

Dr. SITI ZUBAIDAH, M.Ag.

# **PENYEMBUHAN KORBAN NARKOBA**

Melalui Terapi dan Rehabilitasi Terpadu

**iaipress**

---

# **PENYEMBUHAN KORBAN NARKOBA**

---

Melalui Terapi dan Rehabilitasi Terpadu

---



---

# **PENYEMBUHAN KORBAN NARKOBA**

---

Melalui Terapi dan Rehabilitasi Terpadu

---

**Dr. SITI ZUBAIDAH, M.Ag.**

**EDITOR**

**NURIKA KHALILA D, MA.**

**ia:in**press

---

PENYEMBUHAN KORBAN NARKOBA  
Melalui Terapi dan Rehabilitasi Terpadu

---

Penulis: Dr. Siti Zubaidah, M.Ag.

---

Editor: Nurika Khalila D, M.A.

---

Copyright © 2011, Pada Penulis  
Hak cipta dilindungi undang-undang  
All rights reserved

---

Penata letak: Muhammad Yunus Nasution  
Perancang sampul: Aulia Grafika

---

PENERBIT IAIN PRESS  
Jalan Willem Iskandar, Pasar V  
Medan Estate - Medan, 20371  
Telp. (061)6622925 Fax. (061)6615683  
E-mail: iainpress@gmail.com

---

Cetakan pertama: Desember 2011

---

**ISBN 978-979-3020-**

---

Dicetak oleh:  
***Perdana Mulya Sarana***  
Jl. Sosro No. 16A Medan 20224  
Telp. 061-7347756, 77151020 Faks. 061-7347756  
Email: asrulmedan@gmail.com  
Contact person: 08126516306

# PRAKATA

Penyalahgunaan dan ketergantungan Narkoba di Indonesia saat ini telah menjadi suatu masalah serius yang mengharuskan semua pihak untuk turut berpartisipasi mencari jalan penyelesaian secara tuntas, lugas, dan sesegera mungkin.

Kita ketahui bahwa penggunaan Narkoba telah banyak dilakukan oleh anak/remaja atau dewasa muda masyarakat Indonesia, baik laki-laki maupun perempuan, dan yang paling memprihatinkan adalah usia mereka antara 25 tahun ke bawah jauh lebih banyak dibandingkan dengan usia 25 tahun ke atas. Ini berarti bahwa mayoritas pengguna Narkoba adalah anak-anak remaja yang masih usia sekolah ataupun mahasiswa.

Berdasarkan keperihatinan tersebut, penulis berupaya mencari jalan dengan melakukan kajian mendalam berbentuk karya tulis berjudul “*Peran Agama Dalam Terapi dan Rehabilitasi Korban Narkoba di Pondok Pesantren Modern Darul Ichsan Bogor*”. Karya tulis ini merupakan hasil penelitian lapangan (*field research*) dan studi kepustakaan (*library research*), ketika penulis menyelesaikan Program Doktor (S-3) di UIN Syarif Hidayatullah Jakarta, tahun 2003. Dengan demikian, salah satu tujuan penulisan karya ilmiah ini adalah untuk mengetahui bagaimana mekanisme terapi dan rehabilitasi korban Narkoba; dan bagaimana peran agama dalam terapi dan rehabilitasi korban Narkoba untuk mengatasi kekambuhan/*relapse*.

Dari hasil penelitian ini, disimpulkan bahwa para pecandu

Narkoba pada dasarnya mengalami kekosongan spiritual, oleh karenanya peran agama sebagai kekuatan spiritual dalam terapi dan rehabilitasi korban Narkoba sangat penting dan fundamental agar mereka imun (kebal) terhadap penyalahgunaan narkoba kembali (*relapse*).

Sistem terapi yang diterapkan adalah *Abstinencia Totalis* (blok total), yaitu menghentikan secara total penggunaan narkoba dengan prinsip “Berobat dan Bertobat”. Intervensi agama diberikan sesudah seorang pasien narkoba selesai menjalani detoksifikasi. Sedangkan metode rehabilitasi yang digunakan adalah metode “Terpadu”, yakni menggabungkan ilmu pengetahuan kedokteran (medik psikiatrik) dan agama (psikoreligius), dalam upaya memulihkan dan mengembalikan kondisi para pecandu narkoba menjadi sehat secara fisik, psikologik, sosial dan spiritual, yang dilaksanakan selama 3-6 bulan.

Berdasarkan temuan di lapangan, setelah menjalani terapi dan rehabilitasi, kesembuhan korban baru mencapai 80 %, maka program selanjutnya adalah program Pasca Rehabilitasi (*After Care*) melalui forum Silaturahmi, dan program Terminal (*Re-Entry*) untuk persiapan mereka kembali ke masyarakat. Program ini merupakan koridor bagi para alumni/mantan pecandu serta keluarganya.

Mantan pecandu narkoba dinyatakan sembuh, baik fisik, psikis, sosial maupun spiritualnya, apabila mereka tidak lagi mengkonsumsi narkoba minimal 2 tahun berturut-turut.

Studi kepustakaan menunjukkan bahwa terapi dan rehabilitasi korban narkoba yang hanya menggunakan aspek medik, kekambuhannya mencapai 43,90%; sedangkan hasil studi lapangan menemukan bahwa terapi dan rehabilitasi

yang menggunakan metode Terpadu (aspek medik dan agama), kekembuhannya mencapai 5 %. Dengan demikian, peran agama dalam terapi dan rehabilitasi korban narkoba dengan metode ini dapat mengatasi dan menekan kekambuhan (*relapse*) sebanyak 38,90%.

Hasil penelitian ini baru merupakan temuan awal bagi penanggulangan korban penyalahgunaan narkoba dengan melibatkan peran agama dalam terapi dan rehabilitasi. Untuk itu temuan ini penting dalam upaya prevensi, terapi dan rehabilitasi pada penyalahgunaan narkoba dan pendekatan keagamaan perlu untuk diikutsertakan. Pendidikan agama sejak dini akan memperkuat komitmen agama bila seorang anak kelak menginjak remaja dan menjadi dewasa, sehingga resiko penyalahgunaan narkoba dapat diperkecil.

Penulis mengharapkan temuan ini dapat menambah informasi dan memberikan sumbangan pemikiran bagi para orang tua, para penyelenggara rehabilitasi korban narkoba, serta peneliti selanjutnya. Oleh karena itu, atas saran dan permintaan dari berbagai pihak hasil penelitian ini agar diterbitkan dalam bentuk buku, dengan judul *Penyembuhan Korban Narkoba: Melalui Terapi dan Rehabilitasi Terpadu*.

Penulis menyadari bahwa selesainya penulisan buku ini bukanlah semata-mata atas kemampuan sendiri, tetapi tak lepas adanya bantuan dari berbagai pihak yang jasanya tak dapat dilupakan. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah ikut berpartisipasi dalam penulisan buku ini.

Pertama sekali ditujukan kepada Prof. DR. H. Said Agil Husin Al-Munawwar, MA., Direktur Program Pascasarjana UIN Syarif Hidayatullah Jakarta, yang telah memberikan

kesempatan seluas-luasnya kepada penulis dalam mengikuti studi program S-3 di UIN Syarif Hidayatullah Jakarta;

Berikutnya, ucapan terima kasih ditujukan kepada Prof. DR. Hj. Zakiah Daradjat dan Prof. DR. Suwito, MA., selaku pembimbing/ promotor penulis yang telah banyak meluangkan waktunya untuk membaca, meneliti, menyarankan perbaikan-perbaikan untuk kesempurnaan tulisan ini;

Disamping itu, terima kasih penulis buat para Dosen serta karyawan Program Pascasarjana UIN Syarif Hidayatullah Jakarta, yang telah banyak membantu penulis selama mengikuti kuliah di Pascasarjana UIN Syarif Hidayatullah Jakarta;

Tak lupa juga terima kasih kepada Rektor IAIN Sumatera Utara Medan dan Dekan Fakultas Tarbiyah IAIN Sumatera Utara Medan, yang telah memberi kesempatan kepada penulis mengikuti studi pada Program Pascasarjana dengan memberikan bantuan moril dan materil yang sangat besar artinya;

Selanjutnya, kepada Kepala Perpustakaan UIN Syarif Hidayatullah Jakarta dan seluruh stafnya yang dengan senang hati membantu penulis dalam mencari buku-buku referensi, khususnya yang berkenaan dengan bidang penelitian; serta Direktur Utama Pusat Rehabilitasi Korban Narkoba Pondok Pesantren Modern Darul Ichtan Bogor, para Kyai, staf dan para santri yang telah memberikan tempat, waktu dan data lengkap selama penelitian ini dilakukan;

Terima kasih secara khusus disampaikan kepada Kedua orangtua (H. Abdul Hamid dan Hj. Zainab), dan saudara-saudara penulis yang telah banyak memberikan dukungan

dan dorongan baik materil maupun spiritual kepada penulis dalam penyelesaian penulisan ini;

*Last but not least*, buat keempat putra dan putri tercinta penulis (Lia, Ika, Zubair, Halim) serta ketiga cucu tersayang (Farhan, Fanniya, Shulha) yang begitu sabar dan tabah ditinggalkan jauh selama mengikuti studi, semoga Allah SWT. memberikan limpahan Rahmat dan Karunia-Nya kepada kita semua. Amin.

Walaupun selesainya buku ini adalah atas bantuan dari semua pihak, namun tanggung-jawab ilmiah sepenuhnya berada di tangan penulis. Sebagai manusia biasa, penulis tidak akan luput dari kesalahan dan kekeliruan, oleh karena itu kritik dan saran dari pembaca untuk kesempurnaan buku ini disambut dengan senang hati.

Akhirul kalam, penulis berharap semoga amal yang sederhana ini memberikan manfaat bagi kaum Muslimin, khususnya para generasi muda dan peneliti selanjutnya.

Medan, 23 Juli 2011, Penulis,

Dr. Siti Zubaidah, M.Ag.

# DAFTAR ISI

PRAKATA .....	5
DAFTAR ISI .....	10
DAFTAR TABEL .....	12
BAB I	
PENDAHULUAN .....	13
BAB II	
MENGENAL PONDOK PESANTREN MODERN	
DARUL ICHSAN .....	41
A. Geografi dan Demografi .....	41
B. Pendiri dan Organisasi .....	46
C. Profil Santri .....	50
BAB III	
JENIS JENIS NARKOBA DAN EFEKNYA .....	84
A. Narkotika .....	85
B. Psikotropika .....	101
C. Alkohol dan Zat Adiktif lainnya .....	108
BAB IV	
PERAN AGAMA DALAM TERAPI DAN REHABILITASI KORBAN NARKOBA DI PPM DARUL ICHSAN.....	
	122

A. Peran Agama dalam Terapi .....	122
B. Peran Agama dalam Rehabilitasi .....	140
C. Peran Agama Pasca Rehabilitasi .....	160
BAB V	
PENUTUP .....	175
A. Kesimpulan .....	175
B. Saran-saran .....	176
REFERENSI .....	178

# DAFTAR TABEL

Tabel 1 : Data Barang Bukti yang Disita Petugas Tahun 1998-2001 .....	15
Tabel 2 : Data Pasien Rawat Jalan & Rawat Inap di RSKO Fatmawati Jakarta Tahun 1997-1999 .....	16
Tabel 3 : Struktur Organisasi Pusat Rehabilitasi PPM Darul Ichsan .....	47
Tabel 4 : Komposisi Santri Menurut Jenis Kelamin dan Statusnya di PPM Darul Ichsan Tahun 2001 .....	52
Tabel 5 : Faktor Penyebab Responden Terjerumus ke Narkoba .....	56
Tabel 6 : Tempat-tempat Transaksi Narkoba .....	61
Tabel 7 : Usia Responden Saat Masuk Rehabilitasi PPM Darul Ichsan .....	62
Tabel 8 : Usia Responden Mulai Pakaw .....	63
Tabel 9 : Pendidikan Formal Responden .....	64
Tabel 10 : Narkoba yang Pertama Kali Dikonsumsi Responden .....	66
Tabel 11 : Lama Responden Menyembunyikan Diri Menggunakan Narkoba Sampai Diketahui Orangtua .....	68
Tabel 12 : Biaya Untuk Membeli Narkoba Perhari ..	71
Tabel 13 : Komposisi Ekonomi Keluarga Responden	73

# BAB I

## PENDAHULUAN

Perkembangan peredaran gelap dan penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Obat-obatan Berbahaya (Narkoba), telah menimbulkan masalah dan keprihatinan bangsa dan masyarakat dunia. *United Nations International Drug Control Programme* (UNDCP) mengeluarkan data bahwa lebih dari 200.000.000 (dua ratus juta) orang penduduk dunia telah terlibat dalam penyalahgunaan Narkoba,<sup>1</sup> dengan menggunakan berbagai bentuk dan cara penyalahgunaan, serta jenis Narkoba yang disalahgunakannya.

Keprihatinan bangsa dan masyarakat dunia tersebut, ditandai dengan dijadikannya tanggal 26 Juni 1987 sebagai titik tolak awal perjuangan untuk memerangi peredaran gelap dan penyalahgunaan Narkoba<sup>2</sup>; walaupun jauh sebelum tahun 1987, telah banyak usaha dan upaya bangsa dan masyarakat dunia menanggulangi masalah tersebut. Sekaligus juga menetapkan bahwa tanggal 26 Juni sebagai Hari Anti Madat Sedunia.

Permasalahan Narkoba di Indonesia saat ini telah menjadi suatu masalah serius yang mengharuskan semua pihak untuk berkiprah mencari jalan penyelesaian secara tuntas, lugas dan sesegera mungkin.<sup>3</sup>

Secara umum, permasalahan Narkoba dapat begitu cepat mewabah, pada dasarnya terjadi dari 3 (tiga) bagian yang saling terkait, yaitu “*Illicit Drug Production, Illicit Traffic dan Drug Abuse*”.<sup>4</sup>

Pertama, *Illicit Drug Production* (adanya produksi Narkoba secara gelap) yang meliputi pembudidayaan tanaman bahan baku menjadi Narkoba yang siap untuk diperdagangkan dan dikonsumsi. Apabila bagian pertama ini dihubungkan dengan produksi ganja (*cannabis*) yang diolah menjadi *hashish* maupun *marijuana, opium poppies* sebagai bahan baku *heroine*, dan koka sebagai bahan baku *cocaine* yang tumbuh subur di daerah Aceh, Sumatera Utara dan Jawa Timur,<sup>5</sup> maka tidak mengherankan kalau di negeri ini banyak yang telah kecanduan Narkoba karena bahan bakunya banyak ditemukan di dalam negeri.

Kedua, *Illicit Traffic* (adanya perdagangan gelap Narkoba) meliputi segala bentuk kegiatan pasca panen maupun pasca pengolahan hingga sampai ke tangan para pengguna (*customers*), melalui proses pengangkutan, penyelundupan dan perdagangan obat-obatan haram tersebut. Bagian kedua ini kalau dihubungkan dengan data barang bukti yang telah disita oleh petugas, lebih meyakinkan kita terhadap permasalahan Narkoba saat ini di Indonesia; dimana barang bukti yang disita petugas dari tahun 1998 hingga 2001 menunjukkan adanya peningkatan secara kualitas dari berbagai jenis Narkoba, khususnya ganja dari 1,071 ton pada tahun 1998 meningkat menjadi 20,5 ton pada tahun 2001. Barang bukti tersebut dapat dilihat pada tabel berikut ini.

**Tabel 1: DATA BARANG BUKTI YANG  
DISITA PETUGAS**

Sumber: BNN, Tahun 2001. Data telah diolah kembali.

Data di atas mengungkapkan bahwa perkembangan perdagangan gelap Narkoba tersebut menunjukkan

kecenderungan yang meningkat bahkan angka yang terungkap oleh Polri hanya merupakan fenomena gunung es (*ice berg*),

artinya bahwa yang tampak hanya 490 Kg HEROIN dan 1741 Kg COCAIN sedangkan kedalaman tidak terukur.

SHABU-SHABU 7.761 Kg, Ketiga, *Drug Abuse* (adanya penyalahgunaan Narkoba) yakni menggunakan Narkoba tidak sesuai dengan kaidah/ norma kesehatan. Pembagian Arca ini dibagikan dengan

GANJA banyak remaja/ generasi muda yang berobat ke Rumah Sakit Ketergantungan Obat (RSKO) Jakarta, maka menjadi jelaslah permasalahan Narkoba sudah sangat serius, seperti tergambar pada data berikut:

Tabel 2: **DATA PASIEN RAWAT JALAN  
& RAWAT INAP**

Sumber: BKNN, Tahun 2000. Data telah diolah kembali. Keterangan:  
RJ = Rawat Jalan, RI = Rawat Inap.

Dari data di atas dapat diketahui bahwa penggunaan Narkoba telah banyak dilakukan oleh anak/remaja atau dewasa muda masyarakat Indonesia, baik laki-laki maupun perempuan. Kalau pasien rawat jalan dan rawat inap pada tahun 1997, 1998 dan 1999 digabungkan maka jumlah laki-laki 18.016 orang (91,16%) sedangkan perempuan berjumlah 1.746 orang (8,84%).

