan awam dalam menangani penyalahgunaan dadah dalam kalangan kanak-kanak dan komuniti. Jadi, kita bentangkan situasi penyalahgunaan atau penagihan dadah atau bahan.

Statistik untuk tahun 2024, terdapat 192,857 orang pengguna dan penagih dadah. Jadi, sumber yang kita ini adalah kita dapat daripada AADK, PDRM, KKM dan juga pusat pemulihan dadah persendirian. Dan kalau kita tengok daripada jumlah 192,857 ini, kebanyakannya adalah lelaki, 84 peratus; dan lapan peratus adalah perempuan. Jadi, 162,360 adalah lelaki. Manakala dari segi umur, kategori 10 hingga 19 tahun, 13 peratus, 2,588 kes; 20 hingga 39 tahun, 60 peratus, 114,915; dan lebih daripada 40 tahun, 39 peratus.

Jadi, kebanyakannya adalah dari kategori 20 hingga 39 tahun. Mengikut etnik, yang paling banyak terlibat dalam penyalahgunaan dadah ini adalah etnik Melayu, 75.6 peratus; diikuti dengan Cina, 7.7 peratus; dan India, 7.7 peratus; juga dan seterusnya Bumiputera Sabah, 4.8 peratus; Bumiputera Sarawak, 2.9 peratus; dan lain-lain adalah 1.2 peratus.

Dan sekiranya kita tengok pula kepada jenis dadah, kategori dadah, kita dapat tengok di sini *group* yang paling banyak berlaku penyalahgunaan dadah adalah daripada kategori *amphethamine*, 72.5 peratus. Jadi, seperti mana yang diterangkan oleh pihak PDRM tadi, ini termasuklah *methamphetamine*, *ecstasy* dan juga *amphethamine*. Dan kategori yang kedua adalah *opiates*; *heroin*, *morphine*, *methadone*

termasuk dalam kategori inilah, 20.6 peratus. Seterusnya *cannabis*, 3.7 peratus; *psychotropic pills*, 1.4 peratus; dan lain-lain adalah 1.6 peratus.

Tuan Zakri bin Hassan: Tuan Pengerusi, saya nak tanya. Ada tak data berkaitan? Misal kata Melayu ini dia ambil apa? Kaum Melayu ada ambil apa? Kaum Cina dia ambil apa? India dia ambil apa? Yang nampak jelaslah. Orang Cina dia ambil apa dari segi data?

Dr. Thahiratul Asma' binti Zakaria: Untuk KKM kita tak ada data pembahagian itulah.

Puan Syerleena binti Abdul Rashid: Puan Pengerusi, saya ada soalan, nak dapat pengesahan. Kalau ikutkan *fentanyl*, dia di bawah kategori mana?

■1520

Fentanyl, kalau ikut dipanggilkan '*Blues*'.

DCP Mohd Zani bin Che Din: Yang baru.

Puan Syerleena binti Abdul Rashid: Yang baru.

DCP Mohd Zani bin Che Din: Yang baru-baru ini. Sebab apa yang kita masuk ni, kita masuk bawah MPS ini tapi kita tak dapat jumlah yang betul-betul tepat sebab kita masih tunggu daripada analisis kimia, YB sebelum — sebab itu dia kata *fentanyl* tapi kita nak sahkan tu kena *chemist* dulu yang dapat. Jadi pihak polis tak dapat nak bagi dia punya fakta dululah, YB.

Datuk Dr. Ismuni bin Bohari: Dia YB, kalau saya boleh tambahkan, YB. Dia *fentanol* di bawah *fentanyl*. *Fentanyl* ini adalah ubat bius yang sangat kuat. Dia lebih kurang macam *ketamine* tadi tetapi dia punya efek lagi kuat sebenarnya. Dia di bawah *fentanyl group*.

Puan Hajah Rodziah binti Ismail: Pengerusi, saya nak tanya. Kalau ikut data ini, data tadi kan, kita tengok kalau kita hanya fokus kepada bawah 19 tahun, 2,588. Tapi pihak tadi, Pengarah sebut tadi kita hanya ada kalau 2004 saja lah kan, 1,208. So, tangkapan dengan jumlah sebenar tu yang selebih itu ke mana? Mereka ada dirawat — KKM dapat data dari mana kan.

DCP Mohd Zani bin Che Din: Saya rasa YB, yang ini daripada pihak polis yang ditangkap dan dibuka siasatan. Tetapi yang lain yang mungkin pergi kepada AADK kah apa itu, yang kami tak ada data tu.

Seorang Ahli: [Bercakap tanpa menggunakan pembesar suara]

DCP Mohd Zani bin Che Din: Termasuk yang sukarela dan sebagainya yang lain-lain itu pihak polis ada.

Puan Hajah Rodziah binti Ismail: Maksud saya bila kita ada berbaki kan, kita ada 2,588 kan? Kalau kita tengok statistik itu, tolaklah 1,200, makna ada 1,300 yang dikenal ataupun diperolehi data itu daripada AADK kah daripada mana-mana kan.

DCP Mohd Zani bin Che Din: Mungkin ya.

Puan Hajah Rodziah binti Ismail: So, mereka ini memang sekarang ini dipulihkan kah ataupun dia masih terlepas kah, macam mana kan, saya — walaupun dia tidak ditangkaplah, tidak dijatuhkan kes.

Datuk Dr. Ismuni bin Bohari: Terima kasih YB. Sebenarnya YB, mana-mana yang tidak ditangkap ini memang kita akan merawat di tempat kita di OSCA kita dan juga di komuniti kita, memang ada — memang tidak semua yang akan ditangkap sebab kalau tidak yang penggunaan-penggunaan yang ini memang dia akan lari terus daripada sistem. Sebab bagi kami sebenarnya *we try to help them as much as possible* untuk memulihkan, itu kami punya *trust* lah. Walau bagaimanapun, sentiasa bekerjasama dengan pihak polis.

Puan Hajah Rodziah binti Ismail: Statistik ini menarik Pengerusi, sebab kalau kita tengok mereka ada di dalam agensi yang berbeza yang merawat kan. Boleh tak kita dapat, kalau tak ada sekarang kan, kejayaan kita merawat dia tanpa tangkapan sebab dia kanak-kanak, saya nak cakap dia ni kanak-kanak. Kita takut *habit* itu berterusan. Macam hari itu kita pergi ke PUSPEN, dia kata tak lebih dua tahun pergi dan sebagainya ataupun ikut hukuman kan? Itu kalau di dalam, tapi kalau di luar ni, jaminan kita untuk mereka tidak berulang ataupun dapat dirawat sebab mereka ini kanak-kanak. Takut nanti ada *influence* lain.

Datuk Dr. Ismuni bin Bohari: YB, kita sebenarnya ada sedikit data berkenaan dengan OSCA iaitu yang dirawat di tempat. Kejayaan untuk rawatan selepas ini. Walau bagaimanapun, data yang keseluruhan yang YB kalau *let's say* ada tambahan, *most probably* kita akan balik dahulu dan serahkan kemudian. Selepas ini ada sedikit data berkenaan dengan rawatan untuk *group, group* ini. Terima kasih.

Dr. Hajah Halimah Ali: *And then*, nak tanya juga *specifically for* kanak-kanaklah. *10 to 19 years* itu kan, makna kanak-kanak itu. Bagaimana dia mula dapat sumber itu? Kawan punya *influence* ataupun setengahnya abang kan? *The closest to the family*. Dia

nak MLM kah apa benda itu kan, *cousins*, kawan-kawan main dia *and all that*. *What* — macam mana *the situation* kita nak tengok tu. *How is it exactly?*

DCP Mohd Zani bin Che Din: Yang Berhormat, daripada pengalaman pihak polislah terutama sekali ialah rakan sebaya, sekampung. Selalunya yang kita *interview*-lah yang kanak-kanak ini, rakan sebaya di kampung.

Kedua, persekitaran. Contohnya kalau kita ada kawasan yang padat penduduk dan kanak-kanak ni tak ada tempat lain nak berhimpun di bawah flat dan sebagainya, itu yang akan jadi penyumbang utamalah maksud dia. Sebab dua-dua benda ini lebih kurang berkait rapat. Bagi saya di kawasan luar bandar, kalau kita tengok di Kelantan, Terengganu dan Pahang yang melibatkan komuniti pun lebih kurang sama semua walaupun dia tak padat penduduk tapi rakan sebaya itu kawan ada *this group*...

Dr. Hajah Halimah Ali: *[Bercakap tanpa menggunakan pembesar suara]* Siapa dulu? Dia punya...

DCP Mohd Zani bin Che Din: Cubalah. Dia memang rasa...

Dr. Hajah Halimah Ali: Kita nak tahu, kita nak cuba atasi dia, *how does it start in first place?* Kan. Kalau dia tak cuba, mungkin dia lebih mudah untuk kita kawal kan? *Prevention is better than cure* kan? *So, how do we prevent? That's my* apalah yang kita...

DCP Mohd Zani bin Che Din: Saya nak kena — pihak polis tak dapat nak bagilah pandangan berhubung langkah nak ambil untuk dalam ni. Tapi, kita boleh bagi lebih kurang sebab punca dialah, tapi untuk yang langkah seterusnya untuk pemulihan ini, saya rasa nak kena agensi lain yang bagi pandangan profesional merekalah, YB.

Dr. Hajah Halimah Ali: Pagi tadi kita ada yang anak yang diabaikan *and all that* kan? Pagi kita ni kan. *So*, kita nak tahu ni macam mana *13 percent is quite big* lah kan? 13 persen itu, *19 — 10 to 19* itu kan.