Sementara yang paling memprihatinkan dari data tersebut adalah menyangkut “usia” mereka, karena 81,9% (16.185 orang) berusia antara 25 tahun ke bawah, jauh lebih besar dibandingkan dengan usia 25 tahun ke atas yakni 18,1% (3.577 orang). Ini artinya bahwa mayoritas penyalah-guna Narkoba adalah anak-anak remaja yang masih usia sekolah

ataupun mahasiswa.<sup>7</sup>

Pemerintah RI (BAKOLAK INPRES 6/71, 1995) telah menyebutkan angka resmi penyalahguna Narkoba 0,065% dari jumlah penduduk 200 juta (1995), berarti 130.000 orang. Berkaitan dengan hal tersebut, Dadang Hawari dkk dalam penelitiannya tahun 1998 menyebutkan bahwa angka sebenarnya adalah 10 (sepuluh) kali lipat dari angka resmi. Dengan kata lain, apabila ditemukan satu orang penyalahguna Narkoba, berarti ada 10 (sepuluh) orang penderita yang tidak terdaftar resmi. Justru itu bila data yang dikeluarkan oleh pemerintah itu benar, maka jumlah penyalahguna atau ketergantungan Narkoba adalah  $130.000 \times 10 = 1.300.000$  (1,3 juta) orang.<sup>8</sup>

Penyalahgunaan Narkoba di Indonesia mulai terdeteksi sejak tahun 1969 dan Narkoba yang disalahgunakan tidak terbatas pada jenis opiate (*morphine*) dan ganja saja, melainkan juga jenis *sedativa/hipnotika* (obat tidur golongan psikotropika) dan alkohol. Tidak jarang penyalahguna memakai Narkoba berganti-ganti jenis dan mencampur satu jenis zat dengan zat lainnya (*polydrugs abuser*).<sup>9</sup>

Sekedar gambaran tentang jenis-jenis Narkoba yang sering disalahgunakan oleh para remaja dari tahun ke tahun dapat diuraikan sebagai berikut:

- 1969 – 1973 umumnya memakai morphin dan ganja
- 1973 – 1976 disamping morphin dan ganja, juga memakai *barbiturat* dan beberapa jenis obat tidur (hipnotika);
- 1976 – 1979 memakai ganja, *barbiturat* dan jenis hipnotika

- sedangkan penggunaan morphin menurun;
- 1979 – 1985 menggunakan ganja, *barbiturat*, jenis hipnotika, alkohol, morphin dan heroin (*putaw*);
- 1985 – 1990 menggunakan ganja, *barbiturat*, jenis hipnotika, alkohol, pethidin, morphin dan heroin;
- 1990 – 1995 menggunakan ganja, *barbiturat*, hipnotika, alkohol, pethidin, morphin, heroin; pada tahun ini juga muncul kokain dan amphetamin serta turunannya (*ecstasy* dan *shabu-shabu*);
- 1995 – 2000 menggunakan ganja, amphetamin dan turunannya, heroin, kokain, alkohol dan jenis hipnotika.<sup>10</sup>

Sementara itu biaya yang harus dikeluarkan oleh setiap pecandu Narkoba perharinya diperoleh data antara Rp.100.000,- – Rp.300.000,-. Dengan demikian biaya yang digunakan oleh para pecandu (1,3 juta orang) adalah antara Rp.130 milyar sampai dengan Rp.390 milyar perhari.<sup>11</sup>

Penyalahgunaan/ketergantungan Narkoba merupakan penyakit endemik dalam masyarakat modern, penyakit kronik yang berulang kali kambuh dan merupakan proses gangguan mental adiktif, karena zat yang terkandung di dalam Narkoba menimbulkan adiksi (ketagihan) yang pada gilirannya berakibat dependensi (ketergantungan) dan hingga sekarang belum ditemukan upaya penanggulangannya secara universal dan memuaskan, baik dari sudut Prevensi, Terapi maupun Rehabilitasi.<sup>12</sup>

Adapun akibat buruk dari zat-zat Narkoba terhadap diri pemakai memiliki 4 (empat) sifat. *Pertama*, keinginan yang tak tertahankan terhadap zat Narkoba tersebut, dalam arti dengan jalan apapun akan ditempuh pecandu untuk memperolehnya (*an overpowering desire*). *Kedua*, kecenderungan untuk menambah takaran atau dosis, sesuai dengan toleransi tubuh. *Ketiga*, ketergantungan psikologis, maksudnya apabila pemakaian Narkoba dihentikan akan menimbulkan gejala-gejala kejiwaan, seperti gelisah, cemas, depresi dan sejenisnya. *Terakhir*, ketergantungan fisik, artinya bila pemakaian Narkoba dihentikan kelak akan menimbulkan gejala fisik yang disebut dengan gejala putus zat (*withdrawal symptoms*).<sup>13</sup>

Sementara itu dalam konsideran (pada huruf) c yang merupakan pertimbangan ditetapkan Undang-undang No. 22 tahun 1997 tentang Narkotika, disebutkan bahwa Narkotika di satu sisi merupakan obat atau bahan yang bermanfaat di bidang pengobatan atau pelayanan kesehatan dan pengembangan ilmu pengetahuan, namun di sisi lain dapat pula menimbulkan ketergantungan yang sangat merugikan apabila dipergunakan tanpa pengendalian dan pengawasan yang ketat dan seksama.<sup>14</sup>

Dari maksud pernyataan di atas dapat diambil pengertian bahwa Narkotika atau Narkoba seperti pisau bermata dua, satu sisi dapat digunakan sebagai obat, sementara sisi lain dapat membawa kepada kehancuran.

Hal ini dapat dicontohkan seperti Narkoba jenis morphin, sebenarnya zat ini sangat berguna (berkhasiat) untuk menghilangkan rasa sakit dalam pelaksanaan operasi (pembedahan), namun sebaliknya bila penggunaannya tak terkontrol, maka morphin sangat cepat menimbulkan toleransi

dan ketergantungan, dan dalam dosis tinggi dapat menghilangkan kolik empedu dan ureter serta menekan pusat pernapasan sehingga menyebabkan pernapasan tersumbat.<sup>15</sup> Kematian akibat *over dosis* jenis morphin ini pada umumnya disebabkan oleh sifatnya yang menghambat pernapasan tersebut.

Pemakaian Narkoba dalam dosis besar dan berjangka panjang akan menimbulkan ketergantungan fisik terhadap Narkoba tersebut. Selain itu dapat juga menimbulkan gangguan fisik dan psikis, bahkan perubahan perilaku, seperti kecenderungan melakukan tindakan asosial atau kriminal, malas belajar atau bekerja, dan juga dapat menimbulkan penyakit kronis seperti Hepatitis, HIV/AIDS, Endokarditis atau Malnutrisi.<sup>16</sup> Apabila pemakaian melampaui batas toleransi (*over dosis*) bisa berakibat sangat fatal, termasuk koma bahkan kematian.

Sebaliknya apabila seorang pecandu Narkoba menghentikan secara tiba-tiba atau pemberian berikutnya tidak mencukupi dosis yang dibutuhkan, akan menimbulkan masalah berupa kekacauan pada system keseimbangan tubuh yang bersangkutan. Selanjutnya akan timbul reaksi tubuh yang bertolak belakang dengan efek *opioid*, keadaan ini disebut dengan “Sindroma putus obat” (*withdrawal syndrom*) yang dikenal dengan istilah “*sakaw*”. Sindroma tersebut menimbulkan penderitaan sekaligus menjadi penghambat bagi pecandu Narkoba yang ingin berhenti sebagai pecandu. Pada tahap ini remaja penyalahguna Narkoba bisa menjadi kriminal untuk sekedar memperoleh uang membeli Narkoba.<sup>17</sup>

Penyalahgunaan Narkoba saat ini telah sampai pada tingkat yang mengkhawatirkan bahkan sudah merupakan

ancaman terhadap kelangsungan hidup manusia sekaligus kehancuran generasi berikutnya (*the lost generation*).<sup>18</sup>

Memperhatikan masalah Narkoba ini, Pemerintah RI telah mengeluarkan kebijakan dan menetapkan beberapa langkah, antara lain pemberantasan peredaran gelap Narkoba; pelayanan kesehatan yang bersifat Pengobatan dan Rehabilitasi terhadap korban kecanduan Narkoba; pencegahan terjadinya penyalahgunaan Narkoba; memperkuat perangkat hukum dan upaya penegakan hukum.<sup>19</sup>

Dalam realisasinya sejak 1971 Pemerintah telah mengeluarkan Inpres No. 6/71 tentang pembentukan Badan Koordinasi Pelaksanaan Penanggulangan Narkotika, kemudian diterbitkan Undang-undang No. 9 tahun 1976 tentang Narkoba yang belakangan diganti dengan Undang-undang No. 22/1997 tentang Narkotika dan Undang-undang No. 5/1997 tentang Psicotropika. Terakhir sekali sesuai dengan bunyi pasal 54 (1) UU No. 22/1997 dimana pemerintah diamanatkan untuk membentuk Badan Koordinasi Narkotika Nasional (BKNN), maka berdasarkan Keppres No. 116/1999 tanggal 29 September 1999, terbentuklah BKNN sebagai Lembaga Pemerintah Non Struktural yang berada di bawah Presiden dan bertanggung jawab langsung kepada Presiden RI.<sup>20</sup> Kini BKNN tersebut telah dirobah menjadi BNN (Badan Narkotika Nasional) terhitung mulai tanggal 22 Maret 2002.<sup>21</sup>

Kendala yang dihadapi dalam penanggulangan Narkoba di negeri ini adalah selain lemahnya supremasi hukum juga belum adanya kesepakatan tentang konsep dasar mekanisme penyalahgunaan/ketergantungan Narkoba dan masih adanya perbedaan pendapat terhadap diri penyalahguna Narkoba tersebut. Dari sudut pandang penegak hukum, melihat

penyalahguna Narkoba sebagai “pelaku kriminal”, dari pihak ahli sosial melihatnya sebagai “korban”, sementara dari ahli kedokteran/ kesehatan melihatnya sebagai “penderita/pasien”.<sup>22</sup>

Bagi mereka yang sudah terlanjur sebagai penyalahguna Narkoba dan berkeinginan keras untuk sembuh, pemerintah telah menyediakan Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Khusus untuk mengobati ketergantungan Narkoba dan merehabilitasinya. Namun kenyataan menunjukkan bahwa para korban penyalahguna/ ketergantungan Narkoba masih sering enggan menggunakan sarana pemerintah karena adanya stigma atau perasaan malu ataupun perasaan tidak nyaman apabila diketahui oleh orang lain. Justru kebanyakan penderita mendatangi sarana yang dikelola oleh pihak swasta maupun Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), walaupun biayanya lebih mahal dibandingkan dengan yang dikelola Pemerintah.<sup>23</sup> Bahkan sebagian orang tua memasukkan anaknya ke Pusat Rehabilitasi yang ada di luar negeri seperti di Malaysia. Sebagaimana dikemukakan oleh Diana Panggabean yang sehari-harinya bertugas membantu penyembuhan korban Narkoba di Negara itu, bahwa 50% korban Narkoba yang dirawat di 3 (tiga) Pusat Rehabilitasi Malaysia adalah orang Indonesia dengan biaya Rp.100.000.000,- (seratus juta rupiah) selama 6 (enam) bulan.<sup>24</sup> Dari kenyataan ini, ada kesan bahwa korban Narkoba dianggap sebagai aib keluarga sehingga seolah-olah mereka disembunyikan di luar negeri.

Seiring dengan semakin banyaknya jumlah pecandu Narkoba, maka pusat-pusat penanggulangan (*rehabilitation centers*) yang dikelola oleh pihak swasta juga mulai

menunjukkan fungsinya dalam membantu mengatasi masalah yang menimpa korban. Terbukti lembaga-lembaga ini bertambah dengan suburnya, sehingga pada penghujung tahun 2000 saja jumlahnya mencapai  $\pm$  100 (seratus) Pusat Rehabilitasi di Jakarta dan sekitarnya.<sup>25</sup> Pusat-pusat Rehabilitasi tersebut, antara lain Pamardi Siwi milik Kepolisian berdiri sejak 1975, Pamardi Putra Khusnul Khotimah milik Departemen Sosial berdiri sejak 1974, Instalasi Pemulihan Ketergantungan NAPZA R.S. Marzuki Mahdi Bogor, R.S. Mitra Keluarga Jakarta, Pesantren Inabah Suryalaya, Wisma Adiksi, Wisma Afiat, Yayasan Catur Pelita Mandiri, Yayasan Insan Pengasih Indonesia, Yayasan Kasih Mulia, Yayasan Keluarga Sakinah, Yayasan Pelita Kasih, Titihan Respati, Yayasan Wijaya Kesuma Sport Campus (WKSC), dan Pusat Rehabilitasi Korban Narkoba Pondok Pesantren Modern Darul Ichsan.

Pusat-pusat Rehabilitasi tersebut memiliki sistem Terapi yang berbeda antara satu dengan yang lain, sesuai dengan visi dan misi pendirinya. Pada garis besarnya pelaksanaan Terapi tersebut terintegrasi kepada 5 (lima) sistem, yakni sistem *Cold Turkey*, sistem *Hydro Therapy*, sistem *Rapid Detoxification*, sistem *Substitution* dan sistem *Abstinencia Totalis*.<sup>26</sup>

Selain adanya perbedaan dalam sistem detoksifikasi, pusat-pusat Rehabilitasi tersebut juga menerapkan metode yang berbeda antara satu dengan yang lainnya dalam proses pemulihan ketergantungan Narkoba. Metode-metode tersebut antara lain dikenal dengan metode *Therapeutic Community* (TC), metode Talqin Dzikir, dan metode Terpadu.

Demikian halnya dengan program lanjutan atau Pasca Rehabilitasi, ada yang berbentuk *Narcotics Anonymous* (NA)

serta *After Care* dengan Forum Silaturrahminya.

Pondok Pesantren Modern (PPM) Darul Ichsan adalah salah satu Pusat Rehabilitasi Korban Narkoba yang berdiri sejak tanggal 16 September 1998, telah berhasil merehabilitasi + 500 (lima ratus) orang korban Narkoba, dengan menggunakan sistem Terapi *Abstinencia Totalis* atau Blok Total serta metode Rehabilitasi Terpadu.

Metode Terpadu yang dikembangkan pada PPM Darul Ichsan bertujuan selain upaya penyembuhan, juga terutama untuk menekan sekecil mungkin angka kekambuhan (*relapse*), mengobati komplikasi, memperkecil angka kematian (*mortality rate*) dengan Motto: BEROBAT DAN BERTOBAT.<sup>27</sup> Kalau dikaitkan dengan prinsip Terapi, maka “berobat” artinya membersihkan Narkoba dari tubuh pasien; dan “bertobat” artinya pasien memohon ampun kepada Allah SWT, berjanji tidak mengulangnya dan memohon kekuatan iman agar tidak lagi tergoda untuk mengkonsumsi Narkoba.<sup>28</sup> Pengamalan agama dalam proses penyembuhan korban Narkoba di Pesantren ini, diberikan secara seimbang dengan pengobatan secara medis. Karena dalam terapi kecanduan Narkoba, harus dilengkapi dengan terapi mental spiritual (terapi psikoreligius) seperti shalat, berdoa, dan berdzikir. Penelitian membuktikan bahwa para pecandu Narkoba terdapat kekosongan spiritual, oleh karenanya kekuatan spiritual ini amat fundamental bagi seseorang agar imun (kebal) terhadap penyalahgunaan Narkoba.<sup>29</sup> Terapi keagamaan terhadap para pasien penyalahguna/ketergantungan Narkoba ternyata membawa hasil jauh lebih baik daripada hanya terapi medik psikiatrik saja. Do’a dan dzikir merupakan terapi psikiatrik, setingkat lebih tinggi dari

psikoterapi biasa. Sebab ia mengandung unsur spiritual yang dapat mengakibatkan harapan (*hope*) dan rasa percaya diri (*self confident*) pada diri pasien. Dengan terapi itu, kekebalan (imunitas) tubuh meningkat, sehingga mempercepat proses penyembuhan.

Pentingnya peran agama dalam Terapi medis oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) sejak 1984 telah merubah batasan sehat dari 3 (tiga) aspek saja, yaitu sehat dalam arti fisik, psikologik dan sosial, menjadi 4 (empat) aspek yakni dengan menambah aspek spiritual, sehingga pengertian sehat seutuhnya adalah sehat yang meliputi fisik, psikologik, sosial dan spiritual (bio-psiko-sosio-spiritual).<sup>30</sup>

Menyikapi banyaknya generasi muda yang menjadi korban penyalahgunaan Narkoba, maka dibutuhkan suatu sistem dan metode yang paling baik dan komprehensif untuk mengatasinya. Hal inilah yang dirasakan oleh penulis sangat penting diadakannya penelitian agar dapat membantu para korban/pecandu Narkoba menjadi sehat secara utuh.

Selanjutnya hal yang menarik minat penulis untuk mengadakan penelitian adalah karena penulis disamping sebagai pendidik, juga seorang ibu rumah tangga (orang tua) dari anak-anak yang masih rentan terhadap pengaruh Narkoba.

Alasan terakhir adalah penulis menaruh minat terhadap penanganan korban penyalahgunaan/ketergantungan Narkoba karena keinginan membaktikan diri terhadap bangsa dan agama, yang dijiwai dan dilandasi oleh *amar ma'ruf nahyi munkar*. Ketiga hal inilah yang melatarbelakangi pentingnya penelitian ini dilakukan.

Bertitik tolak dari latar belakang masalah di atas, maka yang menjadi masalah pokok dalam buku ini adalah: Bagaimana Pondok Pesantren Modern Darul Ihsan melibatkan Peran Agama dalam Terapi dan Rehabilitasi Korban Narkoba?. Masalah pokok ini dapat dirinci sebagai berikut:

1. Bagaimana PPM Darul Ihsan melibatkan peran agama dalam Terapi dan Rehabilitasi korban Narkoba?
2. Bagaimana mekanisme Terapi dan Rehabilitasi korban Narkoba di Pondok Pesantren Modern Darul Ihsan?
3. Sejauhmana peran agama dalam Terapi dan Rehabilitasi korban Narkoba dapat mengatasi kekambuhan (*relapse*)?

Adapun tujuan dari penelitian ini adalah untuk:

- Membuktikan bagaimana PPM Darul Ihsan melibatkan peran agama dalam Terapi dan Rehabilitasi korban Narkoba.
- Mengetahui bagaimana sebenarnya sistem Terapi dan metode Rehabilitasi korban Narkoba yang diterapkan di PPM Darul Ihsan.
- Mengetahui sejauhmana peran agama dalam pelaksanaan Terapi dan Rehabilitasi korban Narkoba dapat mengatasi kekambuhan (*relapse*).

Berdasarkan tujuan di atas, temuan hasil penelitian ini diharapkan bermanfaat sebagai salah satu alternative solusi bagi penyembuhan korban narkoba, yaitu:

- Dengan membuktikan keberhasilan PPM Darul Ihsan melibatkan peran agama dalam Terapi dan Rehabilitasi korban Narkoba, maka hasil penelitian ini akan menjadi model bagi para penyelenggara pusat Rehabilitasi korban

Narkoba yang lain.