So, kalau kita boleh nak cegah *the next cohort* kan supaya mereka ini tidak langsung mencuba benda ini, *we have to get to the source of it, root cause*, apa *root cause* nya? Kalau dia macam tempat padat macam flat, saya punya pengalaman dulu sebagai ADUN Selat Klang, Flat Seri Perantau apa ni YB Rodziah dah ni dekat situ kan, memang situ memang port. Dia tingkat, tingkat *low-cost flat, low-cost flat*. *So*, dia akan dia *spreading* saja, senang saja, mudah. Mula-mula yang tadi itulah, *free of charge*. Rasa nak rasa.

Datuk Dr. Ismuni bin Bohari: YB, kalau boleh daripada pengalaman kami. Selalunya kalau di sekolah ini dia *start* dengan merokok. Kawan-kawan rakan sebaya

try merokok. Dan, kes yang pertama yang saya hadapi di Labuan adalah daripada abang dia sendiri sebab merokok itu menjadi satu perkara dalam rumah, dah biasa. So, dia bawa satu *vape* dan abang dia suruh *try*. Yang *first case* dekat Labuan yang melibatkan kebocoran paru-paru satu ketika dahulu.

Jadi kalau kita tengok sekarang ini *the first-nya* adalah selalunya *start* dengan merokok. Apabila budak-budak ini mencuba merokok dan untuk tujuan tersebut YB, kami tengah pun berdiskusi dengan Kementerian Pendidikan Malaysia di mana apa yang kita nak sekarang ni adalah memanjangkan penguatkuasaan Akta 852 untuk pencegahan merokok dan *vape* ini diturunkuasakan kepada guru-guru besar dan guru disiplin di sekolah. Dalam proses, kita dah ada tiga sesi bersama dengan Kementerian Pendidikan Malaysia untuk mereka supaya mereka ini boleh membantu kita di dalam — sebab di dalam sekolah itu agak sukar untuk kita masuk.

Jadi yang ini mendapat positif daripada Kementerian Pendidikan Malaysia dan kita dalam proses *final* untuk dapatkan *engagement*. Cuma, Kementerian Pendidikan Malaysia sekarang ni tengah ber-*discuss* dengan persatuan guru-guru seluruh Malaysia dahulu untuk melihat kepada cadangan daripada pihak kami.

Dan dijangkakan dalam masa terdekat kita akan memastikan perkara ini — kalau kita dapat, *insya-Allah* yang itu lagi memudahkan kita YB. *Insya-Allah* yang itu yang kita cuba selain daripada apa yang kita buat sekarang ini — promosi program di sekolah, program kotak, program macam-macam kotak, kotak-kotak program di sekolah sekarang ini yang itu kita masih berusaha untuk pastikan bahawa mereka ini tidak merokok sebab daripada situ nanti akan terus ke arah benda-benda lain.

Tuan Zakri bin Hassan: Tuan Pengerusi, cikgu-cikgu, cikgu disiplin.

Puan Hajah Rodziah binti Ismail: *[Ketawa]*

Tuan Zakri bin Hassan: Kalau rokok ni rokok — kadang-kadang sekarang ni, budak-budak yang masuk tingkatan satu dah merokok. Sebahagian besar yang masuk tingkatan satu sekarang ke sekolah menengah dah merokok.

Jadi bila dah masuk tingkatan empat, tingkatan lima rokok ni dah tak stimlah, dia kena cari yang lain. Sebab itu bila kami guru-guru disiplin yang selalu tangkap dekat *gate* ini nak masuk kan, *check* beg kan, itu yang saya kata ada *ayaq* ketum, dah ada dan lain-lain. *Cakaroi, cakaroi* — *cakaroi* tu campur semua. Itu yang di — kalau ni cikgu lelakilah. Cikgu perempuan dia tak nampak, cikgu lelaki nampak benda-benda macam tu. Dan, kami dah ambil tindakan fasal merokok dulu KKM ada — Kementerian

Kesihatan ada buat satu macam peraturan. Kalau siapa yang merokok kena 50, kena *fine* kan?

■1530

Jadi, kita panggil tahu. Kita sekolah, kita panggil KKM untuk *fine*, suruh budak itu bayar RM50. Jadi, kita di samping itu, kita *torture*-lah. Kita bagi dia punya — kita bagi pandanganlah. Cuma saya nak — saya pun ada sedikit pengalaman dengan kawan-kawan polis, dengan kawan-kawan dengan AADK dan saya tengok kalau polis ini dia lebih kepada tindakan, untuk mengambil tindakan dari segi undang-undang.

Sementara AADK, dia tangkap dan dia sumbat ke pusat pemulihan, PUSPEN. Polis, dia tangkap, dia untuk ke mahkamahlah. Itu — adakah boleh duduk sekali, macam mana ini? Sebab saya nampak. Saya nampak jelas ini. Sebab AADK, saya pernah *join* AADK, kan. Tetapi, polis tak ikut.

Tetapi, kalau polis dan token-token ini, dah kenal polis. Sebut nama polis ini, sekarang dah kenal dah. Sebut *brother* ini, token dah tahu dah. Jangan kacau, contoh lagu itu. Yang ini saya nampaklah, antara AADK dengan polis. Jadi, saya harap AADK dengan polis itu, dia ada satu kerjasamalah. Terima kasih.

Dato' Hj Abdul Halim bin Hj Abdul Rahman: Yang Berhormat Pengerusi, sebenarnya memang kerjasama antara AADK dan polis itu memang berlaku. Macam AADK, di bawah Akta Penagih Dadah (Pemulihan dan Rawatan), memang ada yang diberi peluang, yang menyerah diri secara sukarela untuk dipulihkan dan ia sama ada dia ditempatkan di PUSPEN ataupun dibuat rawatan dalam komuniti.

Demikian juga yang — tetapi kalau yang ditangkap oleh pihak polis, yang ini akan dibawa di mahkamah dan mahkamah akan memutuskan sama ada dia ini dikenakan hukuman penjara ataupun diserahkan pengawasan kepada AADK. So, dimasukkan ke PUSPEN jugalah. Jadi, yang itu bergantung kepada keputusan mahkamah dan merit kes tersebut.

Jadi, kerjasama ini memang ada. Dia memang dia adalah yang mana perlu diserahkan kepada AADK, yang mana dipenjarakan, tetapi kalau dipenjarakan pun kita ada program AADK bersama Jabatan Penjara, dia ada dipanggil *Mobile Recovery Unit* (MRT) kah yang mana dia juga ada program pemulihan kepada mereka yang terlibat dengan dadah ini di penjara. Memang ada program di dalam penjara itu sendiri. Terima kasih.

Tuan Hairuddin bin Abdullah [Timbalan Setiausaha Bahagian I (Bahagian Keselamatan dan Ketenteraman Awam), Kementerian Dalam Negeri (KDN)]: YB, sebenarnya saya nak menjawab yang YB tanya tetapi kena angkat sumpah dululah. *[Ketawa]* “*Bahawasanya saya, Hairuddin bin Abdullah dengan sesungguhnya bersumpah bahawa segala keterangan yang saya berikan di hadapan Jawatankuasa ini adalah benar. Tiada yang tidak benar melainkan benar*”.

Jadi, saya nak jawab, nak bagi komen sikit berkaitan kata *root causes* tadi, kan. Sebenarnya kalau kita tengok, kata tadi sebut pasal rokok semua kan. Tetapi, sekarang ini rokok ini pun kalau untuk budak-budak, dia dah tak — dia dah kurang. Cumanya, yang penting sebenarnya, kerajaan punya *will*. Sanggup tak kerajaan mengharamkan sepenuhnya secara mutlak *vape* ini dia.

Dr. Hajah Halimah Ali: *[Bercakap tanpa menggunakan pembesar suara]* Vape dan rokok.

Tuan Hairuddin bin Abdullah: Sebab budak-budak sekolah dia tak pergi pada rokok yang biasa. Tetapi kebanyakannya sekarang ini, *go* pada *vape* itu sendiri. *That’s why* kalau kata tadi, *mushroom* kah, yang lain-lain itu kita panggil dadah lain itu sekarang ini, kalau dulu-dulu *vape* ini diperkenalkan, betullah. *Liquid* dalam itu *genuine*-lah.

Sekarang ini sebab Malaysia ini terkenal dengan kreativiti. Jadi, benda dalam itu semua dah masuk dalam itu. Kalau kata *cakoroi* kah apa kah, *even Red Bull, Livita* boleh campur semua, masuk dalam *vape* pun boleh. Perasa bukan lagi perasa nanas kah, perasa ini kah, tak ada. Sekarang, benda-benda dalam itu — sebab *vape* ini bentuk dia pun bukan macam rokok biasa dah.

Jadi, sebenarnya *that’s why* dulu kenapa kita — ya lah, *vape* ini pun boleh jadi punca jugalah sebab dia bawa satu, mudah. Dia tak perlu pergi kedai rokok. Dia *just liquid* itu mudah untuk dapat. Jadi, untuk dari segi penyalahgunaan itu, lebih mudah sebab dia bukan dalam bentuk rokok biasa, konvensional. Itu kadang-kadang di sekolah pun, masalah juga. Dia boleh simpan dekat mana-mana. Rupa pun lebih kurang macam *lighter* juga, boleh jadi juga.

Jadi, *that’s why* kata tadi macam polis pun, bila buat tangkapan pun, kebanyakan budak-budak ini kalau letak dalam botol yang kata tadi beli tepi jalan pun, selalunya *vape* itulah menyumbang juga dan pengaruh *vape* ini daripada rakan-rakan lebih mudah daripada yang kita tangkap, yang dekat *port, port* biasa, yang di semak-semak itu, kan. Itulah puncanya.

Tuan Pengerusi: Okey, teruskan.

Dr. Thahiratul Asma' binti Zakaria: Saya teruskan ya, YB. Jadi, seterusnya adalah secara umum, kesan penyalahgunaan dadah terhadap kanak-kanak dan komuniti. Jadi, tiga kesan utama adalah impak kesihatan, impak sosial dan juga impak ekonomilah.