- Dengan mengetahui sistem Terapi dan metode Rehabilitasi korban Narkoba di PPM Darul Ichsan, dibandingkan dengan Terapi dan Rehabilitasi yang lain, orang tua dan masyarakat memperoleh informasi yang benar tentang sistem Terapi dan metode Rehabilitasi yang terbaik.
- Dengan mengetahui keunggulan peran agama dalam Terapi dan Rehabilitasi korban Narkoba terutama dalam mengatasi kekambuhan, penulis ingin menyebarluaskan ke tengah-tengah masyarakat sebagai menyahuti *amar ma'ruf nahyi munkar*.

Para ahli dan peneliti tentang Narkoba telah banyak yang menyebarluaskan hasil penelitiannya baik dari dalam maupun dari luar negeri. Akan tetapi kebanyakan mereka lebih menitikberatkan kajiannya pada bidang psikiatrik dan psikologi. Adapun peneliti ataupun penulis buku yang berkaitan dengan Narkoba ini adalah sebagai berikut;

1. Dadang Hawari, *Penyalahgunaan dan Ketergantungan NAZA*, merupakan lanjutan dari disertasinya berjudul *Pendekatan Psikiatri Klinis pada Penyalahgunaan Zat* (1990). Dengan melakukan berbagai penelitian terhadap para pecandu Narkoba, Hawari menemukan berbagai efek samping sebagai akibat dari penyalahgunaan Narkoba baik bagi fisik maupun psikis. Metode Terapi dan Rehabilitasi yang rasional bagi korban Narkoba, menurutnya adalah perpaduan antara ilmu pengetahuan (medis) dan agama.
2. Dwi Yanny L. dengan bukunya yang berjudul *Narkoba Pencegahan dan Penanggulangannya*. Dalam penelitiannya, Dwi Yanny memberikan informasi kepada masyarakat

luas hal ihwal tentang penyalahgunaan Narkoba, mulai dari proses terjadinya serta penyebab penyalahgunaan Narkoba pada anak-anak dan remaja, diakhiri dengan penanganan terhadap para korban secara singkat.

3. Masruhi Sudiro melalui bukunya *Islam Melawan Narkoba*, menyoroti masalah Narkoba di Indonesia secara umum dan membahas pandangan Islam terhadap Narkoba.
4. Lambertus Somar telah menyusun buku *Rehabilitasi Pecandu Narkoba*, sebagai panduan dasar untuk menangani pusat Rehabilitasi yang dikelolanya sendiri “*Kedhaton Parahita*” (istana pelayanan kasih sesama).
5. Emo Abdulkadir melalui karyanya *Inabah*, membahas tentang penyembuhan korban Narkoba melalui proses didik pada Pesantren Suryalaya. Dalam studinya, Emo melakukan eksplorasi mengenai perkembangan *Inabah* dalam 5 (lima) tahun terakhir baik dari segi kualitas maupun kuantitas yang dirawat.
6. Shalih bin Ghanim As-Sadlan, *Al-Mukhaddirât wa al-Aqâqîr al-Nafsiyah*, peneliti dari Saudi Arabia.
7. Al-Ahmady Abu An-Nur, *Ihdzaru al-Mukhaddirât*; peneliti dari Mesir. Keduanya lebih banyak menyoroti masalah Narkoba dari segi ajaran Islam serta etiologi penyalahgunaan dan peredaran Narkoba baik dari segi aspek sosiologis, moral, kesehatan dan ekonomi berikut mudharatnya di Negara-negara Islam.

Dari sekian banyak karya tentang Narkoba yang telah dipublikasikan tersebut, kajian terhadap Peran Agama dalam Terapi dan Rehabilitasi maupun Pasca Rehabilitasi Korban Narkoba belum ada dijumpai peneliti, oleh karena itu penelitian

ini dipandang baru dan aktual. Baru, karena pertama kali dan belum pernah ditulis orang. Kalaupun ada masih bersifat kajian teoritis, sementara penelitian ini bersifat praktis. Aktual, karena masalah penyalahgunaan Narkoba mempunyai dimensi yang luas dan cukup menggelisahkan masyarakat secara nasional dan internasional, hingga kini belum ditemukan suatu metode penanganan yang memuaskan.

Penelitian ini merupakan riset lapangan (*field research*) dan studi kepustakaan (*library research*). Objek penelitian di lapangan adalah Pusat Rehabilitasi Korban Narkoba Pondok Pesantren Modern Darul Ichsan, Desa Selawangi Kecamatan Cariu, Kabupaten Bogor. Oleh karena penulis ingin melakukan penelitian kepada seluruh elemen yang ada dalam wilayah populasi, maka penelitian ini merupakan penelitian populasi.<sup>31</sup> Pusat Rehabilitasi PPM Darul Ichsan dipilih sebagai objek penelitian karena dianggap lebih representatif, selain lokasinya juga relatif mudah dijangkau. Sedangkan studi kepustakaan yaitu dengan membaca buku-buku yang berkenaan dengan masalah Narkoba terutama buku karya Prof. Dadang Hawari, yang digunakan sebagai buku pedoman dan panduan di Pusat Rehabilitasi PPM Darul Ichsan antara lain:

- a. *Terapi (detoksifikasi) dan Rehabilitasi (Pesantren) Mutakhir (Sistem Terpadu) Pasien NAZA*; Jakarta: UI Press, 1999.
- b. *Al-Qur'an, Ilmu Kedokteran Jiwa dan Kesehatan Jiwa*, Yogyakarta: Dana Bhakti Prima Yasa, 1997.
- c. *Do'a dan Dzikir sebagai Pelengkap Terapi Medis*, Yogyakarta: Dana Phakti Prima Yasa, 1997.
- d. *Konsep Islam Memerangi AIDS dan NAZA*, Yogyakarta: Dana Bhakti Prima Yasa, 1996.

- e. *Penyalahgunaan dan Ketergantungan NAZA*, Jakarta: EKUI, 2001.
- f. *Gerakan Nasional Anti Mo-Limo*, Yogyakarta: Dana Bhakti Prima Yasa, 2000.

Adapun buku-buku karya penulis lainnya, maupun makalah-makalah yang telah dipresentasikan oleh para pakar di forum seminar, diskusi, simposium; serta artikel-artikel di berbagai media massa yang berkenaan dengan masalah Narkoba dijadikan sebagai pembanding atau pelengkap.

Adapun penelitian ini dilakukan di Pusat Rehabilitasi Korban Narkoba Pondok Pesantren Modern Darul Ichtan Bogor, selama 5 (lima) bulan yaitu dari 1 Mei hingga 30 September 2001.

Sehubungan dengan inti penelitian adalah masalah yang menyangkut Peran Agama dalam Sistem Terapi dan Metode Rehabilitasi Korban Narkoba di Pondok Pesantren Modern Darul Ichtan, maka yang menjadi populasinya adalah mereka yang berada atau berkepentingan dengan Pusat Rehabilitasi, seperti Pimpinan atau pengurus Yayasan, Psikolog, Psikiater, para Kyai, Staf dan para Santri yang sedang mengikuti Rehabilitasi; keseluruhannya berjumlah 90 (sembilan puluh) orang, yakni 40 orang penyelenggara dan 50 orang santri.

Dari seluruh jumlah populasi penelitian tersebut, yang dijadikan sampel ditetapkan sebanyak 75 orang, yakni 50 orang santri sebagai responden dan 25 orang pelaksana sebagai informan. Sampel ini dipilih secara khusus berdasarkan tujuan penelitian dengan menggunakan teknik sampling bertujuan (*Purposive Sampling*).<sup>32</sup>

Penelitian ini menggunakan Teknik Pengumpulan Data,

sebagai berikut;

- a. Kuesioner, adalah daftar pertanyaan atau isian tertulis yang telah dipersiapkan sebelumnya, diberikan kepada 50 (lima puluh) orang santri sebagai responden. Sementara kepada informan hanya dilakukan wawancara. Adapun tujuan pembuatan kuesioner adalah agar lebih mengarahkan informasi yang diperoleh secara relevan, membantu responden dalam memberikan jawaban dalam waktu yang relatif lebih cepat, sekaligus mempercepat pelaksanaan pengumpulan data. Dalam memberikan jawaban, responden lebih bebas menjawab pertanyaan dengan kata-katanya sendiri serta menyatakan ide-idenya yang dianggap tepat. Dari jawaban bebas (*free response*) tersebut memungkinkan peneliti mengetahui perasaan, pendapat atau latar belakang responden secara mendalam.
- b. Wawancara, merupakan teknik pengumpulan data dengan jalan tanya jawab sepihak yang dikerjakan dengan sistematis dan berlandaskan kepada tujuan penelitian. Peneliti melakukan “kontak langsung” dengan informan. Pertanyaan-pertanyaan diajukan secara lisan, dan jawaban informan dikemukakan secara lisan pula. Sebelum wawancara dilaksanakan terlebih dahulu dipersiapkan pedoman wawancara (*interview guide*) yang berhubungan dengan keterangan yang ingin digali. Dalam pelaksanaannya informan diberi kebebasan untuk menyatakan pendapat atau isi hatinya, dengan demikian wawancara diharapkan dapat berjalan secara wajar, lebih luwes, sehingga data yang diperoleh lebih objektif dan mendalam. Pelaksanaan wawancara ini ditujukan kepada informan yakni pihak pimpinan (ketua Yayasan), Psikolog,

- Psikiater, Kyai, Pekerja Sosial, Staf, Santri, dan lain-lain.
- c. Observasi terlibat (*participant observation*), dimana peneliti terlibat secara langsung, sebagai bagian dalam perikehidupan yang diobservasi. Peneliti dalam kegiatan ini dapat mengamati dari dekat secara intensif kegiatan dan tingkah laku para responden. Karena peneliti ikut serta pada kegiatan orang yang diobservasi, maka pada diri responden tidak timbul perasaan bahwa dirinya sedang diteliti atau dinilai, sehingga mereka akan bertingkah laku secara wajar. Mengamati sambil berpartisipasi ini diharapkan dapat menghasilkan data lebih banyak, mendalam dan lebih rinci.<sup>33</sup>
  - d. Metode dokumenter yaitu sumber data berupa dokumen resmi yang ada di lembaga PPM Darul Ichsan, baik bahan tertulis ataupun catatan tertulis.<sup>34</sup>

Penelitian ini merupakan gabungan antara kualitatif dan kuantitatif. Penelitian kuantitatif adalah penelitian yang melibatkan perhitungan atau angka,<sup>35</sup> sedangkan penelitian kualitatif merupakan prosedur yang menghasilkan data deskriptif berupa data tertulis maupun lisan.<sup>36</sup>

Dengan menggunakan metode pengumpulan data yang disebutkan di atas, yaitu metode kuesioner, wawancara, observasi dan metode dokumenter, diharapkan data yang dihimpun akan dapat menjawab permasalahan yang ada.

Setelah data terkumpul, maka dilakukanlah Analisa Data, namun sebelum mengadakan Analisa Data, data mentah yang dikumpulkan dari kaneh (lapangan), diolah terlebih dahulu. Pengolahan dimaksud meliputi kegiatan *editing*, *coding* dan *tabulating*.<sup>37</sup>

- a. *Editing*; yaitu semua data yang masuk (*raw data*) diperiksa, apakah terdapat kekeliruan dalam pengisian seperti kelengkapan nama responden, maupun data lainnya, yang dilaksanakan sewaktu di lapangan; agar diperoleh data yang *valid* dan *reliable* serta dapat dipertanggung-jawabkan.
- b. *Coding*; setelah memeriksa kelengkapan data, berikutnya membuat kode, tanda atau symbol terhadap tiap-tiap data yang termasuk dalam kategori yang sama. Misalnya membuat tanda khusus terhadap data yang menjelaskan sebab-sebab responden terjerumus ke Narkoba, atas jawaban yang menegaskan karena “pengaruh teman” ataupun sebab-sebab lainnya dibuatkan tanda khusus atau kode.
- c. *Tabulating*; dari jawaban-jawaban yang serupa, sesuai dengan pembuatan kode di atas dikelompokkan dengan cara yang teliti dan teratur, kemudian dihitung dan dijumlah. Pengaturan data dapat bermacam-macam, seperti pengaturan menurut banyaknya peristiwa yang terjadi atau jumlah jawaban yang sama (tabel frekuensi), atau menurut kelompok/kelasnya (tabel klasifikasi), dan lainnya.

Sebenarnya pengolahan *editing*, *coding* dan *tabulating* merupakan titik awal pekerjaan analisis. Analisis data dapat dilakukan secara non statistic dan secara statistic. Analisa non statistic, dilakukan dengan membaca table-tabel, grafik-grafik atau angka yang tersedia, kemudian melakukan uraian dan penafsiran. Sementara analisa secara statistik adalah yang dilakukan dengan menginterpretasi data yang berwujud angka-angka, yakni penarikan kesimpulan dari hasil analisa

yang dilakukan atas dasar data kuantitatif. Jika dengan mengorganisir dan menganalisa data kuantitatif diperoleh gambaran yang teratur tentang suatu peristiwa, maka statistik ini disebut “deskriptif”.<sup>38</sup>

Pada umumnya penelitian deskriptif merupakan penelitian non-hipotesis, sehingga dalam langkah penelitiannya tidak perlu merumuskan hipotesis. Sementara itu dalam penelitian non-hipotesis peneliti mengadakan komparasi status fenomena dengan standarnya.<sup>39</sup> Oleh karena itu sebelum memulai penelitian kancang, standarnya telah ditetapkan terlebih dahulu. Bila standar ini dihubungkan dengan Peran Agama dalam Terapi dan Rehabilitasi Korban Narkoba di Pondok Pesantren Modern Darul Ichsan, maka ditetapkan metode Terapi dan Rehabilitasi yang tidak menggunakan aspek agama (religi), kekambuhannya 43,9%,<sup>40</sup> sebagaimana juga penelitian Pattison tersebut dikutip oleh Dadang Hawari.<sup>41</sup> Dengan demikian yang ingin dicari adalah kekambuhan pasien yang menggunakan aspek agama dalam Terapi dan Rehabilitasi. Atau dengan kata lain, seberapa jauh peran agama dalam Terapi dan Rehabilitasi korban Narkoba di PPM Darul Ichsan Bogor, dalam mengatasi kekambuhan/*relapse*.

Untuk menghindari terjadinya pemahaman yang berbeda, maka peneliti terlebih dahulu menjelaskan dan memberi batasan tentang beberapa kata kunci ataupun istilah yang sering digunakan dalam tulisan ini, sebagai berikut:

1. **Terapi** (pengobatan) adalah detoksifikasi, yakni menghilangkan pengaruh atau mengeluarkan racun/toksin Narkoba dari tubuh pasien penyalahguna/ketergantungan Narkoba. Racun Narkoba akan keluar

dari dalam tubuh (hilang dengan sendirinya) dalam waktu 7 (tujuh) hari. Teknik mengeluarkan Zat Narkoba dari dalam tubuh, ada yang menggunakan obat (dibius) dan ada dengan tanpa menggunakan obat. Akibat dihentikannya mengkonsumsi Narkoba, maka si pasien akan mengalami sakit yang amat sangat, yang dikenal dengan istilah *sakaw*.

2. **Rehabilitasi** adalah upaya memulihkan dan mengembalikan kondisi para korban penyalahgunaan/ketergantungan Narkoba menjadi sehat, dalam arti sehat fisik, psikologik, sosial dan spiritual/agama (keimanan).
3. **Narkoba** singkatan dari “Narkotika dan Obat-obatan Berbahaya”. Istilah lain untuk Narkoba adalah NAPZA (Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya); atau NAZA (Narkotika, Alkohol dan Zat Adiktif); dan Madat (yang dimaksud juga Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya). Dalam penelitian ini digunakan kata “Narkoba”, mengingat istilah ini lebih dikenal dan populer di tengah-tengah masyarakat secara nasional dan yang dimaksudkan adalah Narkotika, Psikotropika, Alkohol dan Zat Adiktif lainnya. Narkoba adalah zat yang bekerja pada otak sehingga dapat menimbulkan perubahan pikiran, perasaan, dan tingkah laku. Karena perubahan-perubahan tersebut, penyalahgunaan Narkoba dapat merugikan dan membahayakan diri sendiri maupun orang lain.
4. **Korban Narkoba** adalah anak/remaja ataupun dewasa yang mengalami gangguan kepribadian ataupun karena dorongan ingin tahu, bujukan dan rayuan teman, jebakan dan tekanan serta pengaruh teman kelompok sebaya

(*peer group pressure*), menyalahgunakan Narkoba sehingga menjadi ketagihan dan akhirnya mengalami ketergantungan baik fisik maupun psikis terhadap Narkoba.

5. **Pondok Pesantren Modern Darul Ichsan** sebuah lembaga swadaya masyarakat (LSM), merupakan Pusat Terapi dan Rehabilitasi khusus bagi Korban Narkoba, yang berlokasi di desa Selawangi Kecamatan Cariu, Kabupaten Bogor, Jawa Barat. Peserta program Rehabilitasi di Pondok Pesantren ini disebut **Santri**, sedangkan para pengasuhnya dipanggil **Kyai**.
6. **Penyalahgunaan zat (narkoba)** adalah pemakaian zat di luar indikasi medic, tanpa petunjuk atau resep dokter, pemakaian sendiri secara teratur atau berkala sekurang-kurangnya selama satu bulan.
7. **Ketagihan (adiksi)** adalah keterikatan atau ketergantungan secara fisik dan psikis terhadap Narkoba sehingga seseorang selalu ingin menggunakannya lagi.
8. **Ketergantungan (dependensi) zat** adalah kondisi yang kebanyakan diakibatkan oleh penyalahgunaan zat, yang disertai dengan adanya toleransi zat (dosis semakin tinggi) dan gejala putus zat (*withdrawal symptoms*). Dalam keadaan seperti ini si pecandu tak bisa lagi lepas dari cengkeraman Narkoba.
9. **Toleransi** adalah penyesuaian dari tubuh terhadap zat (Narkoba) yang masuk setelah beberapa kali penggunaan yang rutin, dimana hal tersebut membuat tubuh meminta dosis yang lebih tinggi untuk merasakan efek yang diinginkan pada pemakaian berikutnya.

- 10. Pecandu** adalah orang yang menggunakan, menyalahgunakan Narkoba dan dalam keadaan ketergantungan pada Narkoba baik secara fisik maupun psikis.
- 11. Sakaw** adalah sekumpulan gejala yang timbul menyusul pengurangan atau penghentian penggunaan Narkoba pada orang yang sudah ketergantungan. Gejala ini berupa sakit atau nyeri yang tiada terperikan akibat ketagihan, yaitu kondisi yang dinamakan gejala putus obat/zat (*withdrawal symptoms*).
- 12. Sugesti** (*craving*) adalah perasaan yang ada pada pikiran seorang pecandu, dimana perasaan itu menimbulkan keinginan untuk memakai Narkoba kembali.
- 13. Relapse** adalah sikap (pola pikir, rasa dan tindakan) seorang pecandu yang telah berhenti menggunakan Narkoba dalam beberapa waktu, lalu kembali menggunakannya (kambuh).
- 14. Peran Agama dalam Terapi dan Rehabilitasi;** agama dimaksudkan adalah agama Islam dengan segala doktrinnya, menyangkut Akidah, Ibadah dan Mu'amalah. Metode Terapi dan Rehabilitasi banyak yang tidak menggunakan aspek agama dalam membebaskan Pecandu Narkoba. Dengan demikian, yang dikehendaki adalah: peran ajaran agama Islam, yang digunakan untuk memperkuat dan lebih menyempurnakan Terapi dan Rehabilitasi dalam membebaskan atau memulihkan kesehatan mantan penyalahguna Narkoba secara utuh.

**Catatan:**

<sup>1</sup> Nurfaizi, Kepala Pelaksana Harian Badan Narkotika Nasional (Kalakhar BNN), *Makalah* “Penanggulangan Bahaya Narkoba Ditinjau dari Peraturan/Perundang-undangan”, Jakarta, 21 Agustus 2002, h.1.

<sup>2</sup> *Ibid.*

<sup>3</sup> Da’i Bachtiar, Kepala Pelaksana Harian Badan Koordinasi Narkoba Nasional (Kalakhar BKNN), *Makalah* “Peranan Olahraga dalam Mencegah dan Menanggulangi Bahaya Madat”, Jakarta, 14 Juli 2001, h. 3.

<sup>4</sup> *Ibid.*, h. 2.

<sup>5</sup> BA. Sitanggang, *Pendidikan Pencegahan Penyalahgunaan Narkoba*, Jakarta: Karya Utama, cet. 2, 1981, h. 67, 75.

<sup>6</sup> Bimantoro, dalam kata sambutan penerbitan buku, *Penanggulangan Penyalahgunaan Bahaya Narkoba*, Jakarta: Dit Bimmas Polri, 2001, h. v.

<sup>7</sup> Bandingkan dengan pendapat Dadang Hawari, *Penyalahgunaan dan Ketergantungan NAZA (Narkotika, Alkohol & Zat Adiktif)*, Jakarta: FK.UI, 2001, h. xi.

<sup>8</sup> *Ibid.*, h. 2.

<sup>9</sup> *Ibid.*, h. 10.

<sup>10</sup> *Ibid.*, h. 10-12.

<sup>11</sup> Dadang Hawari, *Terapi (Detoksifikasi) dan Rehabilitasi (Pesantren) Mutakhir (Sistem Terpadu) Pasien NAZA (Narkotika, Alkohol dan Zat Adiktif Lain)*, Jakarta: UI Press, 1999, p. x.

<sup>12</sup> Dadang Hawari, *Al-Qur’an: Ilmu Kedokteran Jiwa dan Kesehatan Jiwa*, Yogyakarta: Dana Bhakti Prima Yasa, 1997, h. 125.

<sup>13</sup> Dadang Hawari, *Penyalahgunaan, Op.cit.*, h. 5-6.

<sup>14</sup> Deppen RI, *Himpunan Peraturan Perundang-undangan Narkotika dan Psicotropika*, Jakarta: Ditjenpenum Deppen RI, 1998, h. 156.

<sup>15</sup> Satya Joewana, *Gangguan Penggunaan Zat: Narkotika, Alkohol, dan Zat Adiktif Lain*, Jakarta: Gramedia, 1989, h. 23.

<sup>16</sup> Oloan ET, “Metode Baru Mengatasi Kecanduan Narkotika”, *Makalah* pada Simposium Sehari Detoksifikasi Opioid Cepat dalam Anastesia, Jakarta, 19 Mei 2001, h. 1.

<sup>17</sup> Lihat Sarlito Wirawan Sarwono, *Psikologi Remaja*, Jakarta:

RajaGrafindo, 2001, h. 208.

<sup>18</sup> Sutomo, Tj. A., Direktur Bimmas Polri, selaku Kasatgas LUHPEN Narkoba Mabes Polri, dalam kata pengantar buku *Penanggulangan Penyalahgunaan Bahaya Narkoba*, Jakarta: Dit Bimmas Polri, 2001, h. vii.

<sup>19</sup> Da'i Bachtiar, *Makalah* "Peranan Olahraga dalam Mencegah dan Menanggulangi Bahaya Madat", *Op.cit.*, h. 4.

<sup>20</sup> Da'i Bachtiar, *Makalah*, *Ibid.*, h. 4.

<sup>21</sup> Nn., "Sumut Lebih Maju dari Jakarta dalam Hal Memberantas Narkoba", *Harian Waspada* Medan, 23 April 2002, h. 2.

<sup>22</sup> Dadang Hawari, *Penyalahgunaan*, *Op.cit.*, h. 13-14.

<sup>23</sup> Azrul Azwar, Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat, *Makalah* pada Seminar Sehari "Peranan Olahraga dalam Mencegah Penyalahgunaan NAPZA", Jakarta, 14 Juli 2001, h. 3.

<sup>24</sup> NN., "50 Persen Korban Narkoba di Malaysia Orang Indonesia", *Harian Waspada* Medan, 23 April 2003, h. 3.

<sup>25</sup> Lambertus Somar, *Rehabilitasi Pecandu Narkoba*, Jakarta: Gramedia Widayarsana, 2001, h. xii. Sementara di Negara jiran terdapat 27 pusat rehabilitasi di seluruh negara-negara bagian Malaysia, yang salah satunya khusus untuk perempuan, baca Sahrul Syah, "Melihat Kesungguhan Singapura dan Malaysia Menanggulangi NAZA", *Senandika* Jakarta, Februari 2000, h. 14-15.

<sup>26</sup> Hasil Survey ke beberapa Pusat Rehabilitasi di Jakarta dan Bogor, April – Mei 2001.

<sup>27</sup> Dadang Hawari, *Terapi*, *Op.cit.*, h. xii.

<sup>28</sup> Dadang Hawari, *Terapi*, *Ibid.*, h. 1.

<sup>29</sup> C.O. Kendler, dkk., "Religion, Psychopatology, and Substances Use and Abuse: A Multimeasure, Genetic Epidemiologic Study", *American Journal of Psychiatry*, Vol. 154, No. 3, March 1997, h. 322-329.

<sup>30</sup> Dadang Hawari, *Do'a dan Dzikir sebagai Pelengkap Terapi Medis*, Jakarta: Dana Bhakti Prima Yasa, 1997, h. 1-2.

<sup>31</sup> Suharsimi Arikunto, *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*, Jakarta: Rineka Cipta, Cet. 9, 1993, h. 102.

<sup>32</sup> Lexy J. Moleong, *Metodologi Penelitian Kualitatif*, Bandung: Remaja Rosdakarya, cet. 8, 1997, h. 165.

<sup>33</sup> S. Nasution, *Metode Penelitian Naturalistik-Kualitatif*, Bandung: Tarsito, 1992, h. 60-61. Lihat juga Suharsimi Arikunto, *Prosedur Penelitian, Op.cit.*, h. 128-129.

<sup>34</sup> S. Nasution, *Metode Penelitian Naturalistik-Kualitatif, Op.cit.*, h. 86. Juga Suharsimi Arikunto, *Prosedur Penelitian, Op.cit.*, h. 131.

<sup>35</sup> Lexy J. Moleong, *Metodologi Penelitian Kualitatif, Op.cit.*, h. 2.

<sup>36</sup> T. Fatimah Djadjasudarma, *Metode Linguistik: Ancangan Metode Penelitian dan Kajian*, Bandung: Eresco, 1993, h. 10.

<sup>37</sup> Marzuki, *Metodologi Riset*, Yogyakarta: Prasetia Widia Pratama, Cet. 8, 2001, h. 81.

<sup>38</sup> Marzuki, *Metodologi Riset, Op.cit.*, h. 87-88.

<sup>39</sup> Suharsimi Arikunto, *Prosedur Penelitian, Op.cit.*, h. 213.

<sup>40</sup> E.M. Pattison, "A Bio-Psycho-Sosial Analysis of Alcohol and Drug Abuse: Implication for Social Policy", dalam *Man, Drugs & Society, Current Perspectives Proceeding of 1<sup>st</sup> Pan Pacific Conference on Drugs and Alcohol*, Canberra: The Australian Foundation on Alcohol and Drugs Dependence (AFADD), 1980, h. 66-80.

<sup>41</sup> Dadang Hawari, *Penyalahgunaan, Op.cit.*, h. 201.

# **BAB II**

## **MENGENAL PONDOK PESANTREN MODERN DARUL ICHSAN**

### **A. GEOGRAFI DAN DEMOGRAFI**

Pondok Pesantren Modern (PPM) Darul Ichsan terletak di Dusun Karang Mulya, Desa Selawangi Kecamatan Cariu, Kabupaten Bogor, Jawa Barat.

PPM Darul Ichsan adalah Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) yang merupakan lembaga nirlaba, yang dibangun oleh Yayasan Keluarga 70 pada tahun 1998 sebagai Pusat Rehabilitasi Korban Penyalahgunaan Narkoba. Lembaga ini mempunyai areal yang terdiri dari lembah dan gunung, sungai berbatu besar, semak belukar, hutan lindung dan tanah pertanian, seluas 34 Ha dengan status tanah hak milik.<sup>1</sup>

Dalam komplek yang dibangun secara khas dengan menggunakan bambu sebagai dinding bangunan, lantai papan dan atap genteng, telah ditata sedemikian rupa sehingga bangunan yang ada saat ini berupa sebuah mesjid, 16 (enam belas) buah unit pondokan, dua buah pendopo, sebuah bangunan koperasi, masing-masing sebuah bangunan sekolah/ Madrasah Ibtidaiyah dan Tsanawiyah, sebuah bangunan perpustakaan, dua buah pos penjagaan, serta 40 (empat puluh) unit rumah yang diperuntukkan kepada pengungsi

transmigran asal Aceh, Maluku, Kalimantan dan Irian Jaya yang disebut *eksodan*. Dari 40 unit rumah tersebut, baru 31 unit yang telah dihuni oleh 31 KK, satu unit dijadikan Mushalla, sedangkan 8 unit lainnya masih kosong.

Darul Ichsan yang oleh para pendirinya diartikan sebagai “Kampung Kebajikan Bagi yang Ingin Kembali”, merupakan lingkungan yang asri, aman dan nyaman dengan udara segar dan bebas polusi, sangat kondusif untuk menyelenggarakan program pemulihan/rehabilitasi bagi para korban penyalahgunaan Narkoba.

Untuk bisa menjangkau lokasi ini, dapat ditempuh dengan menggunakan jalan darat kira-kira 76 km dari Jakarta melalui jalan tol Cibubur ke arah Cileungsi, sementara jarak antara ibukota kabupaten  $\pm$  55 km, dan jarak dengan ibukota propinsi  $\pm$  120 km.

Pada saat penelitian ini dilaksanakan (dari 1 Mei sampai dengan 30 September 2001) jumlah santri peserta Rehabilitasi yang menghuni PPM Darul Ichsan sebanyak 50 orang, yang terdiri dari 44 santri putra dan 6 orang santri putri; jumlah pelaksana 40 orang yakni: 1 orang direktur, 6 orang kyai, 1 orang psikiater, 1 orang psikolog, 1 orang dokter gigi, 1 orang perawat, 3 orang security, 6 orang room-boy, 3 orang instruktur, 10 orang social worker, 1 orang Kepala SMU, serta 6 orang Pembina magang.<sup>2</sup>

Kelimpuluh santri tersebut menempati 6 pondokan, dengan perincian sebagai berikut:

- Pondok Al-Ghafur dihuni oleh 10 santri putra dengan Kyai Ekrom Maftuhi, S.Ag sebagai pembimbing.
- Pondok Al-Hadi dihuni oleh 10 santri putra dengan

Kyai Alfarizi, S.Ag sebagai pembimbing.

- Pondok Al-Malik dihuni oleh 10 santri putra dengan pembimbing Kyai Cecep, S.Ag
- Pondok Al-Hakim dihuni oleh 10 orang santri putra dengan pembimbing Kyai Azhar Rizal, S.Ag.
- Pondok As-Salam dihuni 4 orang santri putra dengan pembimbing Kyai Husein Lie, S.Ag.
- Pondok Al-Basith dihuni oleh 6 santri putri dengan pembimbing Kyai Suwirya Wijaya, S.Ag, Ibu Esti Suwirya, S.Pd, dan Ibu Dina Eka Safitri, S.Psi.

Adapun pondok yang lain, seperti pondok Dirut ditempati oleh Direktur Utama dan para Instruktur bidang olahraga yaitu Shaleh, Budiman dan Frans, yang ketiga-tiganya didatangkan khusus dari Pusdiklat AD Kramatjati Jakarta. Pondok Wamil digunakan sebagai tempat rapat/pertemuan dan penerimaan tamu dari luar (selain orang tua santri); Pondok Anfusiah digunakan untuk tempat kunjungan orang tua/keluarga santri; Pondok Majelis dan Kantin digunakan sebagai tempat pertemuan santri, tempat bimbingan belajar dan makan bersama; Pondok Ar-Rohim ditempati oleh petugas/security; sementara Pondok Ar-Rohman dan Al-Muhaimin, saat ini dalam keadaan kosong; dan khusus Pondok Al-Mukmin I dan II dihuni oleh 30 orang siswa/I SMU Darul Ihsan.<sup>3</sup>

Desa Selawangi mempunyai areal seluas 29,20 km<sup>2</sup>, terdiri dari persawahan 360 Ha dan daratan 2560 Ha merupakan wilayah terluas di antara 20 desa yang ada di Kecamatan Cariu. Wilayah kecamatan Cariu sendiri mempunyai areal seluas 203,66 km<sup>2</sup>,<sup>4</sup> berarti desa Selawangi 14,34% dari luas

keseluruhannya. Adapun batas-batas wilayah Kecamatan Cariu adalah sebagai berikut: sebelah utara berbatasan dengan kecamatan Cibarusah, Kabupaten Bekasi; sebelah timur berbatasan dengan kecamatan Pangkalan, Kabupaten Karawang; sebelah selatan berbatasan dengan kecamatan Cikalong Kulon, Kabupaten Cianjur; dan sebelah barat berbatasan dengan kecamatan Jonggol dan Sukamakmur, Kabupaten Bogor.<sup>5</sup>

Desa Selawangi mempunyai penduduk sebanyak 6.288 jiwa terdiri dari 3.224 orang laki-laki dan 3.064 orang perempuan, yang keseluruhannya beragama Islam. Kalau jumlah ini dikaitkan dengan luas areal, maka kepadatan penduduk di desa ini adalah 215,342 orang/km, merupakan penduduk terjarang bila dibandingkan dengan desa-desa yang lain, karena rata-rata kepadatan penduduk di Kecamatan Cariu adalah 433,246 jiwa/km dari jumlah penduduk 88.235 jiwa.<sup>6</sup>

Masyarakat desa Selawangi yang mayoritas suku Sunda ini terdiri dari 1.717 KK, dimana usia balita hanya terdapat 609 jiwa, dengan kata lain bahwa dari 1.717 KK yang ada, hanya 35,46% yang mempunyai anak balita. Disamping itu, desa Selawangi mempunyai sarana ibadah sebanyak 4 (empat) buah mesjid dan 14 (empat belas) buah mushalla.<sup>7</sup>

Berbicara mengenai pendidikan, desa Selawangi saat ini termasuk masyarakat yang tinggi pendidikannya, karena dari 3 (tiga) Madrasah Tsanawiyah yang ada di Kecamatan Cariu, satu buah ada di desa Selawangi. Demikian juga lembaga pendidikan tingkat SMU, untuk Kecamatan Cariu selama ini hanya ada 1 (satu) buah SMU, yaitu SMU Negeri Cariu; tapi sejak TA. 2001/2002, di desa Selawangi telah berdiri

SMU swasta yaitu SMU Darul Ichsan. Sampai sekarang telah ada 2 (dua) orang sarjana yang berasal dari putra daerah desa Selawangi, yakni Dra. Endah Rasyidah dan Yayah Sasmita, SE yang turut membangun desanya sebagai tenaga pengajar di SMU Darul Ichsan tersebut.<sup>8</sup>

Dapat ditambahkan bahwa dengan dibukanya Pusat Rehabilitasi PPM Darul Ichsan di desa Selawangi ini telah membawa manfaat yang besar bagi perkembangan dan kemajuan desa ini. Kalau sebelumnya untuk memasuki jenjang pendidikan SLTP/Tsanawiyah saja anak-anak harus menempuh jarak  $\pm$  10 km, membuat orangtua yang mayoritas petani tradisional tersebut memilih untuk tidak melanjutkan pendidikan anak-anaknya. Kini karena lokasi sekolah dekat dengan tempat tinggal mereka, maka pendidikan SLTP/Tsanawiyah sudah menjadi keniscayaan, malah sejak TA. 2001/2002 PPM Darul Ichsan telah membuka SMU yang berada di lokasi Pusat Rehabilitasi, yang pada awal tahun ajaran baru telah terdaftar sebanyak 30 orang siswa.<sup>9</sup>

Demikian juga di bidang pertanian, masyarakat yang dulunya bertani secara tradisional, sekarang telah meniru pola-pola pertanian, perikanan, peternakan maupun perkebunan yang dipraktekkan oleh Darul Ichsan, sehingga hasil produksi pertaniann, perkebunan dan peternakan mereka semakin meningkat. Dengan adanya perbaikan jalan-jalan yang menghubungkan desa Selawangi dengan desa-desa lain hingga ke kota Kecamatan Cariu dan masuknya transportasi ke lokasi pertanian, masyarakat dapat menjual hasil pertaniannya dengan mudah dan dengan harga yang lebih tinggi.