Jadi, secara umumnya, kalau impak kesihatan itu, dia boleh menyebabkan kerosakan organ. Organ-organ penting seperti otak, jantung dan hati dan juga pertumbuhan fizikal kanak-kanak itu akan terganggu akibat pengambilan dadah pada usia yang muda. Di samping itu, dia akan juga menyebabkan gangguan kognitif. Perkembangan kognitif dan emosi kanak-kanak akan terjejas dengan penyalahgunaan dadah.

Jadi, kalau impak sosial itu, kita boleh lihat banyak kes-kes penyalahgunaan dadah ini akan menyebabkan keretakan institusi keluarga, kes ponteng sekolah dan keciciran pelajaran, dan daripada situ juga akan berlaku kes-kes jenayah dan ketidakstabilan sosial yang akan meningkat.

Manakala impak ekonomi pula, dia akan melibatkan kos rawatan, kehilangan produktiviti dan bebanan sistem kebajikan negara dan keluarga menanggung tekanan kewangan yang berpanjangan akibat ketagihan penyalahgunaan dadah.

Jadi, kalau kita tengok ekosistem rawatan ketagihan dadah, dia ada dua. Satu adalah peranan yang dimainkan oleh Kementerian Kesihatan Malaysia dan juga sokongan komuniti. Jadi, kalau untuk peranan Kementerian Kesihatan Malaysia dalam rawatan ketagihan dadah, kita menyediakan rawatan dan pemulihan ketagihan dadah di mana kita menyediakan penilaian dan rawatan klinikal. Kita menawarkan rawatan farmakologi, termasuk Program Rawatan Methadone (MMT). Kita menyediakan perkhidmatan psikiatri dan kesihatan mental yang berkaitan untuk pesalah atau penagih dadah. Kita membantu pesakit mencapai pemulihan dan meningkatkan kualiti hidup.

Di samping itu, terdapat juga sokongan komuniti untuk penagih-penagih dadah yang dijalankan oleh Agensi Antidadah Kebangsaan, badan bukan kerajaan dan juga sektor swasta. Apa yang menarik untuk saya kongsi dengan ahli-ahli mesyuarat adalah dari segi pendekatan kesihatan awam, kita menganggap ketagihan ini adalah penyakit. Jadi, kita perlu rawat. Berdasarkan *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, jadi masalah ketagihan dadah ini adalah penyakit dan dia perlu dirawat dan memerlukan pemulihan.

Jadi, rawatan yang berstruktur diberikan oleh pegawai perubatan melalui kaedah farmakologi dan juga rawatan bukan farmakologi. Maksudnya, kalau farmakologi itu, kita bagi ubatlah. Kalau rawatan bukan farmakologi itu, termasuklah khidmat nasihat, kaunseling dan juga, sokongan sosial.

Jadi, untuk seterusnya, di bawah perkhidmatan rawatan ketagihan dadah di bawah KKM, kita ada OSCA sepertimana yang disebut oleh Dr. Ismuni sebentar tadi. Perkhidmatan *One-Stop Center for Addiction (OSCA)* di klinik kesihatan. Jadi, dia diperkenalkan di Malaysia sejak tahun 2014 dan dia meliputi semua jenis ketagihan dan penyalahgunaan *substance*. Dia bukan terfokus kepada ini sahaja. Kalau *methadone*, dia hanya khusus untuk *opiates* punya ketagihan. Tetapi untuk OSCA *clinic*, dia meliputi semua jenis ketagihan dan penyalahgunaan *substance* dan dia meliputi perkhidmatan saringan, intervensi dan rawatan penyalahgunaan dan ketagihan dadah di peringkat kesihatan primer. Maksudnya, di klinik kesihatan yang bersifat komprehensif, holistik dan bersepadu.

Melalui perkhidmatan OSCA ini juga, di mana dia bersifat *community-based*, jadi dia berfungsi sebagai *floodgate* untuk mengawal banjiriran kemasukan kes-kes penyalahgunaan *substance* ke hospital. Jadi, kalau kita tengok rawatan ataupun perkhidmatan yang diberikan di OSCA ini dia meliputi intervensi dan rawatan ketagihan, saringan merokok, alkohol dan juga penyalahgunaan dadah ataupun bahan yang lain.

Integrasi rawatan-rawatan lain. Contohnya, kebanyakan penyalah — pengguna-pengguna ataupun penagih dadah ini, dia akan ada masalah-masalah perubatan yang lain seperti HIV, *sexually transmitted disease*, Hepatitis B, Hepatitis C ataupun lain-lain penyakit, kita juga akan rawat di OSCA, di klinik kesihatan. Melalui perkhidmatan OSCA di klinik kesihatan juga, kita akan melakukan rujukan bagi kes-kes yang memerlukan ke hospital.

Jadi, sehingga tahun 2025, terdapat 131 klinik kesihatan yang ada perkhidmatan OSCA di seluruh negara. Kalau kita tengok, negeri yang paling banyak adalah di Johor, sebanyak 50 buah OSCA, diikuti dengan Sarawak ada 26. Kemudian, Melaka, 17; Wilayah Persekutuan KL–Putrajaya, 10; Terengganu, 8; Kelantan, 4; Pahang, 4.

■1540

Tuan Pengerusi: Saya nak tanya, yang ini *mapping*-nya, macam mana *decide* negeri apa yang ada OSCA? Seperti Selangor ada dua sahaja tapi populasi tinggi kan? Johor 50, Selangor dua.

Puan Hajah Rodziah binti Ismail: Sebab itu kita nak tahu mungkin *Terms of Reference* untuk menyediakan OSCA itu, apa kategori dia contohnya kan? Dan OSCA ini selalunya di mana? Di KKM klinik kesihatanlah ya?

Dr. Ismuni bin Bohari: YB, OSCA ini semuanya di klinik kesihatan. Yang ini adalah bergantung kepada *how creative* di peringkat negeri sendiri dalam menangani. OSCA yang terbaik, yang ada *complete* dengan ini adalah di negeri Perlis. Kalau nak tengok model OSCA yang terbaik, boleh pergi kepada YB Kangar, dekat negeri Perlis itu adalah yang terbaik. Yang lain ini, kami akan, saya akan tengok sendiri *distribution* ini. Sebab program ni adalah program daripada 2014.

Jadi pada waktu tersebut kebanyakannya adalah berdasarkan kepada bilangan kes-kes yang berada di kawasan-kawasan tertentu pada waktu tersebut. Dan selepas itu, dia akan melihat kepada kapasiti klinik itu sendiri. Sebab masalahnya, contohnya kalau, kalau di Perlis kenapa kita boleh buat dengan baik? Sebab dia ada satu bangunan asing. Sebab kita nak elakkan stigma daripada klinik tersebut. Di Selangor, besar kemungkinan isunya adalah disebabkan oleh *most of the clinic* adalah terlampau sesak yang kita memerlukan satu tempat lain, *decant*.

Sebab kita tidak boleh takut stigma satu, dan satu lagi takut nanti akan mengganggu perkhidmatan-perkhidmatan lain. Sebab itu Selangor ini, *the only reason* yang saya boleh bagi adalah kebanyakan klinik ini adalah tidak berapa nak sesuai. Macam di Perlis, yang kita letakkan adalah di kuarters yang kita naik taraf menjadi klinik di sebelah klinik yang berasingan. Yang itu yang antara, antara inilah. Tapi saya memahami YB-YB semua bahawa kita kena melihat kepada *how best* untuk kita melihat ekuiti kepada perkhidmatan ini. Terima kasih.

Tuan Pengerusi: Dalam OSCA ini, ada berapa ramai pegawai?

Dr. Ismuni bin Bohari: OSCA ini, terima kasih YB Pengerusi. OSCA ini bergantung kepada berapa bilangan. Sebab OSCA ini akan adalah — dia adalah *side-by-side* dengan klinik sedia ada. *Side* klinik sedia ada. Jadi, klinik sedia ada ini, sebab kita tidak mahu dia didiskriminasikan. Maknanya, pegawai-pegawai, pakar-pakar kita adalah daripada klinik tersebut dan pegawai kita pun daripada klinik sedia ada yang akan membuat *rotation* berdasarkan pada bilangan. Sebab OSCA ini memerlukan masa, YB.

Dia bukan macam klinik lain. Apabila datang, kita kena bujuk, kita kena ada *conference*, kita memerlukan masa. Dan setiap pesakit dia tidak akan ambil macam di klinik lebih kurang dalam 10 ke 30 minit, tidak. Dia akan ambil masa sekurang-kurangnya

30 minit ke atas untuk menyelesaikan satu-satu kes termasuk membujuk dengan pelbagai. Dan satu lagi, kalau kita buat di klinik-klinik yang sesak, tidak akan ada yang akan datang. Dia tidak akan — tak ada yang datang.

Sebab itu sebenarnya pemilihan klinik ini, pertanyaan kenapa Selangor tak ada banyak ini, sebab klinik di Selangor ini terlampau *cramp* yang menyebabkan kalau kita buka pun tak akan ada *taker* sebab mereka akan lari. Dan kalau ini pun, dia akan ada isu dekat situ, YB.

Puan Hajah Rodziah binti Ismail: Pengerusi, saya rasa mesti ada hala tuju semasa OSCA itu nak dilaksanakan, kan? Contohnya, *since 2014*, kalau katalah setiap Parlimen, contoh kalau — ataupun ADUN, mesti ada satu OSCA, kan? Ada tak hala tuju itu yang pernah dibincangkan? Dan kalau kita tengok ia terlalu sedikit. Kalau Selangor itu dua, saya rasa saya pun tak tahu kat mana, kan? Kita pun tak tahu dekat mana, kat Selangor ada OSCA ini, kan? Jadi, tidak diuar-uarkan.