Menurut penuturan Kepala Desa Selawangi, Bapak Ajam

Anjasmara, harga tanah pada akhir tahun 1990-an belum sampai Rp.5000,- permeter, saat ini (2001) harga tanah telah melonjak menjadi Rp.17.000,- hingga Rp.20.000,- permeter.<sup>10</sup>

## **B. PENDIRI DAN ORGANISASI**

Pondok Pesantren Modern (PPM) Darul Ihsan didirikan pada tanggal 16 September 1998 oleh sekelompok Angkatan Bersenjata Wajib Militer (Wamil) Angkatan tahun 1970, yang bergabung menjadi Yayasan Keluarga 70 yaitu Brigjen Imron, Dr.dr.H.Salamun, Sp.M, Drs. Wahyu, Pardikas, Jumarno, Dr. Suharto, Drs.H.Subagjo, AM, MM., Nasikin, Bejo, Drs. Anang Soebana, Sugiati, Wardi, Solihin dan Yustian. Dalam pendirian tersebut mereka sepakat untuk mengangkat Dr.dr.H.Salamun, Sp.M sebagai Direkut Utama (Dirut) sampai sekarang.<sup>11</sup>

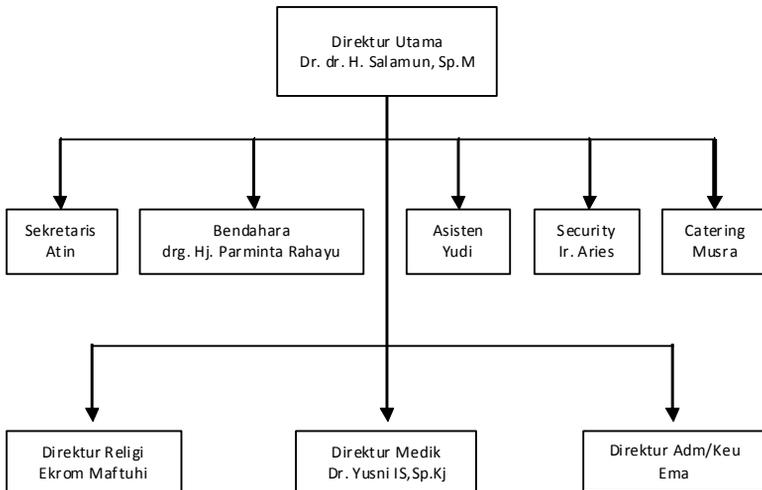
Pada mulanya Prof. Dr. dr. H. Dadang Hawari, Psikiater turut bergabung dengan Pusat Rehabilitasi PPM Darul Ihsan sebagai psikiater, dan secara otomatis metode Terapi dan Rehabilitasi yang dipraktikkan di Pesantren tersebut adalah Metode Prof. Dadang Hawari. Mengingat kesibukan-kesibukan Prof. Dadang Hawari, terutama mengurus Pusat Rehabilitasinya sendiri (Wisma Ibrahim dan Wisma Annisa') di Jakarta, maka sekarang yang menjadi psikiater adalah dr. Yusni Ihsan Solichin, Sp.Kj. Namun metode yang diterapkan masih menggunakan metode Prof. Dadang Hawari, termasuk buku-buku wajib yang harus dibaca dan diamalkan oleh para santri maupun keluarganya.

Tadi telah disebutkan bahwa yang menjadi Direktur Utama (Dirut) adalah Dr. dr. H. Salamun, Sp.M., sebagaimana layaknya sebuah perkumpulan/lembaga maka PPM Darul

Ichsan juga mempunyai susunan organisasi. Hal ini dimaksudkan untuk lebih memudahkan perjalanan dan pelaksanaan tugas-tugas di dalam organisasi, maka Direktur Utama dibantu oleh seorang Asisten, Sekretaris dan Bendahara, serta Security dan Catering. Kemudian secara teknis, Dirut juga dibantu oleh Direktur Medik, Religi dan Administrasi/Keuangan.

Untuk lengkapnya susunan organisasi tersebut dapat dilihat dalam tabel struktur organisasi berikut ini.

**Tabel 3 : STRUKTUR ORGANISASI PUSAT REHABILITASI PPM DARUL ICHSAN<sup>12</sup>**



Dari struktur organisasi tabel 3 di atas dapat dipahami bahwa Direktur Utama secara langsung memberi instruksi kepada personil yang ada tanpa melalui jenjang. Dalam arti, Dirut mengatur keuangan, pengobatan, keamanan maupun

makanan. Khusus mengenai tugas Asisten dalam organisasi ini meliputi bidang-bidang pemeliharaan sarana, Iptek, pembangunan, transportasi, olahraga, *laundry*, *house keeping*, komunikasi, air, listrik dan taman.

Adapun yang menjadi visi Pusat Rehabilitasi PPM Darul Ihsan adalah “Menyelamatkan Anak Bangsa sebagai Generasi Penerus dari Penyalahgunaan Narkoba”.<sup>13</sup>

Sementara yang menjadi misi Pusat Rehabilitasi PPM Darul Ihsan adalah;

- a. melakukan upaya PENCEGAHAN melalui peningkatan kesadaran dan kewaspadaan terhadap bahaya yang ditimbulkan oleh penyalahgunaan Narkoba.
- b. menolong korban membebaskan diri dari ketergantungan Narkoba melalui upaya khusus, dengan menggunakan metode Medik, Religi dan Psikososial yang diselenggarakan secara terpadu (mengadopsi metode Prof. Dadang Hawari).
- c. menyiapkan keluarga korban agar:
  - mengerti permasalahan yang dihadapi,
  - memahami sistem penanganan korban penyalahgunaan Narkoba,
  - siap menerima kembali anak tercintanya bersosialisasi secara wajar dalam keluarga,
  - meningkatkan hasil upaya pemulihan korban, sehingga tercapai kepulihan abadi.<sup>14</sup>

Untuk melaksanakan misi yang pertama, pihak manajemen mengadakan siaran langsung secara periodik dengan menjalin kerjasama dengan RRI Bogor, RRI Bandung dan Radio Manajemen Qolbu Darut Tauhid Bandung. Program siaran

interaktif ini dilaksanakan setiap hari Selasa pukul 10.00 – 11.00 WIB di RRI Bogor, hari Kamis pukul 09.00 – 10.00 WIB di RRI Bandung, dan pukul 11.00 – 12.00 WIB di Radio MQ Darut Tauhid Bandung.<sup>15</sup>

Acara siaran interaktif melalui Radio ini (dengan judul “Pesona Keluarga”) dipimpin oleh salah seorang Kyai, seorang Pembina Magang<sup>16</sup> dan 3 (tiga) orang santri fase mandiri secara bergiliran. Dalam siaran interaktif tersebut, pertama sekali Kyai menjelaskan tentang penyalahgunaan Narkoba dan bahaya-bahaya yang ditimbulkannya, kemudian memperkenalkan para santri dengan menyebutkan nama, umur, pendidikan dan pengalaman-pengalaman santri dari pertama kali menggunakan Narkoba sampai akhirnya dimasukkan ke Pusat Rehabilitasi PPM Darul Ichsan. Biasanya pendengar siaran ini adalah kaum wanita/ibu-ibu yang sangat *interest* terhadap acara ini, terbukti dari pertanyaan-pertanyaan yang diajukan via telepon berkisar keingintahuan mereka tentang Narkoba, cirri-ciri anak/remaja yang mengkonsumsi Narkoba, penyebab penyalahgunaan Narkoba, apa yang harus dilakukan orangtua bila anaknya terlibat Narkoba, kemana anaknya dibawa bila ia kedatangan sedang *sakaw/sakit* karena putus zat, dan lain-lain.

Hal lain yang dilakukan untuk mencapai misi pertama ini, adalah mengadakan seminar-seminar yang disponsori oleh PPM Darul Ichsan, seperti yang dilaksanakan pada tanggal 22 Juli 2000, yaitu “Seminar Interaktif Masalah Pernikahan dan Keturunan pada Penyalahguna Narkoba”, yang berlangsung di Auditorium RS M.H.Thamrin Jalan Salemba Tengah Jakarta Pusat.<sup>17</sup> Adapun yang bertindak sebagai pembicara pada acara seminar ini adalah:

1. Aryatno Tjokronegoro, mengenai Biologi Kedokteran.
2. Salamun, mengenai Penanggulangan Narkoba.
3. Samsurijal Djauzi, mengenai Kesehatan.
4. Sardjono Jatiman, mengenai Sosiologi.

Kegiatan lain yang menunjang misi pertama adalah dengan mengadakan Pesantren kilat baik yang diikuti oleh para remaja maupun oleh ibu-ibu pengajian dari Jakarta. Salah satu materi yang diberikan di dalam Pesantren kilat tersebut adalah pengenalan terhadap Narkoba dan dampak negatifnya. Pada hari terakhir pelaksanaan Pesantren kilat, para peserta dibawa meninjau langsung ke Pusat Rehabilitasi, dan mengadakan temu wicara dengan para santri dipandu oleh Kyai.

Sedangkan program yang dilaksanakan untuk mencapai misi kedua yakni menolong korban membebaskan diri dari ketergantungan Narkoba, dan misi ketiga adalah menyiapkan keluarga korban, masing-masing akan dibahas pada Bab IV yakni tentang Mekanisme Terapi dan Rehabilitasi Korban Narkoba di PPM Darul Ichsan.

Demikian selayang pandang Pondok Pesantren Modern Darul Ichsan, yakni pengenalan singkat tentang geografi dan demografi dimana Pesantren ini berada; pendiri dan organisasi Pusat Rehabilitasi serta visi dan misi yang diembannya.

### **C. PROFIL SANTRI**

Peserta yang mengikuti program Rehabilitasi di Pondok Pesantren Modern (PPM) Darul Ichsan (selanjutnya disebut: santri), masuk dan keluarnya tidak tergantung pada tahun

ajaran. Kapan saja santri-baru bisa masuk dan dapat mengikuti program, kemudian setelah selesai mengikuti program dan telah dinyatakan sehat, ia boleh keluar/diwisuda serta kembali ke keluarganya masing-masing.

Untuk mengetahui dan mengenal lebih dekat tentang keadaan santri yang saat ini berada di Pusat Rehabilitasi PPM Darul Ihsan, peneliti akan menguraikan khususnya mengenai latar belakang mengapa santri terjerumus mengkonsumsi Narkoba; kemudian dikaitkan dengan usia dan pendidikan mereka maupun status keluarga/ekonomi orangtuanya, termasuk juga darimana mereka memperoleh pasokan bahan-bahan Narkoba tersebut; serta hal-hal yang berkaitan dengan kewajiban dan tata cara yang harus dipatuhi oleh setiap santri di PPM Darul Ihsan.

## **1. Sebab-sebab Terjerumus ke Narkoba**

Sebagaimana telah disinggung sebelumnya bahwa pada saat penelitian ini dilakukan yakni dari bulan Mei sampai dengan September 2001, jumlah santri yang sedang menjalani Rehabilitasi sebanyak 50 orang, yang terdiri dari 44 orang santri putra dan 6 orang santri putri. Keadaan ini sesuai dengan posisi santri Pusat Rehabilitasi Pondok Pesantren Modern Darul Ihsan pada bulan Juli 2001. Seluruhnya sebagai responden.

Namun perlu ditegaskan bahwa “nama-nama responden” yang tertulis di dalam tabel berikut bukanlah nama yang asli atau sebenarnya, tetapi sengaja disamarkan. Sementara identitas atau nama asli dari para responden ada tersimpan pada peneliti. Hal itu dimaksudkan untuk menjaga segala

sesuatu yang tidak diinginkan dari penyalahgunaan semua hasil penelitian di luar kepentingan akademik, ataupun terjadinya fitnah dan lain-lain kepada mereka. Adapun nama-nama responden dan status mereka, dapat dilihat pada tabel 4 berikut ini:

**Tabel 4 : KOMPOSISI SANTRI MENURUT JENIS KELAMIN DAN STATUSNYA DI PPM DARUL ICHSAN TAHUN 2001**

NO	NAMA	JENIS KELAMIN		KETERANGAN
		PUTRA	PUTRI	
1.	Abim.	X		Kawin
2.	Addra.	X		Belum Kawin
3.	Ader.	X		Belum Kawin
4.	Adis.	X		Belum Kawin
5.	Agno.	X		Belum Kawin
6.	Agit.	X		Belum Kawin
7.	Aldi.	X		Belum Kawin
8.	Antony.	X		Belum Kawin
9.	Antomy.	X		Belum Kawin
10.	Arief.	X		Belum Kawin
11.	Ary.	X		Belum Kawin
12.	Budia.	X		Belum Kawin
13.	Budi.	X		Belum Kawin
14.	Dhery.	X		Belum Kawin
15.	Dedi.	X		Kawin
16.	Harey.	X		Belum Kawin
17.	Helman.	X		Belum Kawin
18.	Helmy.	X		Belum Kawin
19.	Ichda.	X		Belum Kawin
20.	Iwan.	X		Belum Kawin
21.	Inggit.		X	Kawin

—PENYEMBUHAN KORBAN NARKOBA—

22	Jimmy.	X		Belum Kawin
23	Kadir.	X		Belum Kawin
24	Luqman.	X		Belum Kawin
25	Muchsin.	X		Belum Kawin
26	Musa.	X		Belum Kawin
27	Muno.	X		Belum Kawin
28	Murid.	X		Belum Kawin
29	Masdi.	X		Belum Kawin
30	Mirza.	X		Belum Kawin
31	Moniq.		X	Belum Kawin
32	Mudary.	X		Belum Kawin
33	Novi.		X	Kawin
34	Osan.	X		Belum Kawin
35	Patny K.	X		Belum Kawin
36	Reniawan.	X		Belum Kawin
37	Redana.	X		Belum Kawin
38	Raudan.	X		Belum Kawin
39	Rosari.		X	Belum Kawin
40	Santi.		X	Belum Kawin
41	Sidqi.	X		Belum Kawin
42	Sidi.	X		Belum Kawin
43	Tendi.	X		Belum Kawin
44	Tunggul.	X		Belum Kawin
45	Vigus.	X		Belum Kawin
45	Vienni.		X	Belum Kawin
47	Wiwid.	X		Belum Kawin
48	Yanto.	X		Kawin
49	Yudira.	X		Belum Kawin
50	Zulhan.	X		Belum Kawin
	JUMLAH	44	6	50

Sumber : Pusat Rehabilitasi PPM Darul Ichsah tahun 2001, data diolah kembali.

Bila mencermati tabel di atas, dapat diambil pengertian bahwa jenis kelamin laki-laki (santri putra) yang masuk ke Pusat Rehabilitasi PPM Darul Ichsan sebanyak 44 orang (88%), dan santri putri sebanyak 6 orang (12%). Apabila data ini dibandingkan dengan penelitian Dadang Hawari (1990) yang menyatakan bahwa pada umumnya penyalahguna/ketergantungan Narkoba 90% adalah laki-laki,<sup>18</sup> maka saat ini (2001) penyalahguna Narkoba bagi perempuan mengalami peningkatan dari 10% menjadi 12%, setidaknya bagi penyalahguna Narkoba yang mengikuti Rehabilitasi di PPM Darul Ichsan Bogor. Kemudian dari data di atas menjelaskan bahwa sebanyak 5 orang (10%) dari santri telah berkeluarga, berarti sejumlah 45 orang (90%) dari mereka adalah remaja atau dewasa muda yang belum berkeluarga, yang masih dalam bangku Sekolah/Kuliah; yakni generasi penerus bangsa dan negara.

Adapun yang menjadi sebab, mengapa para santri PPM Darul Ichsan terlibat dalam penyalahgunaan Narkoba, jawaban mereka cukup beragam. Dari pertanyaan-pertanyaan yang diajukan, diperoleh jawaban bahwa sebagian kecil mereka terjerumus ke Narkoba dikarenakan adanya masalah pribadi atau menyangkut kejiwaan, seperti putusnya hubungan dengan pacar, sehingga menjadi sedih, bingung, cemas dan stress, dan pada saat itulah ada teman yang menyodorkan ganja atau jenis Narkoba lainnya.

Sementara penyebab yang lain adalah dikarenakan adanya permasalahan/konflik dalam keluarga; apakah karena orangtua bercerai kemudian masing-masing dari mereka menikah lagi, maupun karena kesibukan orangtua di luar rumah sehingga waktu yang tersedia untuk anak-anak hampir

tidak ada, ataupun anak-anak terlalu bebas bergaul sehingga mereka luput dari pengawasan orangtua. Dengan kata lain, terjebaknya anak/remaja ke dalam jaringan Narkoba disebabkan oleh suatu keresahan, ketidaktenangan, kecemasan, tekanan batin yang datangnya dari dalam lingkungan keluarga sendiri dimana faktor ini kadang-kadang kurang disadari oleh para orangtua. Perpecahan atau konflik di antara kedua orangtua, terputusnya komunikasi antara orangtua dengan anak, kediktatoran yang dilakukan oleh seorang ayah terhadap keluarganya, serta kurang mesranya hubungan kasih sayang di antara keluarga merupakan penyebab lain “terseretnya” anak menggunakan Narkoba. Dalam keadaan mencemaskan seperti ini akan mendorong anak/remaja untuk mencari jalan keluar sendiri, yakni dengan jalan menggunakan obat-obat penenang sekedar untuk melupakan tekanan yang timbul dari lingkungan keluarga; atau mencari ketenangan di luar keluarga, bergaul dengan anak-anak/remaja lainnya yang senasib untuk menghindarkan kecemasan dan tekanan hingga akhirnya terjerumus ke dalam jerat Narkoba.<sup>19</sup>

Penyebab lain yang membuat mereka terjerumus ke Narkoba adalah karena bujukan teman, merupakan penyebab terbesar; yang pada mulanya boleh jadi iseng-iseng atau coba-coba sekedar ingin tahu, apalagi karena temannya memberinya secara gratis. Tetapi lambat laun menjadi ketagihan yang akhirnya harus membeli sendiri.