Jadi, saya rasa, ada tak? Pernah ada tak satu perancangan hala tuju untuk perkara ini? Sebab mungkin Dr. boleh kongsikan juga kejayaan-kejayaan di OSCA ini. Sebab kita nampak kalau efektif, kenapa tidak dibuat dengan sebaiknya?

Dr. Ismuni bin Bohari: Dia OSCA ini adalah salah satu daripada intervensi yang kita berikan di tempat-tempat yang memang bersesuaian. Di samping OSCA, kita juga ada klinik methadone, klinik-klinik psikiatri, klinik-klinik di hospital. Kita ada klinik-klinik tersebut. Tetapi OSCA ni adalah *special* apabila kita dapat kawasan yang *proper* macam ini.

Dan untuk — yang saya faham maksud YB tadi, untuk hala tuju keseluruhan, besar kemungkinan pihak kami, saya akan melihat sendiri, untuk melihat kepada *how best the whole programme* disatukan dan melihat kepada *projection by* daerah. Kalau tak ada tempat, macam mana — *what is the opportunity* — apa yang kita boleh *offer* kan di kawasan-kawasan yang kliniknya memang tidak bersesuaian dalam keadaan tersebut.

Puan Hajah Rodziah binti Ismail: Sebab apa saya bangkitkan benda ini? Sebab tadi, pagi tadi saya tak ada kan? Dari sudut, contoh OSCC. Kita tengok keadaan penyediaan OSCC tu tidak kondusif kepada kanak-kanak, kan? Dia ada banyak kes dalam itu. Diskriminasi kan, deralah semua-semua. Tapi ada kes kanak-kanak juga.

Tetapi kita tidak menyantuni *the rights of the children*, cara kita *approach* dan sebagainya. OSCA ada tak satu, satu *approach* yang bagaimana kita nak santuni kanak-

kanak yang telah salah guna kuasa ini? *Eh*, salah guna kuasa pula. Salah guna dadah ini kan? *[Ketawa]* Salah guna kuasa. *[Ketawa]* Salah guna dadah ini. Sebab dia untuk kita jadikan dia *children-friendly* supaya mereka datang dan dia pun memang nak dipulihkan sebaiknya.

Dr. Ismuni bin Bohari: Masalah kanak-kanak ini YB, dia agak sangat kompleks. Dia memerlukan *psychiatrist* kanak-kanak disebabkan dia bukan setakat melibatkan kanak-kanak itu sendiri, tetapi yang paling besarnya adalah *denial* daripada keluarga itu sendiri. Sebab itu kalau kita tengok di Selangor, di Selangor *itself* dua, tapi jumlah pesakit yang ada dekat situ 133 sahaja. Sebab *willingness* mereka untuk — sebab kita tidak boleh memaksa mereka untuk datang. So, yang ini adalah *voluntary* punya untuk ini.

Jadi untuk kanak-kanak, kalau saya boleh katakan isu yang paling besar yang kita hadapi adalah *denial by the parents*. Yang itu yang paling-paling besar sebab kanak-kanak kita Akta Kanak-kanak lagi. Kita tidak boleh membuat sebarang pada kanak-kanak. Sebab itu mungkin saya boleh maklumkan dekat sini *loophole* kepada Akta 852 sendiri untuk *vape*.

Kenapa *vape* ini orang tanya saya kenapa budak-budak yang bawa *vape*, bawa botol *vape* itu kita tidak boleh tangkap, kita tak boleh saman? Sebab kalau tengok pembangunan Akta 852, pemilikan *vape* itu tidak menjadi satu kesalahan kecuali kalau dia hisap. Sebab pada waktu itu, *human rights* dengan *team*, *team* waktu pembangunan itu telah pun membuat bantahan kepada akta tersebut disebabkan oleh satu perkara. *Right of* kanak-kanak untuk diperiksa *body*.

So, sekarang ini isu itu menjadi kekangan pada kita dalam kita untuk menguatkuasakan. Sebab budak ini boleh saja tunjuk. Kita hanya boleh ambil tindakan tapi kita tidak boleh, kecuali kalau dengan sah dia menghisap. Yang itu yang selalu keluar dalam *newspaper* kan, kenapa penguatkuasaan lemahlah. Ia bukan lemah sebenarnya. Sebab itu adalah *loophole* kepada undang-undang sedia ada, disebabkan sebelum ini bantahan. Sebab isunya ada melibatkan apabila kita meletakkan boleh ini, maknanya kita akan melibatkan pemeriksaan *body* yang telah menjadi satu isu sewaktu Akta 852 dibangkitkan di Parlimen.

Kementerian Kesihatan kalau seingat saya memang meletakkan tetapi dibantah pada waktu tersebut. Jadi, *loophole* macam ini yang ada pada undang-undang kita sebenarnya. Terima kasih.

Tuan Pengerusi: Okey, teruskan.

Dr. Thahiratul Asma' binti Zakaria: Untuk seterusnya, masih lagi berkenaan dengan OSCA. Jadi sebelum itu, seperti mana yang disebut tadi penambahan klinik yang menyediakan perkhidmatan OSCA ini kita akan tambah berdasarkan kepada keperluan dan tahap risikolah yang memerlukan.

Jadi untuk perkhidmatan rawatan di bawah klinik OSCA, buat masa ini kita ada tiga orang pakar perubatan keluarga dengan subkepakaran ketagihan. Dan dua pegawai perubatan yang masih dalam latihan subkepakaran dalam...

Tuan Pengerusi: *You* maksud, seluruh Malaysia hanya ada lima?

Dr. Thahiratul Asma' binti Zakaria: Tiga dah pakar, dua masih belum dapat subkepakaran.

Tuan Pengerusi: Hah? *Total* lima?

Dr. Thahiratul Asma' binti Zakaria: Ketagihan. Untuk ketagihan.

Dr. Ismuni bin Bohari: Dia macam ini YB, YB Pengerusi. Sebenarnya, yang ini adalah *special*. Semua doktor, pakar perubatan memang telah pun di-*train*-kan. Yang ini adalah *special* untuk ekstra-ekstra lagi di dalam menangani...

Seorang Ahli: [*Bercakap tanpa menggunakan pembesar suara*] Ekstra?

Dr. Ismuni bin Bohari: Ya. Bukan *specialist*, dia memang ekstra kepada *specialist* lagi. Sebab mereka ini, sebenarnya yang ini adalah yang ada subkepakaran. Tetapi yang di-*train*-kan untuk OSCA ini adalah meliputi keseluruhan keperluan-keperluan di setiap klinik memang dah ada.

■1550

Cuma yang ini adalah pakar rujuk untuk satu Malaysia sekiranya ada kes-kes yang *beyond* untuk rawatan di tempat...

Tuan Pengerusi: Di mana mereka ditempatkan yang lima ini?

Dr. Thahiratul Asma' binti Zakaria: Yang tiga sahaja yang dah ada subkepakaran ini. Jadi, tiganya adalah seorang adalah di Klinik Kesihatan Batu 9, Hulu Langat. Satu lagi adalah Klinik Kesihatan Pengkalan Chepa, Kota Bharu dan seorang lagi adalah Pengarah Bahagian Perkembangan Kesihatan Keluarga, HQ.

Tuan Pengerusi: So, bila ada masalah di semua OSCA mereka akan rujuk lah kepada tiga pakar ini?

Datuk Dr. Ismuni bin Bohari: Betul, betul, betul YB.

Tuan Pengerusi: Macam mana *you* zon kan mereka? Sebab Sabah, Sarawak tak ada. Sabah, Sarawak dia rujuk siapa?

Datuk Dr. Ismuni bin Bohari: Sebab Sabah, Sarawak memang dia dah ada pakar FMS yang dilatih. Yang ini adalah Pakar Perubatan Keluarga yang memang telah dilatih untuk mana-mana klinik yang pakar yang telah — yang ini adalah yang *special* sebagai pakar rujuk sekiranya ada kes-kes yang terlampau berat yang tidak boleh diselesaikan baru dirujukkan dan mereka akan memberi...

Tuan Pengerusi: So, Sabah, Sarawak rujuk siapa? HQ?

Datuk Dr. Ismuni bin Bohari: Di ibu pejabat.

Tuan Pengerusi: Okey. Biasa kes rujuk kepada HQ banyak tak?

Datuk Dr. Ismuni bin Bohari: Pada waktu ini, sejujurnya agak kurang sebab *competency* di peringkat OSCA itu sendiri telah pun ada kecuali kes-kes yang betul-betul *medico-legal* dan yang betul-betul berat sahaja.

Tuan Pengerusi: Okey, teruskan.

Dr. Thahiratul Asma' binti Zakaria: Jadi, untuk jumlah pesakit yang menghadiri perkhidmatan ataupun OSCA, 2023, 2,818; 2024, 2,793; dan sehingga Jun 2025 ada 1,369 pesakit.

Jadi, untuk perkhidmatan rawatan ketagihan yang kedua. Jadi, yang pertama tadi kita ada perkhidmatan OSCA. Perkhidmatan yang kedua adalah Program Rawatan *Methadone*. Jadi, Program Rawatan *Methadone* ini mungkin dah lama dan ramai di kalangan kita yang dah pernah dengar dan dah diperkenalkan sejak Oktober 2005. Jadi, dia merupakan adalah salah satu daripada komponen program *harm reduction*, pengurangan kemudaratan.

Jadi, di samping merawat ketagihan, rawatan *methadone* ini juga bertujuan untuk menangani penularan penyakit bawaan darah seperti HIV dan Hepatitis C di dalam kalangan pengguna dadah *opioid*. Kita ada 465 klinik *methadone* di seluruh negara yang melibatkan 404 klinik kesihatan, 43 hospital kerajaan, 13 penjara ataupun institusi koreksional dan juga lima PUSPEN.

Sehingga kini, kita ada seramai 14,558 klien dalam rawatan *methadone*, di mana majoritinya adalah lelaki lah, 14,275 dan ada juga wanita sebanyak 283 kes. Jadi, di bawah Program Rawatan *Methadone* ini kita lihat memang ada keberkesanan yang sangat ketara yang melibatkan epidemik ataupun *prevalence* kes-kes penyakit berjangkit, penyakit jangkitan seperti HIV dan juga dari segi sosial dan juga keberkesanan kos.

Jadi, kalau kita tengok dari segi epidemik memang bilangan kes HIV dalam kalangan pengguna dadah suntikan ini dah berkurang selepas menerima rawatan *methadone*. Daripada 66 peratus ke 1.9 peratus sahaja pada 2025. Begitu juga dengan *prevalence* HIV dalam kalangan pengguna dadah suntikan, daripada 18.9 peratus pada tahun 2012 kepada 7.5 peratus sahaja pada tahun 2022. Begitu juga dengan anggaran populasi pengguna dadah suntikan. Sebab, dahulu sebelum ini ramai yang menggunakan suntikan. Jadi, daripada 170,000 kepada 60,000. Begitu juga dengan penagihan *opioid*. Dia menurun kepada 66.9 peratus kepada 20.7 peratus.

Kalau kita tengok dari segi sosial, rawatan *methadone* ini menyebabkan peningkatan kemampuan bekerja di kalangan penagih dadah di mana sebelum data daripada Kementerian Kesihatan mendapati sebelum mendapatkan rawatan 47.6 peratus tapi satu tahun selepas rawatan dia meningkatkan kemampuan bekerja pada 66.3 peratus. Begitu juga, dengan dapatan-dapatan yang lain menunjukkan peningkatan dari segi kemampuan bekerja.

Program Rawatan *Methadone* ini juga mengurangkan pemenjaraan. Maksudnya tangkapan dan lokap itu adalah kurang. Dipenjarakan pun juga kurang dan kemasukan ke pusat rehabilitasi juga kurang.

Terakhir adalah semestinya keberkesanan kos lah. Sebab dia memberikan dalam tempoh jangka panjang memberi manfaat kepada epidemiologi penyakit dan juga ekonomi untuk merawat penyakit-penyakit.

Tuan Pengerusi: Apa itu *methadone*? Dia *injection* kah?

Dr. Thahiratul Asma' binti Zakaria: Makan, minum.

Tuan Pengerusi: Minum kah?

Puan Hajah Rodziah binti Ismail: [*Bercakap tanpa menggunakan pembesar suara*] Bukan saya ingat *injection* kah?

Tuan Pengerusi: Oh. Minum tapi dia perlu minum — apakah dos?

Datuk Dr. Ismuni bin Bohari: Dia ada *titled dose* dia, YB. Tersendiri untuk setiap pesakit. Dia adalah untuk mengurangkan kesan daripada ketagihan dia supaya dia boleh bekerja macam biasa. Dia bukan jenis yang dia memang *titrate*-kan. Di klinik itu akan menentukan bagi setiap dos bagi yang diperlukan bagi setiap pesakit.

Tuan Pengerusi: Untuk HIV kenapa dia boleh turunkan yang ketagihan HIV?

Datuk Dr. Ismuni bin Bohari: Sebab kebanyakan mereka sebelum ini YB, menggunakan jarum. Jarum ini adalah yang menyebabkan kalau kita tak tangkap

mereka, mereka akan gunakan jarum dan jarum ini apabila jarum ini yang akan banyak menyebabkan HIV yang akan merebak kepada keluarga. Pada suami isteri.

Tuan Pengerusi: Tapi mungkin bukan *methadone*. Mungkin kerana mereka sudah *shift* ke NPS. *This non-synthetic NSP. Non-synthetic. That is why they never use it anymore. The jarum anymore.*

Datuk Dr. Ismuni bin Bohari: Sebab itu kita membuat YB, membuat dalam *methadone* ini untuk mengelakkan mereka mengambil jarum-jarum ini dan kita akan cuba *titrate*-kan keperluan mereka supaya mereka tidak keterlaluan ketagihan.

Dr. Hajah Halimah Ali: *But this one is only* untuk *opioids addiction* ? Kalau dia *addiction* kepada *amphetamine* kah apa benda itu, *you don't give methadone*. Betul tak? *Is only one kind of addiction*. Bukan semua *addiction* itu.

Tuan Pengerusi: *[Bercakap tanpa menggunakan pembesar suara]* Untuk apa? Ini untuk?

Dr. Hajah Halimah Ali: *Opioid*. Morfin, heroin.

Tuan Pengerusi: *Opioid has to be going through the jarum one?* Suntikan *right*? *Mostly*. Oh, okey. *Understand, understand. This is only for opioids* lah.

Dr. Hajah Halimah Ali: *Yes. Not all.*

Tuan Pengerusi: Okey, okey. *Understand. Because the non-synthetic is not through the jarum*. Okey. *Understand*.

Puan Hajah Rodziah binti Ismail: Jadi, kalau selain daripada jenis yang ini mereka akan pergi PUSPEN lah? Untuk dapat rawatan — makna masuk untuk pemulihan mereka ini?

Datuk Dr. Ismuni bin Bohari: Kita akan masukkan dalam OSCA tadi dan juga akan bekerjasama dengan AADK untuk rawatan.

Dr. Hajah Halimah Ali: *You* ada data tak *this* apa ini, kos daripada awal dia ambil dadah ini sampai ke hujung. *What is the cost actually?* Berapa orang yang telah menerima *your* khidmat sejak diwujudkan OSCA? *What* — berapa *beneficiaries* *you* all dah?

Datuk Dr. Ismuni bin Bohari: Ini kami...

Dr. Hajah Halimah Ali: *And how much have you spent?*

Datuk Dr. Ismuni bin Bohari: Yang ini YB, kami tidak bawa pada waktu ini dan *we are* — saya akan minta pegawai akan serahkan pada urus setia selepas ini. Sebab

kalau saya nak *guess* pun sebab data itu *insya-Allah* kita boleh dapatkan. Cuma, kita tidak akan bagi pada waktu ini. Kita akan bagi selepas inilah.

Dr. Hajah Halimah Ali: So, maknanya *how much has KKM spent on this* dadah isu? Kalau NCD dia ada dia punya apa kan. Dia punya data . So, *per pax* itu berapa *actually? How much are we spending? Taxpayer's money, how much are we spending on this?* Itu yang kita nak tahu lah gambaran.

Tuan Pengerusi: Dan untuk saya yang pulangan dalam penjimatan kos, *I thought would be more than 13 percent. This one 13 percent because if you spend, invest RM1, your pulangan is only RM1.13 but I thought it will more. That means methadone is very expensive?*

I think methadone will be very expensive because treating HIV is expensive. If you dapat menjimat cost of RM900 million that means you spend about RM800 million. Correct or not? How does it work?

Datuk Dr. Ismuni bin Bohari: YB, yang ini adalah kalau you tengok yang bulat yang ketiga, YB Pengerusi adalah pulangan dalam penjimatan kos penjagaan kesihatan.

Tuan Pengerusi: *Understand. That means every one dollar you spend, RM1.00 you spend you get a return of — you get a saving of 1.13. That means is a 13 percent return of investment. 13 percent return of investment is quite low to — I'm very surprised with the — that means methadone is actually very expensive. Is that expensive?*

Datuk Dr. Ismuni bin Bohari: *They have the cost. I need to check the price.*

Tuan Pengerusi: *Every year how much you spend on methadone and then —* Ya.

Dr. Hajah Halimah Ali: Ini *cohort opioid* sahaja.

■1600

Don't forget that.

Tuan Pengerusi: *[Bercakap tanpa menggunakan pembesar suara]* Ya, ya.

Dr. Hajah Halimah Ali: Yes. Okey, *that's why...*

Tuan Pengerusi: *And opioid is the minority now.*

Dr. Hajah Halimah Ali: Yes.

Tuan Pengerusi: *It's a — there's a ketamine or what that one?*

DCP Mohd Zani bin Che Din: *[Bercakap tanpa menggunakan pembesar suara]* Sintetik.

Tuan Pengerusi: Ha, *synthetic. That one has a lot. Ya. So, for synthetic you don't have any things that you can do right?*

Datuk Dr. Ismuni bin Bohari: Yang — Pengerusi, untuk sintetik, sintetik ini kita akan *refer* dahulu dekat kita punya OSCA kemudian dan kita akan tentukan sama ada memerlukan rawatan di AADK ataupun kita akan membantu dalam sama ada dia banyak — sama ada macam seperti mana yang kita katakan tadi, bergantung pada tahap ketagihan tersebut. Daripada kaunseling biasa, *psychological counselling*, sehingga ubat, sehingga rawatan di AADK.

Yang itu yang kita akan — *the spectrum* itu agak besar bergantung kepada individu. Sebab itu kita tidak ada *demarcation* yang betul-betul *this is for what, this is for what, for what. So*, selalunya apabila kita menerima *referral* daripada AADK, kita akan melihat di OSCA untuk melihat kepada *what is actually the severity* pada setiap kes tersebut dan merangka yang sebaiknya untuk pesakit tersebut.

Tuan Pengerusi: *[Bercakap tanpa menggunakan pembesar suara] Okay. [Tidak jelas]*

Dr. Thahiratul Asma' binti Zakaria: Baik. Untuk perkhidmatan rawatan ketagihan di KKM — tadi kita bercakap mengenai dengan perkhidmatan OSCA di klinik kesihatan. Jadi, klinik kesihatan ini adalah penjagaan primerlah. Tapi, di samping itu kita juga ada memberikan rawatan ketagihan di hospital dan terdapat 10 hospital di mana terdapat pakar psikiatri dengan subkepakaran penagihan.