Dari uraian tersebut, dapat diperoleh pengertian bahwa ada 3 (tiga) faktor utama yang saling terkait yang menyebabkan anak/remaja terjerumus ke Narkoba, yaitu:

1. Karena pengaruh teman atau bujukan teman sebaya,

disamping karena mudahnya mendapatkan berbagai jenis Narkoba tersebut;

2. Masalah keluarga; konflik dengan orangtua, orangtua cerai dan masing-masing kawin kembali, kurangnya waktu bersama kelu dan anak-anak serta kurangnya pengawasan dari orangtua;
3. Masalah kepribadian; adanya gangguan kejiwaan, kecewa dan stress karena putus cinta dan lain-lain.

Untuk lebih jelasnya ketiga factor tersebut dapat dilihat pada Tabel 5 berikut ini:

**Tabel 5 : FAKTOR PENYEBAB RESPONDEN  
TERJERUMUS KE NARKOBA**

NO	FAKTOR UTAMA	JUMLAH	PERSENTASE (%)
1	Teman/Narkoba	27	54%
2	Keluarga	15	30%
3	Kepribadian	8	16%
	Jumlah	50	100%

Sumber: Penelitian lapangan di PPM-DI tahun 2001

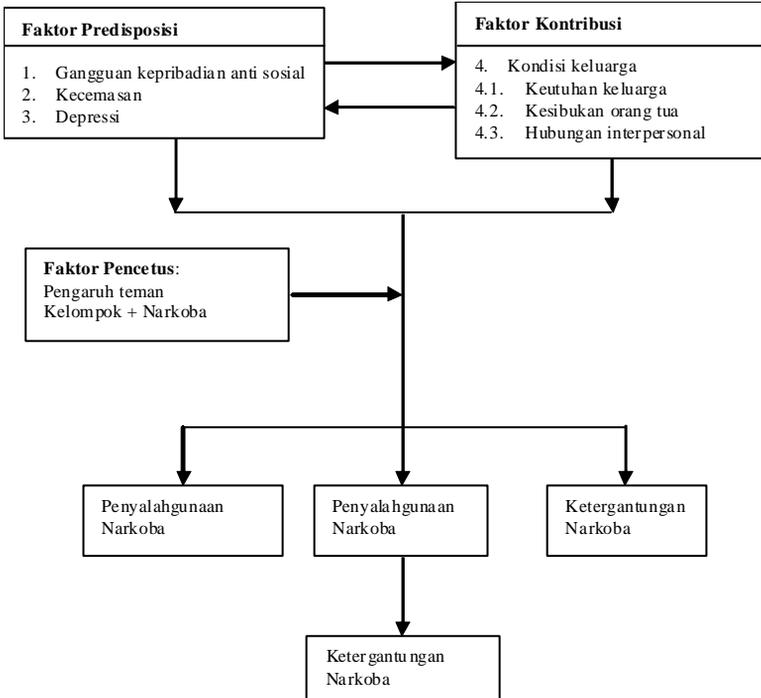
Data tersebut di atas menggambarkan bahwa faktor teman dan tersedianya Narkoba menduduki ranking pertama (54%) yang menyebabkan anak/remaja bisa terjerumus ke penyalahgunaan Narkoba. Kemudian masalah keluarga dengan berbagai problemnya (30%) menempati urutan kedua, dan disusul dengan masalah kepribadian atau kejiwaan (16%).

Seperti dimaklumi bahwa anak/remaja selain mempunyai teman di sekolahnya, juga mempunyai pergaulan dengan

teman sebaya yang bukan dari sekolahnya. Teman-teman sepergaulan di luar sekolah ini mempunyai pengaruh besar bagi anak/remaja. Mereka merasa dekat di antara satu sama lain dan biasanya kekompakan itu diwujudkan dengan membentuk kelompok (*geng*), oleh karenanya mereka mempunyai rasa senasib seperjuangan dan rasa solidaritas yang cukup tinggi.

Dalam kaitannya dengan sebab-sebab terjadinya penyalahgunaan Narkoba, teman kelompok sebaya (*peer group*) ini mempunyai pengaruh yang sangat besar untuk dapat mendorong terjerumusnya anak/remaja ke Narkoba. Pengaruh teman ini tidak saja dirasakan pada saat perkenalan pertama dengan Narkoba, akan tetapi juga menjadi penyebab anak/remaja tetap menggunakan Narkoba atau mengalami kekambuhan (*relapse*).<sup>20</sup> Demikian halnya dengan mudahnya mendapatkan Narkoba sangat berpengaruh terhadap terjadinya penyalahgunaan Narkoba. Secara skematis proses terjadinya penyalahgunaan Narkoba dapat digambarkan sebagai berikut:<sup>21</sup>

SKEMA TERJADINYA PENYALAHGUNAAN NARKOBA



Skema di atas melukiskan bahwa mekanisme terjadinya penyalahgunaan Narkoba terjadi oleh interaksi antara 3 (tiga) faktor, yaitu faktor predisposisi (kepribadian, kecemasan, depresi); faktor kontribusi (kondisi keluarga); dan faktor pencetus (pengaruh teman kelompok sebaya dan Narkobanya sendiri).

Pada dasarnya seorang penyalahguna Narkoba adalah “orang yang mengalami gangguan jiwa” atau mereka yang mengalami gangguan kepribadian, kecemasan dan depresi; sementara “penyalahgunaan Narkoba” merupakan per-

kembangan lebih lanjut dari gangguan jiwa tersebut,<sup>22</sup> faktor yang demikian disebut faktor predisposisi.

Faktor kedua adalah kondisi keluarga, apabila keutuhan keluarga terancam, seperti kedua orangtua bercerai dan masing-masing menikah lagi, atau karena kesibukan dari orangtua sehingga jarang tinggal di rumah, ataupun karena hubungan interpersonal tidak harmonis dimana kehangatan dalam keluarga sangat kurang (tegang). Seorang anak/remaja yang berada dalam kondisi keluarga yang tidak baik (dysfunctional family) akan merasa tertekan, dan ketertekannya itu dapat merupakan faktor kontribusi (penyerta) terjadinya penyalahgunaan Narkoba bagi remaja. Faktor predisposisi dapat mempengaruhi terjadinya faktor kontribusi dan sebaliknya. Anak/remaja bisa terganggu jiwanya, merasa cemas dan tertekan perasaannya, disebabkan permasalahan yang timbul di dalam keluarga. Sebaliknya juga seorang remaja yang mengalami gangguan dalam jiwanya, cemas dan tertekan perasaannya akan mengalami kesulitan dalam menjalin hubungan di tengah-tengah keluarga, lebih-lebih bila kondisi keluarganya dalam keadaan *broken home*, saling sibuk, tidak harmonis dan tegang. Dadang Hawari (1990) dalam penelitiannya membuktikan bahwa kondisi sosial keluarga yang tidak harmonis memberikan peluang (resiko relatif) sebanyak 7,9 kali remaja terlibat penyalahgunaan Narkoba bila dibandingkan dengan remaja yang dibesarkan dalam kondisi keluarga yang harmonis.<sup>23</sup>

Selanjutnya setelah timbulnya faktor predisposisi dan faktor kontribusi, tinggal menunggu adanya faktor pencetus; maksudnya jika anak/remaja mengalami gangguan kepribadian, cemas dan tertekan (depression), ataupun

mengalami kondisi keluarga yang *broken home*, saling sibuk, tidak harmonis dan tegang; kemudian dating tawaran atau tekanan dari kelompok sebaya memberikan Narkoba, maka terjadilah penyalahgunaan Narkoba yang akhirnya terjadi pula ketergantungan Narkoba. Seandainya faktor ketiga (pencetus) tidak ada, kemungkinan besar tidak terjadi penyalahgunaan Narkoba; dengan demikian yang paling berpengaruh di antara ketiga faktor tersebut adalah faktor pencetus (tekanan kelompok sebaya dan tersedianya Narkoba). Jadi interaksi antara ketiga faktor di atas mengakibatkan seorang anak/remaja mempunyai resiko jauh lebih besar terlibat penyalahgunaan dan ketergantungan Narkoba dibandingkan dengan satu atau dua hal saja.

Adapun tempat-tempat transaksi Narkoba yang biasa digunakan oleh para mantan pecandu Narkoba (responden) sebelum mengikuti Rehabilitasi di PPM Darul Ichtan, sangat beragam. Dari data yang diperoleh, “jalanan” atau tempat-tempat tertentu seperti simpang-simpang jalan atau melalui janji sebelumnya, merupakan tempat yang paling strategis untuk transaksi Narkoba, dan ini mendapat tempat yang paling banyak. Tempat lain yang sering digunakan adalah sekolah atau rumah teman; menyusul pada tempat-tempat hiburan seperti diskotik, bar, bilyard dan lain-lain. Keadaan tersebut dapat dilihat pada tabel 6 berikut ini.

**Tabel 6 : TEMPAT-TEMPAT TRANSAKSI NARKOBA**

NO	TEMPAT TRANSAKSI	JUMLAH	PERSENTASE (%)
1	Jalanan	26	52%
2	Sekolah/Rumah	15	30%
3	Tempat Hiburan	9	18%
	Jumlah	50	100%

Sumber: Penelitian Lapangan di PPM-DI tahun 2001

Dari data tempat-tempat transaksi Narkoba tersebut, dapat diketahui bahwa hampir tidak ada lagi ruang yang aman (steril) dari Narkoba, dan hampir semua tempat telah terkontaminasi. Hal ini dapat dilihat bahwa “jalanan” umum, persimpangan, merupakan tempat yang paling rawan (52%), kemudian “sekolah/rumah” menjadi tempat transaksi yang biasa dilakukan oleh responden (30%), sementara tempat-tempat hiburan seperti diskotik, café, bar dan sejenisnya juga dibuat sebagai tempat transaksi Narkoba (18%). Berkaitan dengan ini, Mintarsih A. Latif menegaskan bahwa penyebab dan peluang penyalahgunaan zat adiktif (Narkoba) ditinjau dari sudut zat adiktifnya sangat mendukung karena begitu mudahnya zat-zat tersebut diperoleh, misalnya zat tertentu bisa dibeli dimana saja.<sup>24</sup>

Hal lain yang dapat dibaca dari data di atas, bahwa sehubungan dengan keadaan responden pada umumnya masih sekolah atau kuliah, maka mereka tidak ingin diketahui oleh orang lain selain grupnya sendiri, lebih-lebih oleh orangtua dan guru mereka, sehingga yang menjadi pilihan adalah mengadakan transaksi di jalanan karena dirasa lebih aman. Dengan demikian orangtua senantiasa selalu terlambat mengetahui anaknya telah menjadi penyalahguna Narkoba.

## 2. Usia dan Pendidikan

Menurut hasil penelitian Dadang Hawari (1990), diperoleh kesimpulan bahwa pada umumnya kasus penyalahguna Narkoba mulai memakai Narkoba (*pakaw*) pada usia 13 – 17 tahun sebanyak 97%, dan usia termuda berumur 9 tahun.<sup>25</sup> Dan sebagian besar penyalahguna/ketergantungan Narkoba tersebut berumur antara 13 – 25 tahun.<sup>26</sup>

Ketika dilakukan penelitian di PPM Darul Ichsan, umur responden termuda adalah 15 tahun dan yang tertua adalah 27 tahun. Keadaan tersebut dapat dilihat seperti pada tabel 7 berikut ini.

**Tabel 7 : USIA RESPONDEN SAAT MASUK  
REHABILITASI**

NO	USIA SAAT MASUK REHABILITASI	JUMLAH	PERSENTASE (%)
1	15 – 19 tahun	11	22%
2	20 – 24 tahun	30	60%
3	> 25 tahun	9	18%
	Jumlah	50	100%

Sumber: Penelitian Lapangan di PPM-DI tahun 2001.

Gambaran data di atas dapat diketahui bahwa umur responden saat masuk ke PPM-DI paling banyak adalah mereka yang berusia antara 20 – 24 tahun (60%); kemudian menyusul yang berusia antara 15 – 19 tahun (22%); dan selebihnya (18%) yaitu yang berusia 25 tahun ke atas.

Selanjutnya dari hasil penelitian diperoleh pengertian bahwa usia responden yang termuda mulai *pakaw*/

menggunakan Narkoba pada umur 12 tahun dan yang tertua pada umur 21 tahun. Untuk mengetahui keadaan tersebut, dapat dilihat pada tabel 8 berikut ini.

**Tabel 8 : USIA RESPONDEN MULAI PAKAW**

NO	USIA MULAI <i>PAKAW</i>	JUMLAH	PERSENTASE (%)
1	12 – 15 tahun	16	32%
2	16 – 20 tahun	32	64%
3	> 21 tahun	2	4%
	Jumlah	50	100%

Sumber: Penelitian Lapangan di PPM-DI tahun 2001.

Dari data tersebut di atas dapat diketahui bahwa usia responden mulai mengkonsumsi Narkoba (*pakaw*), yang terbanyak adalah berusia antara 16 – 20 tahun (64%); kemudian yang berusia 12-15 tahun (32%); dan yang berusia > 21 tahun ke atas hanya 4%. Ini artinya bahwa dalam usia Sekolah Dasar (SD) dan Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama (SMP) mereka telah mulai menggunakan Narkoba atau *pakaw* dan masa ini merupakan usia sangat rawan terhadap pengaruh Narkoba.

Di atas telah disebutkan bahwa usia termuda responden mulai mengkonsumsi Narkoba adalah pada umur 12 tahun, sementara usia termuda masuk pusat Rehabilitasi berumur 15 tahun. Apabila kedua data tersebut digabungkan maka dapat diambil pengertian bahwa responden yang berusia “termuda” tersebut telah 3 (tiga) tahun lamanya menggunakan Narkoba, baru masuk Rehabilitasi atau “diobati”. Dengan

kata lain, ketika anak masuk rehabilitasi, kondisinya sudah cukup parah, sehingga tubuhnya Nampak seperti mayat berjalan.

Adapun tingkat pendidikan responden yang saat ini menjadi santri di PPM DI cukup tinggi, karena disamping ada yang sudah bekerja juga ada 2 (dua) orang di antaranya adalah Sarjana. Untuk mengetahui komposisi pendidikan formal responden dapat dilihat pada tabel 9 berikut ini.

**Tabel 9 : PENDIDIKAN FORMAL RESPONDEN**

NO	USIA MULAI <i>PAKAW</i>	JUMLAH	PERSENTASE (%)
1	SLTP	2	4%
2	SMU/Aliyah	16	32%
3	Akademi/D-III	30	60%
4	Sarjana (S-1)	2	4%
Jumlah		50	100%

Sumber: Penelitian Lapangan di PPM-DI tahun 2001.

Dari data di atas dapat diketahui bahwa para korban Narkoba yang masuk ke Pusat Rehabilitasi PPM Darul Ichtan pendidikan formalnya sudah bagus, tidak ditemukan lagi yang buta aksara, bahkan “wajar” (wajib belajar) 9 tahun pun telah dilalui oleh semua responden.

Mengamati tingkat pendidikan mereka (santri) ini, yang terbanyak adalah mereka yang telah mengikuti pendidikan di Perguruan Tinggi, Universitas atau Akademi (60%); menyusul mereka yang telah mengenyam pendidikan SMU/Aliyah (32%), bahkan sebanyak 4% telah lulus pendidikan di Perguruan

Tinggi (S-1) sama dengan yang lulus SLTP yaitu 4%. Hal ini sangat memprihatinkan, karena korban penyalahguna Narkoba tersebut adalah para remaja dan dewasa muda yang sedang dalam usia produktif, merupakan sumber daya manusia (SDM) atau asset bangsa di kemudian hari.<sup>27</sup>

Kalau dilihat dari sudut tingkat pendidikan formal para santri tersebut di atas mengundang pertanyaan, yang ditujukan kepada para pendidik dan orangtua, dimana calon inelektual muda yang sudah menduduki perguruan tinggi dan bahkan sudah sarjana, bisa diperbudak oleh Narkoba. Apaakah pendidikan di negeri ini tidak cukup untuk menangkal pengaruh ‘zat haram’ tersebut? Untuk menjawab pertanyaan tersebut, yang sudah pasti semua orangtua tidak menginginkan anaknya terperosok ke Narkoba; dan para pendidik juga “sudah pasti” tidak pernah mengajarkan agar anak didiknya menjadi pecandu Narkoba, tetapi sebaliknya adalah mengajarkan untuk menjauhi Narkoba. Oleh karena itu, sudah saatnya para pendidik atau pengambil keputusan agar memasukkan mata pelajaran yang menyangkut “bahaya Narkoba”, agar generasi muda mendatang terbebas dari Narkoba.

Berkaitan dengan hal di atas khususnya yang menyangkut usaha memberi pelajaran terhadap Bahaya Narkoba, bahwa yang paling berperan untuk mengatasinya adalah iman dan taqwa, sebagaimana diungkapkan oleh Prof. Zakiah Daradjat bahwa salah satu penangkal yang paling ampuh dalam masalah ini adalah iman dan taqwa yang terjalin dan menyatu dalam kepribadian sehingga setiap langkah yang akan diambilnya disaring lebih dahulu oleh iman dan taqwanya.<sup>28</sup>

Adapun jenis Narkoba yang pertama kali digunakan

oleh para responden pada umumnya jenis ganja, sementara yang lain (sebagian kecil) menggunakan zat adiktif lainnya. Untuk mengetahui jenis Narkoba apa yang pertama kali digunakan oleh para responden, keadaan tersebut dapat dilihat pada tabel 10 berikut ini.

**Tabel 10 : NARKOBA PERTAMA KALI DIKONSUMSI RESPONDEN**

NO	JENIS NARKOBA	JUMLAH	PERSENTASE (%)
1	Ganja	46	92%
2	Shabu-shabu	2	4%
3	Dan lain-lain	2	4%
	Jumlah	50	100%

Sumber: Penelitian Lapangan di PPM-DI tahun 2001.