Jadi, kalau di klinik kesihatan tadi adalah pakar perubatan keluarga tapi di hospital adalah pakar psikiatri dan 10 hospital ini di Hospital Sultanah Bahiyah; Hospital Pulau Pinang; Hospital Raja Permaisuri Bainun, Ipoh; Hospital KL; Hospital Kajang, Hospital Tuanku Ampuan Rahimah, Klang; Hospital Tuanku Jaafar, Seremban; Hospital Mesra Bukit Padang, Kota Kinabalu; Hospital Umum Sarawak; dan Hospital Pakar Sultanah Fatimah, Muar dan ada juga seorang pakar psikiatri dengan *special interest*. Maksudnya, dia berminat tapi dia belum ada subkepakaran penagihan di Hospital Permai, Johor Bahru.

Untuk *next slide*, di samping program-program pemulihan yang dijalankan di bawah KKM, terdapat juga aktiviti pemulihan dadah di bawah AADK. Jadi, antara pusat pemulihan di bawah AADK adalah di Pusat Pemulihan Penagihan Narkotik (PUSPEN) dan juga program pemulihan dalam komuniti. Jadi, individu yang menagih dadah ini sama ada secara sukarela atau perintah mahkamah akan dihantar untuk menjalani

pemulihan di dua tempat ini. Dan untuk di seluruh Malaysia, kita ada 30 pusat PUSPEN dan juga 108 PPDK di seluruh Malaysia. *Next slide.*

Di samping itu kita ada juga institusi swasta yang melibatkan NGO dalam pemulihan penagih dadah di mana institusi ini adalah institusi swasta atau bukan kerajaan yang berdaftar di bawah Kementerian Dalam Negeri (KDN). Dan kita ada 55 pusat pemulihan dadah persendirian yang berdaftar di seluruh Malaysia.

Dan kalau kita tengok pusat pemulihan dadah persendirian ini ada pelbagai aktiviti ataupun komponen yang dilaksanakan di pusat pemulihan tersebut bagi menjalani aktiviti pemulihan. Contohnya, melibatkan aktiviti kerohanian, biopsikososial-spiritual, bimbingan dan kaunseling, terapeutik komuniti, terapi kerja dan juga *medication-assisted treatment*. So, pelbagai aktiviti dijalankan.

Dan seterusnya, bagi menangani masalah penyalahgunaan dadah dan merawat kes-kes penagih dadah, kerjasama strategik telah dilaksanakan — *next slide*, okey. Jadi kerjasama strategik dalam pelaksanaan perkhidmatan rawatan dan pemulihan ketagihan dadah secara integrasi telah dilaksanakan di antara Kementerian Kesihatan Malaysia dan juga AADK.

Jadi, seperti mana yang kita tahu KKM memberi tumpuan kepada komponen rawatan dan perubatan dan penilaian klinikal di mana AADK menyediakan intervensi psikososial dan pemulihan berasaskan komuniti. Jadi, dengan integrasi kerjasama strategik ini kita dapat memberikan penjagaan yang berterusan kepada penagih-penagih dadah. *Next slide.*

Jadi, seterusnya saya ingin kongsi di sini ini adalah antara perkara yang antara kejayaan kita dalam pengukuhan rawatan ketagihan di mana ada integrasi antara agensi. Jadi, kalau kita lihat di sini pesakit-pesakit — maksudnya, penagih-penagih dadahlah kita panggil sebagai pesakitlah. Jadi, pesakit-pesakit ini dia boleh menerima rawatan melalui dua laluan. Kalau seksyen 6 Akta Penagih Dadah (Rawatan dan Pemulihan) (Pindaan) 2024 sama ada melalui seksyen 6 ataupun seksyen 8.

Jadi, seksyen 6 ini adalah seperti yang diterangkan oleh pihak PDRM tadi adalah melalui kes-kes tangkapanlah di mana dia secara mandatori dia akan ditangkap melalui operasi ataupun aduan awam dan ditangkap dia ada tahanan reman, akan ada ujian penilaian dan juga ujian urin. Sekiranya didapati bersalah, dia akan didakwa di mahkamah. Kalau tidak, dia akan dirujuk untuk pemulihan di PUSPEN ataupun di rawatan dan pemulihan dalam komuniti.

Manakala di bawah seksyen 8, kes-kes ataupun pesakit ini boleh datang secara sukarela sama ada ke AADK, OSCA ataupun pusat pemulihan persendirian. Jadi, melalui integrasi ini, kita dah dapat lihat di sini, pada mana-mana peringkat sama ada di daripada PUSPEN ataupun rawatan dan pemulihan, dia boleh merujuk kes-kes tersebut ke AADK. Atau dari — ataupun boleh dirujuk kepada hospital bagi situasi-situasi yang *acute* atau kritikal ataupun bagi penagih-penagih, pesakit-pesakit yang mempunyai penyakit yang memerlukan rawatan susulan. Jadi, kita dapat lihat sini semua agensi yang merawat ketagihan dadah ada integrasi dan boleh merujuk apabila situasi memerlukan. Okey, *next slide*.

Seterusnya, KKM juga menyediakan perkhidmatan kesihatan mental di fasiliti kesihatan. Jadi, perkhidmatan kesihatan mental ini termasuklah saringan dan intervensi kesihatan mental di klinik kesihatan di mana dia ada program saringan kesihatan mental telah dimulakan sejak 2007. Di mana kita mengesan masalah kesihatan mental yang awal dan khidmat ini terdapat semua klinik kesihatan di seluruh negara sejak 2011.

Di samping itu, dijalankan juga promosi untuk komuniti dan juga penduduk setempat untuk menjalankan saringan kesihatan mental digital iaitu MyMinda di mana melalui aplikasi MyMinda ini kita menjalankan saringan kesihatan mental untuk pesakit itu sendiri dan juga penjagaan sendiri kesihatan mental.

Slaid yang terakhir. Jadi, secara kesimpulannya, melalui khidmat ataupun perkhidmatan yang disediakan di KKM, kita mengutamakan akses kepada rawatan dan pemulihan bagi individu yang mengalami ketagihan dadah.

Kita melaksanakan pendekatan berasaskan rawatan dan pemulihan sebagai komponen utama kesihatan awam sebab kita mengklasifikasikan ketagihan ini adalah sebagai penyakit. Dan kita memastikan laluan penjagaan bersepadu supaya tiada individu yang tercicir daripada sistem rawatan dan pemulihan rawatan dan pemulihan.

Kita juga membantu individu untuk pulih, meningkatkan kualiti hidup beliau dan kembali berfungsi secara produktif dalam masyarakat dan seterusnya ialah mengurangkan impak penyalahgunaan dadah terhadap kanak-kanak, keluarga dan komuniti. Okey, itu sahaja Tuan Pengerusi.

Tuan Pengerusi: Kita telah pun pinda yang kita buat satu pindaan berkenaan dengan dadah di mana *we change it drug addiction from* menyalahgunakan ketagihan dadahlah. Apakah impak dari segi KKM ataupun dari segi KDN yang kita nampak pindaan akta ini? Pihak KDN?

Dato' Hj Abdul Halim bin Hj Abdul Rahman: Terima kasih Yang Berhormat Pengerusi. Memang saya ingat tahun lepas kita buat pindaan kepada Akta Penagih Dadah (Rawatan dan Pemulihan) di mana di bawah pindaan akta tersebut, mana-mana penagih yang secara sukarela menyerah diri kepada AADK kita akan ambil dan buat tapisan dan mereka ini dia ada dua.

Satu, dia boleh ditempatkan di PUSPEN untuk menjalani rawatan dan satu lagi kalau tak kritikal sangat, kita letak pemulihan dalam komuniti. Bermakna dia dari semasa ke semasa dia akan datang.

■1610

Memang dan AADK juga telah menubuhkan pusat — apa dia panggil? *Allah*, saya terlupa itu. Ada yang dia buat di tiga tempat itu. Dia — saya terlupa dia punya *terms* dia itu di mana mereka ini akan dibuat ujian ataupun saringan oleh pegawai AADK sendiri. Kalau dulu, kita lihat *urine test*, bila dia buat *urine test* ini dia hantar kepada makmal patologi di bawah KKM, kan. Jadi, kita tunggu keputusan, tetapi yang menerusi sukarela ini makna dia, *testing* itu dibuat oleh pegawai AADK sendiri. *Unless* kalau dia dapati ada kecenderungan ataupun isu yang lebih serius, *then* dia akan *refer* kepada KKM lah untuk membuat penilaian. Tapi yang kalau untuk serah diri ini memang kita uar-uarkan supaya mereka yang mungkin ada kaum keluarga yang nak dapat rawatan, dia boleh secara sukarela datang ke AADK.

Tuan Pengerusi: Selepas yang akta ini dipinda, ada — banyak tak yang kes...

Dato' Haji Abdul Halim bin Haji Abdul Rahman: Statistik itu saya tak ada, tapi *insya-Allah* kita boleh...

Tuan Pengerusi: Boleh bekalkan?

Dato' Haji Abdul Halim bin Haji Abdul Rahman: ...dapatkan daripada AADK dan kita bekalkan nanti. Tak ada dengan saya sekarang, tapi kita boleh dapat daripada AADK untuk melihat selepas pindaan tersebut, sama ada ada peningkatan. Yang itu kita akan dapatkan YB.

Tuan Pengerusi: Okey, okey.

Seorang Ahli: *[Bercakap tanpa menggunakan pembesar suara]*

Dato' Haji Abdul Halim bin Haji Abdul Rahman: *Drug Assessment Centre* dipanggil. DAC, DAC.

Tuan Pengerusi: Oh, tapi KKM tak ada apa-apa impaklah?

Datuk Dr. Ismuni bin Bohari: Bagi kita YB Pengerusi, memang kita yang menaja supaya benda ini terjadi sebab kalau tengok tadi, *definition* kita adalah penagih ini adalah pesakit. Kita *treat* dia sebagai pesakit.