Dari tabel di atas dapat disaksikan bahwa jenis Narkoba yang dikonsumsi oleh responden pertama sekali adalah jenis ganja (92%), kemudian jenis shabu-shabu dan yang lainnya masing-masing 4%. Data di atas sama dengan pendapat Dadang Hawari yang menyatakan bahwa pada awalnya mereka menyalahgunakan ganja, baru kemudian mencoba menggunakan jenis yang lain ataupun mencampur bagi beberapa jenis Narkoba (*polydrugs abuser*).<sup>29</sup> Namun hampir dapat dipastikan, bahwa dalam penyalahgunaan Narkoba, baik jenis ganja, opioda, obat penenang/tidur, obat perangsang atau hallusinogen, belum terlaksana sebelum adanya penggunaan terlebih dahulu akan rokok, alkohol dan kopi. Menurut Mintarsih A. Latief bahwa ada semacam hierarki penggunaan zat adiktif, mula-mula tembakau (merokok)

lalu minuman keras (bir, tuak), kopi, ganja kemudian meningkat ke obat penenang/tidur, hallusinogen dan terakhir ke kokain atau opioda.<sup>30</sup>

Di Indonesia penderita ketergantungan zat seringkali dimulai dengan merokok, kemudian dilanjutkan dengan pemakaian ganja. Dari pemakaian ganja bisa meningkat menjadi pemakai obat-obat golongan opiate. Karena itu pemakaian ganja merupakan tanda untuk penggunaan zat-zat yang lebih berbahaya.<sup>31</sup> Demikian halnya yang terjadi pada seluruh responden, dimana ke 50 orang santri yang mengikuti Rehabilitasi korban Narkoba semuanya perokok.

Di atas telah disebutkan bahwa para penyalahguna Narkoba memilih tempat transaksi di jalanan, karena di tempat-tempat inilah mereka merasa lebih aman sehingga para guru dan orangtua tidak mengetahui kalau mereka sudah menggunakan obat terlarang tersebut.

Dalam pengalaman sehari-hari sering dijumpai orangtua tidak mengetahui dan tidak menyadari bahwa anak/remajanya terlibat penyalahgunaan Narkoba bertahun-tahun lamanya tanpa diketahui oleh kedua orangtuanya. Hal ini disebabkan oleh dua hal, yaitu ketidaktahuan orangtua (*ignorancy*) dan “kepandaian” si anak/remaja dalam memanipulasi keterlibatannya dalam penyalahgunaan Narkoba sehingga orangtua terpedaya/dibohongi.

Akibat kerahasiaan dan tertutupan mereka dalam penggunaan Narkoba serta persoalan yang tengah mereka hadapi, maka kejutan-kejutanpun sering terdengar. Kejutan dimaksud adalah yang dialami oleh banyak orangtua, dimana mereka mengetahui anaknya kena Narkoba setelah beberapa tahun lamanya, yakni ketika korban sudah terjerambab cukup

parah dan begitu sulit untuk lepas dari ketergantungan Narkoba.

Untuk dapat mengetahui berapa lama orangtua baru “tahu” bahwa anaknya telah mengkonsumsi Narkoba, informasi tersebut dapat dilihat dalam tabel 11 berikut ini.

**Tabel 11 : LAMA RESPONDEN MENYEMBUNYIKAN DIRI MENGGUNAKAN NARKOBA SAMPAI DIKETAHUI ORANGTUA**

NO	JANGKA WAKTU	JUMLAH	PERSENTASE (%)
1	1 – 2 tahun	9	18%
2	3 – 4 tahun	15	30%
3	5 – 6 tahun	13	26%
4	7 – 8 tahun	6	12%
5	9 – 10 tahun	5	10%
6	11 – 14 tahun	2	4%
	Jumlah	50	100%

Sumber: Penelitian Lapangan di PPM-DI tahun 2001.

Data di atas menyatakan bahwa keluarga atau orangtua santri mengetahui anaknya menggunakan Narkoba setelah melewati tenggang waktu yang agak lama. Yang paling banyak adalah setelah menjalani 3 – 4 tahun, yaitu 30%; menyusul jangka waktu 5 – 6 tahun sebanyak 26%; dan diketahui orangtua setelah melewati jangka antara 7 – 14 tahun 26%; sementara yang diketahui orangtua sewaktu masih dalam jangka waktu 1 – 2 tahun hanya 18% saja. Keadaan ini mengindikasikan bahwa orangtua membutuhkan waktu yang lama, baru mengetahui anaknya menjadi pecandu berat

Narkoba; dengan kata lain dapat disebutkan bahwa orangtua adalah orang terakhir yang tahu anaknya terkena Narkoba karena mereka kurang peduli terhadap perkembangan anaknya.

Dikatakan demikian karena orangtua pada umumnya mulai mengetahui anaknya terjerumus ke Narkoba setelah barang-barang milik anak tersebut habis dijual untuk membeli Narkoba.<sup>32</sup> Sementara yang lain diketahui orangtua saat anaknya *sakaw* karena tidak mampu lagi membeli Narkoba,<sup>33</sup> malah ada sebagian orangtua baru mengetahui karena Polisi menangkapnya disaat ada razia.<sup>34</sup>

Justru itu sebelum para santri (pasien) mengikuti Rehabilitasi di Pondok Pesantren Modern Darul Ichsan, mereka sudah mempunyai ketergantungan terhadap Narkoba atau betul-betul parah, dan juga mereka masuk Pusat Rehabilitasi adalah atas intervensi dari orang lain seperti orangtua atau keluarga lain (bukan atas kesadaran dan kemauan sendiri).<sup>35</sup>

Sesungguhnya apabila orangtua di rumah dan guru di sekolah mengetahui seluk beluk penyalahgunaan Narkoba aerta jeli memperhatikan terhadap perubahan yang terjadi pada anaknya/anak didiknya, maka anak dapat lebih cepat diketahui “kena Narkoba” dan lebih cepat pula dapat diterapi dan direhabilitasi.

Adapun tanda-tanda anak/remaja yang kecanduan Narkoba cukup banyak, antara lain dapat disebutkan sebagai berikut:

1. Perubahan tingkah laku yang tiba-tiba, baik dalam kegiatan sekolah, keluarga maupun di lingkungan teman-teman: menjadi kasar, tidak sopan dan penuh rahasia, serta menjadi mudah curiga terhadap orang lain;

2. Marah yang tidak terkontrol, tidak seperti biasanya serta perubahan suasana hati yang tiba-tiba;
3. Pembangkangan terhadap peraturan secara tiba-tiba, (tidak disiplin) baik di rumah maupun di sekolah;
4. Sering meminjam atau mencuri uang dari rumah, sekolah atau toko, guna ‘membiayai’ kebiasaannya;
5. Barang-barang berharga pemberian orangtua banyak yang hilang karena mungkin digadai atau dijual;
6. Mengenakan kacamata gelap pada saat yang tidak tepat untuk menyembunyikan mata bengkak dan merah;
7. Bersembunyi di kamar mandi atau tempat-tempat yang janggal seperti gudang, di bawah tangga dalam waktu lama dan berkali-kali;
8. Penurunan secara tiba-tiba kehadiran di kelas dan prestasi belajar di sekolah;
9. Lebih banyak menyendiri dari biasanya, sering bengong dan berhalusinasi;
10. Menjadi manipulatif (berbohong) dan sering kehabisan uang jajan;
11. Berat badannya turun karena nafsu makan yang tidak menentu/berkurang;
12. Cara berpakaian yang menjadi sembarangan dan tiba-tiba menjadi penggemar baju lengan panjang untuk menyembunyikan bekas suntikan di tangan/lengan;
13. Sering didatangi oleh orang-orang yang belum dikenal keluarga atau teman-temannya.<sup>36</sup>

Sementara itu Arief Rahman, sebagaimana dikutip oleh Mudji Waluyo, menyebutkan cirri-ciri anak yang mengalami penyalahgunaan Narkoba yaitu dengan memperhatikan

perubahan dalam diri si anak yang dikemukakannya dengan 5 (lima) “B” yaitu Bohong, Bolos, Bengong, Bego dan Bodoh.<sup>37</sup>

Dengan demikian bila terjadi banyak perubahan drastis sebagaimana disebutkan di atas, dan perubahan-perubahan tersebut bertahan selama lebih dari beberapa hari maka ini bisa merupakan pertanda bahwa anak/remaja telah menyalahgunakan Narkoba.

Untuk mengetahui berapa besar biaya yang dikeluarkan oleh responden dalam setiap harinya, dapat dilihat pada tabel 12 berikut ini.

**Tabel 12 : BIAYA RESPONDEN UNTUK MEMBELI NARKOBA**

NO	BIAYA YANG DIKELUARKAN SETIAP HARI	JUMLAH	PERSENTASE (%)
1	Rp 50.000 – Rp 100.000	7	14%
2	Rp 125.000 – Rp 200.000	11	22%
3	Rp 225.000 – Rp 300.000	32	64%
	Jumlah	50	100%

Sumber: Penelitian Lapangan di PPM-DI tahun 2001.

Dari data tersebut jelas kelihatan bahwa biaya yang dikeluarkan responden untuk membeli Narkoba setiap harinya antara Rp 50.000 – Rp 100.000 hanya 14%; sementara biaya antara Rp 125.000 – Rp. 200.000 mencapai 22%; sedangkan yang mengeluarkan biaya antara Rp 225.000 – Rp 300.000 mencapai 64% (yang terbanyak).

Untuk mengetahui rata-rata pengeluaran responden setiap

harinya dapat dilalui dengan cara menambahkan pengeluaran terendah (Rp 50.000) dengan pengeluaran tertinggi (Rp 300.000) kemudian dibagi 2 (dua), maka diperoleh hasil bagi menjadi Rp 175.000. Dengan demikian dapat disebutkan bahwa pengeluaran seluruh responden sebelum masuk ke PPM Darul Ihsan dalam 1 (satu) bulan adalah  $Rp\ 175.000 \times 50 \times 30 = Rp\ 262.500.000$ . Sungguh suatu jumlah yang sangat besar. Kesimpulan lain yang dapat diambil dari data di atas adalah bila seorang ayah mendapatkan anaknya sudah kecanduan Narkoba, sesungguhnya biaya yang dibutuhkan anak untuk membeli Narkoba masih lebih besar dibandingkan dengan biaya pengobatan dan Rehabilitasi, seperti yang dilakukan di PPM Darul Ihsan. Karena biaya pengobatan keseluruhan termasuk makan, cuci pakaian, dan lain-lain hanya Rp 3.000.000,- setiap bulannya kecuali pada bulan pertama mencapai Rp5.000.000,-<sup>38</sup>, sementara untuk memenuhi biaya membeli Narkoba mencapai jumlah Rp 5.250.000,- ( $175.000 \times 30$ ).

Melihat besarnya biaya yang dibutuhkan oleh seorang pecandu Narkoba ± Rp5.250.000,- perbulannya, maka sudah pasti bagi anak-anak keluarga miskin/kurang mampu, bahkan Pegawai Negeri Sipil sekalipun tidak mungkin dapat menebus harga Narkoba tersebut. Namun untuk dapat memenuhi kebutuhannya, segala usaha akan dilakukan demi mendapatkan Narkoba. Pada tahap awal, pemakai Narkoba akan menghabiskan apa yang ia miliki, kemudian meningkat kepada milik keluarga dan akhirnya milik orang lain atau masyarakat, dengan cara yang paling gampang; yaitu melakukan tindak kriminal seperti mencuri, menipu, menodong, membunuh, merampok ataupun menjadi pengedar Narkoba bahkan melacur dan lain-lain.<sup>39</sup> Sekedar contoh dari tindak kriminal

yang dilakukan oleh seorang pemuda pecandu Narkoba, Dina usia 23 tahun tega membunuh tetangganya sendiri, gadis kecil Winda Dwiastuti, 8 tahun, kemudian mengambil perhiasan dan menjualnya demi membeli pil Koplo/shabu-shabu.<sup>40</sup>

Untuk mengetahui status ekonomi keluarga responden dapat dilihat pada tabel 13 berikut ini.

Tabel 13 : KOMPOSISI EKONOMI KELUARGA RESPONDEN

NO	STATUS EKONOMI KELUARGA	JUMLAH	PERSENTASE (%)
1	Sederhana	3	6%
2	Menengah	41	82%
3	Mampu/Kaya	6	12%
	Jumlah	50	100%

Sumber: Penelitian Lapangan di PPM-DI tahun 2001.

Data yang tertulis di atas menunjukkan bahwa status keluarga/orangtua responden termasuk golongan keluarga mampu dan berkecukupan, karena dari segi materi mayoritas kondisi keluarga responden tergolong pada keluarga menengah dan mampu/kaya (94%) sementara dari golongan keluarga sederhana hanya 6%. Dari kenyataan ini dapat ditegaskan bahwa dengan limpahan materi saja tidak menjamin anak menjadi baik. Sebagaimana dikemukakan Menteri Agama KH.Tolchah Hasan saat membuka seminar masalah Narkoba yang diselenggarakan Dharma Wanita Departemen Agama 12 Juli 2000, bahwa keberhasilan pembinaan anak tidak ditentukan oleh materi yang berlimpah, kekayaan atau kemewahan. Bahkan sebaliknya, kemewahan yang tidak dapat

dikendalikan dapat menjerumuskan kehidupan anak.<sup>41</sup>

Dalam kesempatan yang sama, Prof. Subiyakto menambahkan bahwa pemberdayaan anak tak mungkin bisa terwujud jika tidak dibarengi dengan pemberian kasih sayang dari orangtua, karena fungsi kasih sayang merupakan faktor penentu dalam menciptakan ketahanan keluarga guna menghindarkan anak dari bahaya Narkoba. Oleh karena itu, seberapa kesibukan orangtua, kasih sayang kepada anak-anak harus tetap ditumbuhkan. Orangtua jangan merasa puas bila sudah mampu menjalankan fungsinya dalam pemenuhan ekonomi, rekreasi dan pendidikan.<sup>42</sup>

Lembaga yang paling utama dan fundamental dari masyarakat manusia, menurut Abul A'la Maududi, ialah kesatuan keluarga. Keluarga adalah satu lembaga yang dengannya satu generasi mempersiapkan generasi berikutnya untuk berbakti kepada peradaban manusia dan untuk melaksanakan kewajiban-kewajiban sosialnya dengan khidmat, jujur dan penuh semangat.<sup>43</sup>

Demikianlah uraian mengenai liku-liku santri (mantan pecandu Narkoba) yang kini menjalani Rehabilitasi di Pondok Pesantren Modern Darul Ichsan, dan selanjutnya adalah pembahasan mengenai berbagai kewajiban santri.

### **3. Kewajiban Santri**

Sebagaimana layaknya Pesantren, maka PPM Darul Ichsan juga mempunyai peraturan yang harus dipatuhi oleh para santrinya. Dengan perkataan lain bahwa apabila ada suatu peraturan yang mewajibkan santri untuk melaksanakannya, kemudian perintah atau peraturan tersebut tidak dilaksana-

kan, maka santri tersebut dinyatakan telah melakukan pelanggaran. Selanjutnya, terhadap semua pelanggaran yang dilakukan oleh santri, akan mendapatkan hukuman/sanksi sesuai dengan berat atau ringannya pelanggaran. Hal ini dimaksudkan agar program yang diberikan/diterapkan di Pesantren dapat terlaksana dengan baik sesuai dengan tujuan maupun harapan yang akan dicapai.

Kewajiban santri sesungguhnya amat banyak, dan sebelum santri masuk ke Pusat Rehabilitasi, orangtua/wali yang akan mendaftarkannya telah lebih dahulu menerima Peraturan Tata tertib bagi santri, Tata tertib kunjungan keluarga, dan lain-lain yang sudah tersusun dalam sebuah buku peraturan yang disebut “Mekanisme PPM Darul Ichtan”.

Dalam pembahasan ini hanya memuat sebagian kecil saja dari kewajiban atau peraturan-peraturan dimaksud. Pada poin 7 (tujuh) persyaratan untuk menjadi santri disebutkan bahwa “calon” peserta Rehabilitasi harus patuh pada Tata tertib yang berlaku di PPM Darul Ichtan.<sup>44</sup>

Adapun Tata tertib bagi santri PPM Darul Ichtan, ada sebanyak 13 (tiga belas) poin,<sup>45</sup> sebagai berikut:

1. Semua santri dilarang membawa/mengonsumsi Narkoba.
2. Keluarga atau pengunjung dilarang membawa Narkoba (termasuk rokok) dan uang untuk santri yang dikunjunginya.
3. Semua santri tanpa kecuali harus mengikuti dan menjalankan program Rehabilitasi yang sudah ditentukan.
4. Sesama santri tidak boleh saling mengganggu yang dapat menimbulkan keresahan, pertengkaran, perkelahian

- ataupun kekerasan lainnya.
5. Sesama santri harus saling tolong-menolong, tidak boleh saling melecehkan.
  6. Semua santri tanpa kecuali (termasuk Kyai dan personil PPM Darul Ichsan) tidak diperkenankan merokok di sembarang tempat dan waktu, kecuali pada tempat dan waktu yang telah ditentukan dalam Mekanisme Rokok.
  7. Semua santri harus menjaga kebersihan dan memelihara semua fasilitas PPM Darul Ichsan. Bila terjadi kerusakan pada fasilitas PPM Darul Ichsan, maka santri atau orangtua/wali santri yang bersangkutan harus mengganti biaya kerugian.
  8. Semua santri harus berpakaian seragam yang disediakan oleh PPM Darul Ichsan, hormat, sopan dan santun dalam sikap, ucapan maupun perilaku terhadap Kyai, dokter (psikiater), dan personil PPM Darul Ichsan lainnya.
  9. Semua santri pria tidak diperkenankan mengunjungi pemonudukan santri putri, dan sebaliknya.
  10. Semua santri tidak diperkenankan keluar dari kawasan PPM Darul Ichsan tanpa izin.
  11. Semua santri berhak dikunjungi keluarga sesuai dengan jadwal dan giliran yang telah ditentukan.
  12. Saran-saran dari para santri dapat disampaikan ke pihak manajemen melalui keluarga/orangtua masing-masing; yang nantinya dibicarakan pada waktu konsultasi antara pihak manajemen dan pihak keluarga/orangtua.
  13. Bagi santri yang tidak mentaati Tata tertib tersebut di atas, akan dikenakan sanksi sesuai dengan berat ringannya pelanggaran yang dilakukan.