Sebenarnya, mesyuarat bersama dengan polis, sebenarnya kami ini berkerjasama rapat dengan pihak polis *and we have annual meetings* dengan polis untuk melihat *the crime* punya isu dan juga AADK ini memang sebahagian daripada kawan-kawan kami di lapangan supaya macam ditunjukkan dalam carta tadi, tidak ada siapa yang tertinggal. Maknanya, *access to clinics* dan *hospitals* yang telah kita gazetkan sebagai tempat-tempat yang boleh dijadikan rawatan, YB Pengerusi.

Puan Hajah Rodziah binti Ismail: Pengerusi, saya nak tanya satu. Kalau kita *handle* kanak-kanak bawah umur yang penagih ini kan, boleh sedikit bagi saya dia punya *flow*? Contoh kalau saya seorang ibu, saya tahu anak saya ada simptom penagihan, jadi ke mana saya patut bawa? Contohnya kan, katalah saya pergi ke klinik kesihatan, lepas itu kalau telah dikenal pasti yang mereka nak dapatkan rawatan, ke mana klinik ini — macam mana dia *handle* kes kanak-kanak ini?

Datuk Dr. Ismuni bin Bohari: Terima kasih YB. Selalunya YB, kes-kes yang daripada kanak-kanak ini selalunya di-*refer* oleh pihak sekolah kepada pihak kami ataupun dibawa oleh keluarga yang betul-betul nak. Jadi, ada dua tempat yang boleh kita pergi. Yang pertama adalah di hospital yang kita panggil sebagai *one-stop centre*. *One-stop centre* ini adalah lain daripada *emergency*. Dia ada bilik khas yang kita tidak samakan dengan orang lain, yang situ yang kita akan membuat..*[Dicelah]*. Ya, OSCC, OSCC. OSCC lain.

Dekat klinik dia lain, OSCA lain, dekat hospital dia ada *one-stop centre* dia sendiri untuk kes-kes yang *medico-legal* macam ini supaya kita faham isu yang melibatkan isu-isu macam ini. Kalau dekat klinik pun kita akan ada *appointment* sama ada kita minta dia buat *appointment* awal supaya *arrangement* akan dibuat dekat klinik untuk elakkan mereka dalam keadaan *prime hours* dan sekiranya kawasan tersebut ada OSCA, memang kita akan *refer* terus ke OSCA untuk *intervention by* kita punya pakar *straight*.

Puan Hajah Rodziah binti Ismail: Dia di-*assist* tak oleh mungkin pegawai kebajikan kah sebab dia dalam konteks bawah umur, kan?

Datuk Dr. Ismuni bin Bohari: Dia sebenarnya Yang Berhormat, dia adalah — kalau kita tengok apabila kita ada kes yang melihatkan *medico-legal* macam ini, semua akan yang terlibat. Yang pertama adalah pakar kita sendiri. Yang kedua, pegawai-

pegawai kebajikan pun perlu ada, perlu ada dekat situ dan kita juga akan melibatkan AADK dekat situ sebenarnya. Tetapi kerahsiaan pesakit ini memang prioriti utama kita.

Puan Hajah Rodziah binti Ismail: Dan dia berada di semua hospital kerajaan, OSC?

Datuk Dr. Ismuni bin Bohari: Yang itu ada semua. Dekat hospital kerajaan memang ada semua, tapi tempat rawatan tadi yang ada 10 tadi.

Puan Hajah Rodziah binti Ismail: Itu sahaja? 10 itu?

Datuk Dr. Ismuni bin Bohari: Yang 10 itu adalah tempat rawatan bagi kes-kes ini, tapi untuk *assessment* kepada ketagihan ini di mana-mana hospital pun boleh sebab dia adalah satu *centre* di hospital yang akan melihat kepada bukan setakat penagihan tetapi kes-kes *medico-legal* yang melibatkan kanak-kanak.

Puan Hajah Rodziah binti Ismail: Kalau boleh Pengerusi kita minta statistiklah kalau ada data bawah kanak-kanak yang ingin dirawat ataupun dalam ketagihan yang dapat rawatan di OSC lah. Terima kasih.

Datuk Dr. Ismuni bin Bohari: Okey. *Insyallah* kita akan sediakan kemudian YB.

Tuan Pengerusi: Okey. Ada lagi soalan? Okey, kalau tak ada, sekian terima kasih kepada pihak KDN, KKM kerana sudi datang untuk memberi taklimat. Kita kurang satu — eh, JKM ada satu lagi ya? Tak ada kan? Oh, okey, okey.

Dr. Sopian bin Haji Brahim [Pengarah, Jabatan Pembangunan Kanak-kanak,]: Saya perlu nak menambah maklumat.

Tuan Pengerusi: Ya, boleh. Ha, *you* nak tambah kena sumpah sekali lagi.

Dr. Sopian bin Haji Brahim: Tadi pagi dah sumpah kan. *[Ketawa]* “*Bahawasanya saya, Sopian bin Brahim dengan sesungguhnya bersumpah bahawa segala keterangan yang saya berikan di hadapan jawatankuasa ini adalah benar, tiada yang tidak benar melainkan benar belaka*”.

YB Pengerusi, maklumat tambahan, tadi ada disebutlah beberapa kali tentang Jabatan Kebajikan Masyarakat. *Actually*, kita di dalam fasiliti kita di Sekolah Tunas Bakti pada ketika ini ada 66 orang kes yang melibatkan memiliki dadah dan mengguna dadah di bawah seksyen 12, seksyen 15 dan seksyen 5 Akta Dadah Berbahaya. So, sepatutnya kes-kes sebegini, kes jenayah beratlah ditempatkan di Sekolah Henry Gurney, tetapi apa yang berlaku sejak kebelakangan ini kes-kes yang melibatkan dadah ini dirujuk kepada pegawai akhlak. Walaupun pertuduhannya di bawah Akta Dadah, tapi

dirujuk kepada pegawai akhlak dan dibawa di bawah Akta 611 Akta Kanak-kanak lah dan mereka ini ditempatkan di fasiliti kitalah.

Cuma mungkin syor daripada pihak kita, kena ada satu sesi kolaborasi kerjasama koordinasi melibatkan institusi JKM dan OSCA tadilah dan juga mungkin kalau D11 dia merujuk kepada kes seksual dan wanita, kan. Tetapi untuk kes kanak-kanak yang terlibat dadah ini dia tak ada *specific division* di bawah PDRM sebagaimana D11. Jadi kes-kes kanak-kanak ini yang melibatkan dadah ni memang ada di fasiliti kita, di Sekolah Tunas Bakti. Kalau lima tahun lepas, *30 percent*, dia menurun kepada *11 percent* kalau kes-kes yang di-*handle* di lapangan. Tetapi kes yang masuk ke institusi ini dalam satu atau dua persen sahaja, tak banyak.

Kita juga terlibat dalam proses jagaan susul kes kanak-kanak yang dibebaskan daripada Tunas Bakti dan juga Sekolah Henry Gurney. Yang ini pun kita berdepan dengan isu dia *relapse* balik kes-kes sebegitu dan memerlukan bantuan daripada pihak-pihak berkepakaranlah sebab kita memang tak ada kepakaran di institusi untuk *handle* kes-kes dadah. Itu kekangan di pihak JKM, YB Pengerusi.

Tuan Pengerusi: So, pihak JKM ingin dapatkan kerjasama daripada pihak OSCA untuk dapat dalam pemulihanlah? Betul?

Dr. Sopian bin Haji Brahim: Ya, ya.

Tuan Pengerusi: Okey, okey.

Dr. Sopian bin Haji Brahim: Tapi sepatutnya kes sebegini diletak di bawah AADK sebab kes dadah.

Puan Hajah Rodziah binti Ismail: Ha, itu yang saya nak tanya itu. Wajar tak letak kat Tunas Bakti?

Tuan Pengerusi: Kenapa bukan di bawah AADK? AADK untuk kanak-kanaklah. Tak ada ya?

Dr. Sopian bin Haji Brahim: YB Pengerusi, sebab kes ini bila dirujuk kepada pegawai akhlak, pegawai akhlak akan buat laporan. Walaupun pertuduhan awal itu kes dadah, tetapi bila kita bawa ke hadapan majistret itu, hakim dia akan putuslah sama ada bon untuk bersama dengan keluarga, dipantau oleh pegawai akhlak ataupun diletak di Sekolah Tunas Bakti selama tiga tahun untuk pemulihan. Itu yang berlaku di pihak kitalah. So, kita menghadapi isu ini sebagai salah satu cabaran jugalah. Nak tak nak kita kena terima.

Tuan Pengerusi: So, kalau seorang kanak-kanak dia menagihlah, dia salah guna dadah, kalau dia ditangkap oleh pegawai akhlak, dia akan pergi Tunas Bakti. Kalau dia ditangkap polis...

Seorang Ahli: Pergi penjara.

Tuan Pengerusi: Oh, polis rujuk? Oh. Kenapa lepas tangkap polis dia tak masuk AADK, dia masuk Tunas Bakti?

DCP Mohd Zani bin Che Din: *[Bercakap tanpa menggunakan pembesar suara]* Keputusan hakim. Majistret atau hakim akan tentukan ke mana.

Tuan Pengerusi: Oh. SUHAKAM mana? Tak ada ya hari ni?

Seorang Ahli: Ada, ada. Tu hujung.

Tuan Pengerusi: Oh, okey, okey. *Why* ya? Ex officio tak payah. Ex officio, kan?

Puan Nur Suffiyah binti Muhammad [Penolong Setiausaha, Pejabat Pesuruhjaya Kanak-Kanak]: Wakil. Kena kah?

Tuan Pengerusi: Tak payah, tak payah.

■1620

Nur Suffiyah Muhammad: Okey, menjawab persoalan kenapa kanak-kanak yang ditahan dihantar ke STB ataupun institusi *instead of* AADK ataupun yang dalam tahanan polis kan, dia bergantung kepada pelaporan pegawai akhlak sebenarnya dan juga kesalahan. Sebab itu hakim akan melihat kepada pelaporan itu sebenarnya dan dia bukan *specifically* kes dadah semata-mata, biasanya macam itulah. Betul Dr. Sopian.

Dr. Sopian bin Hj. Brahim: Pertuduhan memang *very specific* di bawah seksyen 15, seksyen 12 dan seksyen 5 Akta Dadah Berbahaya 1952, *very specific*.

Nur Suffiyah Muhammad: Betul.

Tuan Pengerusi: *[Bercakap tanpa menggunakan pembesar suara]*

Nur Suffiyah Muhammad: Yang *latest* macam kami OSCC pergi ke Sekolah Henry Gurney, *latest* bulan lepas, Melaka kan? Memang kami jumpa dalam 20 orang minta *intimate session* dengan penjara. Memang kebanyakan ke sana dalam 20 orang kami jumpa tu, 19 orang adalah kes dadah sebenarnya. Yang kami tanya, *interview* dengan kami bersama Dr. Adib dan Dr. Wan Kadir, *Commissioner*, kami *interview* tanya, kita nak tahu sebenarnya masalah dadah ini punca dari mana? So, seorang tu kata pertama *depression of family* lah, pertama. Dan tak pernah pergi sekolah. Sekolah rendah tak pernah pergi, sekolah menengah tak pernah pergi.

Yang kedua antara isunya adalah *family* lah, daripada abang, saya tengok abang saya buat. Ini daripada 20 orang yang kami jumpa, 19 orang tu kes dadah dan kebanyakannya tak pernah bersekolah daripada sekolah rendah.

Tuan Pengerusi: Mereka masuk Henry Gurney kerana kesalahan lain selepas menagih dadah, ambil dadah ataupun kerana mengambil dadah?

Nur Suffiyah Muhammad: Okey, punca utama dadah. So, bila kita korek-korek lagi tanya mereka isu apa kan? Pertama, kena tangkap sebab pecah rumah. Kenapa pecah rumah? Nak duit. Ini curi motor. Yang ni — so kesalahan lainlah tapi punca utama sebenarnya dadah.

Tuan Pengerusi: *[Bercakap tanpa menggunakan pembesar suara]*

Nur Suffiyah Muhammad: Yes. Ini apa dapatan kami bertemu dengan kanak-kanak di Henry Gurney bulan lepaslah.

Puan Hajah Rodziah binti Ismail: Okey Pengerusi, maksudnya katalah satu-satu kes itu berlaku dia boleh ditempatkan di tiga tempat. Kalau kes itu daripada polis yang tangkap, dia akan pergi ke mahkamah dan dia akan diletakkan di Henry Gurney ataupun *correctional center* kan? Okey, kalau AADK yang tangkap, dia akan pergi ke PUSPEN, betul? Tapi kalau JKM, dia pelaporan itu *under* JKM, dia akan pergi ke pusat Tunas Bakti? Betul eh?

So, saya terfikir kenapa jadi macam tu ya? Sebab isu besar dia adalah masalah dadah dan okey kalau pusat-pusat ini menerima individu-individu ini, tujuan utama kalau ketagihan kan, ketagihan — kalau kesalahan tak apalah dekat Henry Gurney itu kan? Tapi ketagihan dan bercampur dengan Tunas Bakti contohnya, itu satu benda yang tak wajar lah kan sebab dia kena dirawat cara berbeza, cara berbeza. Jadi, kenapa ada tiga salur ini? Saya nak jalur ini kan dia pergi ke PDRM. Kenapa tidak ada satu *one stop* bersepadu untuk kemukakan kepada mahkamah apa yang terbaik kepada kanak-kanak tersebut? Sebab dia tengok siapa yang tangkap sebenarnya kan? Kes itu siapa yang dapat dulu kan?

DCP Mohd Zani bin Che Din: Untuk polis memang kita akan pergi ke mahkamah, tak ada laluan dia. Kalau kita tuduh kertas pertuduhan itu dia pergi mahkamah, hakimlah yang akan menentukan. Jadi, kami tak ada kawalan dia nak hantar ke AADK kah, nak hantar ke — itu kami tak dapat buatlah.

Puan Hajah Rodziah binti Ismail: Mungkin SUHAKAM kena tengok isu inilah bagaimana untuk *coordinate* kan isu bawah umur ini, ya bawah umur okey.

Tuan Pengerusi: Tunas Bakti berapa peratus dadah?

Dr. Sopian bin Hj. Brahim: Berdasarkan data yang kita dapat sekarang ni daripada 397 orang yang berada di institusi kita, 66 orang itu memang berkaitan dengan kes dadah dalam 17 peratus YB.

Tuan Pengerusi: 17?

Dr. Sopian bin Hj. Brahim: Pada ketika ini.

Tuan Pengerusi: Tak ramailah. Tapi Henry Gurney *most of it* lah. *The* Tunas Bakti *not 17 percent* lah, okey, okey. *This one we need to think about it* lah *how do we do*.

Puan Hajah Rodziah binti Ismail: *[Bercakap tanpa menggunakan pembesar suara]*

Tuan Pengerusi: *For the children*. Okey, itu sahaja. Ada *question* lain? Sudah tak ada.

Dr. Hajah Halimah Ali: Pengerusi, sementara KKM ada kat sini.

Tuan Pengerusi: Oh, masih ada lagi. Okey.

Dr. Hajah Halimah Ali: *Okay, so your OSCA, you have got a roadmap?* Yang tadi kita dengar dari siapa yang cakap tadi dia berulang kan? Dah dua tahun kat PUSPEN kah apa itu lepas tu berulang lagi. Kadang-kadang dia lagi naik gred lagi kan. So, lagi lebih. *So, my question is* sebab jawatankuasa ini namanya Jawatankuasa Pilihan Wanita, Kanak-kanak dan Pembangunan Masyarakat. So, walaupun tadi kita cakap ini semua pasal kanak-kanak, *at the end of the day* kanak-kanak itu jadi dewasa sama ada jadi wanita kah, jadi mak bapa kah dan sebagainya kan?

So, kalau kita nak tengok sekarang ni siapa yang tengok secara menyeluruh *the lifespan of this* penagih dadah. Daripada *start* sampai ke hujung, *how do you* rawat supaya dia jadi *clean and become an effective human being?* *Is that part of KKM?* *Actually AADK* tak ada kat sini, so dia punya *baby* ini semua kan, okey. So, ada tak *your roadmap?*

Datuk Dr. Ismuni bin Bohari: *By right it should be* AADK dan kami adalah salah satu agensi yang membantu di dalam keseluruhan proses di mana seperti mana yang saya maklumkan tadi kami membantu dalam rawatan dan memastikan mereka pulih bersama dengan AADK. Jadi *roadmap* tersebut kami kena tengok balik dengan AADK tentang keseluruhan. Tetapi untuk hala tuju kepada *substances abuse* memang di

bawah unit di bawah bahagian kawalan penyakit untuk melihat kepada *substances abuse* di Malaysia.

Dr. Hajah Halimah Ali: So, soalan saya seterusnya ialah ada tak satu *coordinating body* yang melibatkan KDN, melibatkan JKM, segala Tunas Bakti *all these* ni lah agensi-agensi termasuk KKM di mana *you talk about it* secara holistik. *You all* cakap pasal *whole-of-government, whole-of-society* ada tak?

Dato' Hj Abdul Halim bin Hj Abdul Rahman: Yang Berhormat Pengerusi, dia memang dalam kerajaan dia memang ada satu dipanggil Jawatankuasa Kabinet Untuk Membanteras Dadah yang dipengerusikan oleh Yang Amat Berhormat Timbalan Perdana Menteri, Dato' Seri Ahmad Zahid Hamidi. Jadi jawatankuasa ini dia memang melihat secara menyeluruh. Dan dalam konteks jawatankuasa ini memang KDN, KKM dan agensi-agensi berkaitan seperti AADK, semua ada dalam ni. Dan, memang setiap — kalau kita lihat pada fungsi AADK, AADK ini dia berfungsi untuk mencegah dan juga memulihkan. Itu fungsi. Makna dia memang dia ada program-program yang dilaksanakan oleh AADK dari segi pencegahan baik di kilang-kilang, baik di peringkat sekolah memang ada program ini dilaksanakan. Dan dalam masa yang sama juga dia membuat rawatan dan pemulihan kepada penagih-penagih misalnya di PUSPEN ataupun dalam komuniti.

Dari segi aspek PDRM, dia lebih kepada penguatkuasaan. Jadi *that's why* bila tangkapan-tangkapan dibuat oleh PDRM ni dia fokus lebih kepada isu-isu yang melibatkan pengedaran dadah misalnya. Ini adalah peruntukan-peruntukan mungkin nanti Tuan Zaini mungkin boleh *explain* sikitlah. Jadi makna dari segi penguatkuasaan PDRM. Dari segi pencegahan memang AADK dan juga rawatan pemulihan juga AADK. Dalam masa yang sama di bawah KDN pun — KKM terlibat dari segi aspek kesihatan tadilah, dari segi rawatan dan pemulihan. Jadi memang adalah — dari segi kalau kita nak kata tak ada, memang ada. Jawatankuasa itu memang wujud dan bersidang pada setiap tahun secara berkala dan di peringkat — itu yang di peringkat atas sekali. Di peringkat bawah, dia ada yang jawatankuasa di peringkat negeri, membanteras dadah yang dipengerusikan oleh sama ada Yang Amat Berhormat Menteri-menteri Besar ataupun Exco yang tertentu yang menjaga portfolio berkaitan dadah ni, memang ada dia punya *structure*, itu memang dah ada. Terima kasih.

Tuan Pengerusi: Okey, *I think we have to stop now. My brain already cannot function anymore. It's from the morning.* Okey itu sahaja, terima kasih. *Thank you.*

[Mesyuarat ditangguhkan pada pukul 4.29 petang]