Sebagaimana dikemukakan sebelumnya, bahwa masuk dan keluarnya santri tidak tergantung pada tahun ajaran, oleh karena itu upacara perkenalan atau penyambutan terhadap santri, sangat tergantung kapan saat yang bersangkutan masuk program Rehabilitasi.

Semua peserta Rehabilitasi oleh pihak manajemen telah diatur sedemikian rupa, mempunyai tugas sesuai dengan tingkatan/fase masing-masing. Sebagaimana dimaklumi bahwa santri mempunyai 4 (empat) fase/masa, sebagai berikut:

- a. Fase Bloking Total pada minggu I – III.
- b. Fase Transisi I pada minggu IV – VI.
- c. Fase Transisi II pada minggu VII – IX.
- d. Fase Mandiri pada minggu X – XII.<sup>46</sup>

Fase-fase ini selanjutnya juga akan menentukan tertib pelaksanaan shalat, makan dan pentahapan pembinaan iman dan taqwa bagi santri.

Adapun dalam pelaksanaan shalat wajib dan sunnat, masing-masing fase telah mendapat tugas sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan. (Mekanisme shalat dapat dilihat pada Lampiran 5).

Dalam pembagian tersebut, santri fase blok total bertugas menggelar *sajadah* (GS) dan mempersiapkan tempat shalat sekaligus mengumandangkan *adzan* dan *iqamah*, selesai shalat merapikan kembali tempat shalat. Sementara itu, pembacaan shalawat dilantunkan bersama-sama setelah adzan untuk waktu-waktu shalat wajib, dan dipimpin oleh santri fase transisi I dan transisi II.

Sedangkan santri fase Mandiri bertindak sebagai imam shalat, dzikir dan do'a, kecuali shalat Maghrib dan Subuh yang langsung dipimpin oleh Kyai.<sup>47</sup>

Demikian juga tata tertib waktu makan bagi santri telah diatur sedemikian rupa. Setelah nasi/makanan siap dihidangkan di meja makan yang ada di pondok Majelis, santri secara bergiliran dengan satu arah/satu baris dengan urutan mulai dari santri fase Blok, lalu fase Transisi I diikuti oleh fase Transisi II, fase Mandiri dan terakhir para staf/kyai. Setelah mengambil makanan, santri duduk bersila dan membentuk lingkaran. Bila semuanya sudah mengambil makanan dan duduk, maka salah seorang santri memimpin pembacaan do'a dan dilanjutkan dengan makan bersama.<sup>48</sup>

Adapun tahapan sanksi bagi santri yang melanggar peraturan, umumnya terdiri dari 2 kategori, yakni kesalahan ringan dan kesalahan berat.

Kesalahan ringan dibahas dalam *morning meeting*, sanksinya adalah pemberian tugas yang dikaitkan dengan imtaq atau materi-materi lainnya.

Sementara kesalahan/pelanggaran berat, dibahas dalam *general meeting* dengan hukuman pemberian tugas, misalnya membersihkan atau merapikan tempat-tempat tertentu sesuai dengan tingkat kesalahannya.<sup>49</sup>

Dan satu hal yang bisa terjadi akibat kesalahan berat yang dilakukan adalah bisa turunya fase bila santri kedatangan membawa Narkoba atau berkelahi, misalnya dari fase II turun ke Transisi I atau fase Blok Total.<sup>50</sup>

Demikian Tata tertib, peraturan dan kewajiban yang harus dipatuhi oleh para santri yang dikaitkan dengan hukuman atas pelanggaran yang dilakukannya.

Dapat ditambahkan bahwa setelah santri diterima di PPM Darul Ichtan diwajibkan menghafal dan mengamalkan “ikrar santri” yang bunyinya sebagai berikut:

### IKRAR SANTRI PPM DARUL ICHSAN

#### *Bismillâhirrahmânirrahîm*

Kami, santri Pondok Pesantren Darul Ichtan Berikrar :

1. Akan menjalankan dan mengamalkan perintah Allah Subhanahu wa ta'ala serta menjauhi laranganNya dengan penuh tanggungjawab, jujur, ikhlas dan amanah.
2. Akan menjaga nama baik agama Islam, orangtua, bangsa, negara dan Pondok Pesantren Darul Ichtan.
3. Akan selalu berusaha memperkuat iman dan taqwa.

Demikian ikrar kami, semoga Allah SWT memberikan taufik hidayah dan inayah-Nya. *Amin ya Robbal 'alamin.*

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa penyebab utama santri PPM Darul Ichtan terjerumus ke Narkoba umumnya dipengaruhi oleh teman disamping mudahnya mendapatkan Narkoba itu sendiri, dimana jalanan/simpang-simpang dijadikan sebagai tempat transaksi Narkoba. Selain itu juga karena adanya faktor kelainan kepribadian dan faktor keluarga.

Selanjutnya usia mereka mulai menggunakan Narkoba terdapat 32% masih usia SLTP (12 – 15 tahun), 64% usia SLTA (16 – 20 tahun), dan 4% pada usia Perguruan Tinggi (21 – seterusnya). Sementara pendidikan mereka 4% telah Sarjana dan bahkan telah bekerja, 60% sedang kuliah di

Perguruan Tinggi, 32% masih duduk di bangku SLTA/Aliyah dan hanya 4% yang berpendidikan SLTP.

Fase atau masa yang dilalui santri menggambarkan akan tugas dan kewajiban mereka, bagi fase Blok (minggu I – III) bertugas menggelar sajadah, adzan dan iqamah, fase Transisi I dan II (minggu IV – IX) melantunkan shalawat, dan fase Mandiri (minggu X – XII) bertindak sebagai Imam shalat.

Demikian secara umum kewajiban para santri yang harus dipatuhi selama mereka menjalankan program Rehabilitasi di PPM Darul Ichsan.

**Catatan:**

<sup>1</sup> Wawancara dengan Direktur Utama PPM Darul Ichsan, H. Salamun, pada tanggal 4 Mei 2001

<sup>2</sup> Data dari sekretariat Pusat Rehabilitasi Korban Narkoba PPM Darul Ichsan Bogor, 2001.

<sup>3</sup> *Ibid.*

<sup>4</sup> Mantri Statistik Kec. Cariu, *Kecamatan Cariu dalam Angka Tahun 2000*, Cariu, 2001, h. 2,9,18,19.

<sup>5</sup> *Ibid.*

<sup>6</sup> *Ibid.*, h. 18.

<sup>7</sup> *Ibid.*

<sup>8</sup> Wawancara dengan Kepala SMU Darul Ichsan, Bapak Yayah Sasmita, SE, pada tanggal 1 Agustus 2001.

<sup>9</sup> Wawancara dengan Kepala SMU Darul Ichsan, Yayah Sasmita, SE, pada tanggal 12 Agustus 2001.

<sup>10</sup> Wawancara dengan Bapak Ajam Anjasmara, Kepala Desa Selawangi, pada tanggal 9 Juni 2001.

<sup>11</sup> Wawancara dengan H. Salamun, Direktur Utama Pusat Rehabilitasi PPM Darul Ichsan, pada tanggal 15 Mei 2001.

<sup>12</sup> Direktur Utama Pusat Rehabilitasi, “Struktur Organisasi Pusat Rehabilitasi PPM Darul Ichsan”, Jakarta: PPMDI, 23 April 1999.

<sup>13</sup> PPM Darul Ichsan, *Mekanisme PPM Darul Ichsan*, Jakarta: PPMDI, 1999, h. 2.

<sup>14</sup> PPM Darul Ichsan, *Mekanisme PPM Darul Ichsan*, *Ibid.*

<sup>15</sup> Jadwal Siaran Interaktif melalui Radio, PPM Darul Ichsan tahun 2001.

<sup>16</sup> Selama penelitian berlangsung, peneliti senantiasa diikutkan dalam acara Siaran Interaktif ini dan biasanya langsung merangkap sebagai Pembina Magang.

<sup>17</sup> Wawancara dengan Bapak Yudi, Asisten Direktur PPMDI, pada tanggal 8 Juli 2001.

<sup>18</sup> Dadang Hawari, *Penyalahgunaan & Ketergantungan NAZA*, Jakarta: FKUI, 2001, h. 3.

<sup>19</sup> Ikin A. Gani, *Bahaya Penyalahgunaan Narkotika/Obat Keras*

dan Penanggulangannya, Jakarta: B.PSandaan, 1984, h. 102.

<sup>20</sup> Dadang Hawari, *Penyalahgunaan & Ketergantungan NAZA*, *Op.cit.*, h. 204.

<sup>21</sup> Dadang Hawari, *Al-Qur'an, Ilmu Kedokteran Jiwa dan Kesehatan Jiwa*, Yogyakarta: Dana Bhakti Prima Yasa, 1997, h. 138; Juga Dadang Hawari, *Penyalahgunaan*, *Op.cit.*, h. 26.

<sup>22</sup> Dadang Hawari, *Al-Qur'an, Ilmu Kedokteran Jiwa*, *Op.cit.*, h. 129-130..

<sup>23</sup> Dadang Hawari, *Konsep Islam Memerangi AIDS & NAZA*, Yogyakarta: Dana Bhakti Prima Yasa, 1997, h. 69.

<sup>24</sup> Mintarsih A. Latif, "Faktor-faktor Penyebab dan Peluang pada Penyalahgunaan Zat Adiktif", dalam *Buku Panduan Penyuluhan Kesehatan Jiwa mengenai Penyalahgunaan Narkotika, Alkohol dan Zat Adiktif Lain*, Jakarta: Depag RI, 1985/1986, h. 56.

<sup>25</sup> Dadang Hawari, *Al-Qur'an, Ilmu Kedokteran Jiwa*, *Op.cit.*, h. 140.

<sup>26</sup> Dadang Hawari, *Penyalahgunaan*, *Op.cit.*, h. 3.

<sup>27</sup> Dadang Hawari, *Al-Qur'an*, *Op.cit.*, h. 125.

<sup>28</sup> Zakiah Daradjat, *Peran Serta Masyarakat dalam Penanggulangan Penyalahgunaan Narkotika*, Jakarta: Deppen RI, 1994/1995, h. 21.

<sup>29</sup> Dadang Hawari, *Penyalahgunaan*, *Op.cit.*, h. 4.

<sup>30</sup> Mintarsih A. Latief, "Catatan tentang Faktor-faktor Etiologi (Penyebab)", dalam *Buku Panduan Penyuluhan Kesehatan Jiwa mengenai Penyalahgunaan Narkotika, Alkohol dan Zat Adiktif Lain*, Jakarta: Deppen RI, 1985/1986, h. 51.

<sup>31</sup> Mintarsih A. Latief, "Catatan tentang Faktor-faktor Etiologi (Penyebab)", *Op.cit.*, h. 59.

<sup>32</sup> Hasil wawancara dengan santri: Inggit, Muhsin, Ader, dan Novi pada tanggal 1 – 2 Agustus 2001.

<sup>33</sup> Wawancara dengan santri: Tendi, Helman, Inggit, Abim dan Yanto pada tanggal 6 – 7 Agustus 2001.

<sup>34</sup> Wawancara dengan santri: Wiwid, Sidi, Yudira dan Zulham pada tanggal 8 – 9 Agustus 2001.

<sup>35</sup> Wawancara dengan Kyai Alfarizi dan Kyai Ekrom Maftuhi, pada tanggal 19 Mei 2001.

<sup>36</sup> Yayasan Cinta Anak Bangsa, *Panduan bagi Orangtua untuk Mengatasi Masalah Narkoba*, Jakarta: YCAB, 2001, h. 14.

<sup>37</sup> Mudji Waluyo, *Penanggulangan Penyalahgunaan Bahaya Narkoba*, Jakarta: DIT BIMMAS POLRI, 2001, h. 45.

<sup>38</sup> Wawancara dengan Direktur Utama PPM Darul Ichsan, H. Salamun, pada tanggal 10 Mei 2001.

<sup>39</sup> Mudji Waluyo, *Penanggulangan Penyalahgunaan Bahaya Narkoba*, *Op.cit.*,, h. 14.

<sup>40</sup> Umang, “Gadis Kecil Winda: Ia Dibunuh Demi Pil Koplo”, *Mutiara Kartini*, No. 9/1, 3 September 2000, h. 4–5.

<sup>41</sup> N. Maqsudi, “Kemewahan Dapat Menjerumuskan Anak”, *Media Dakwah*, Jum. Awal 1421/Agustus 2000, h. 53.

<sup>42</sup> N. Maqsudi, “Kemewahan Dapat Menjerumuskan Anak”, *Ibid.*

<sup>43</sup> Abul A’la Maududi, *Islamic Way of Life*, Terj. Osman Raliby, *Pokok-pokok Pandangan Hidup Muslim*, Jakarta: Bulan Bintang, 1967, h. 51–52.

<sup>44</sup> PPM Darul Ichsan, *Mekanisme PPM Darul Ichsan*, Jakarta: PPMDI, 1999, h. 6.

<sup>45</sup> PPM Darul Ichsan, *Mekanisme*, *Op.cit.*,, h. 8–9.

<sup>46</sup> *Mekanisme PPMDI*, *Ibid.*, h. 1; lihat juga “Pedoman Pelaksanaan Tugas Kyai Pusat Rehabilitasi Korban Narkoba”, PPM Darul Ichsan, h. 1.

<sup>47</sup> *Mekanisme PPMDI*, *Ibid.*, h. 29.

# **BAB III**

## **JENIS-JENIS NARKOBA DAN EFEKNYA**

Pada dasarnya Narkotika dan Psikotropika sangat dibutuhkan untuk pengobatan dalam bidang kedokteran dan berguna demi penelitian dalam bidang pengembangan ilmu pengetahuan. Narkotika adalah obat-obatan yang bekerja pada susunan syaraf pusat dan digunakan sebagai analgetika (pengurang rasa sakit) pada dunia kedokteran. Sedangkan Psikotropika adalah obat-obatan yang mempunyai efek utama terhadap aktivitas mental dan perilaku, dan digunakan untuk terapi gangguan psikiatrik. Obat-obatan ini termasuk dalam obat daftar G, yang artinya dalam penggunaannya harus disertai dengan kontrol dosis yang sangat ketat oleh dokter. Namun dilandasi oleh berbagai hal, maka banyak remaja menyalahgunakan zat tersebut, yaitu memakai atau menggunakannya di luar indikasi medik, tanpa petunjuk/resep dokter.

Masalah penyalahgunaan narkotika, Psikotropika, Alkohol, Zat Adiktif dan Obat-obatan berbahaya lainnya (Narkoba) merupakan masalah yang majemuk, mempunyai dimensi yang luas dan kompleks, baik dari sudut medik, psikiatrik (kedokteran jiwa), kesehatan jiwa maupun psikososial (ekonomi, politik, sosial budaya, kriminalitas dan

lain sebagainya.

Pada umumnya zat yang disalahgunakan tersebut ada yang menggunakan istilah Narkoba (Narkotika dan Obat-obatan Berbahaya), sebagian ada yang menyebutnya dengan istilah Napza (Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif lain), sementara yang lain menggunakan istilah NAZA (Narkotika, Alkohol dan Zat Adiktif), dan ada juga yang menggunakan istilah Madat (yang dimaksud adalah Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya).

Dalam kaitan ini penulis memilih menggunakan istilah yang pertama yaitu Narkoba, mengingat istilah ini lebih populer di tengah-tengah masyarakat secara nasional, dan yang dimaksud adalah Narkotika, Psikotropika, Alkohol dan Zat Adiktif lainnya.

Berikut ini akan dijelaskan jenis-jenis Narkoba dan efeknya masing-masing.

## **A. NARKOTIKA**

Istilah Narkoba yang dikenal di Indonesia berasal dari bahasa Inggris "*Narcotics*" yang berarti obat bius, yang sama artinya dengan "*Narcosis*" dalam bahasa Yunani yang berarti menidurkan atau membiuskan.<sup>1</sup> Narkotika adalah suatu zat/obat yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa dari mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri serta dapat menimbulkan ketergantungan.<sup>2</sup>

Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia disebutkan bahwa Narkotika diartikan sebagai obat untuk menenangkan saraf,

menghilangkan rasa sakit, menimbulkan rasa mengantuk atau merangsang.<sup>3</sup>

Sementara itu pengertian Narkotika menurut UU RI No. 22 Tahun 1997 Pasal 1 ayat 1, adalah zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman baik sintetis maupun semi sintetis yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa, mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri dan dapat menimbulkan ketergantungan yang dibedakan ke dalam golongan-golongan.<sup>4</sup>

Dari pengertian dan defenisi tersebut dapat disimpulkan bahwa Narkotika adalah segala bahan yang bilaman dimasukkan ke dalam tubuh, maka ia bekerja pada susunan saraf pusat yang mempunyai pengaruh terhadap badan, jiwa atau pikiran serta tingkah laku.

Selanjutnya dalam Pasal 2 ayat 1 ditegaskan bahwa Narkotika sebagaimana dimaksud dalam ayat 1 digolongkan menjadi tiga golongan:

- a. Narkotika golongan I.
- b. Narkotika golongan II.
- c. Narkotika golongan III.

Pada bagian penjabaran atas UU No. 22 tahun 1997 tersebut bahwa yang dimaksud dengan Narkotika golongan I adalah Narkotika yang hanya dapat digunakan untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan dan tidak digunakan dalam terapi, serta mempunyai potensi sangat tinggi mengakibatkan ketergantungan. Narkotika golongan II adalah Narkotika yang berkhasiat pengobatan, digunakan sebagai pilihan

terakhir dan dapat digunakan dalam terapi dan/atau untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi tinggi mengakibatkan ketergantungan. Sedangkan Narkotika golongan III adalah Narkotika yang berkhasiat pengobatan dan banyak digunakan dalam terapi dan/atau tujuan pengembangan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi ringan mengakibatkan ketergantungan.

Dengan penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa Narkotika golongan I hanya untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan dan tidak untuk pengobatan. Narkotika golongan II berkhasiat untuk pengobatan sebagai pilihan terakhir. Narkotika golongan I dan II sama-sama mempunyai potensi yang sangat tinggi untuk mengakibatkan ketergantungan. Sementara Narkotika golongan III memang diperuntukkan bagi pengobatan dan mempunyai potensi yang ringan untuk mengakibatkan ketergantungan.

Adapun jenis-jenis atau nama-nama Narkotika baik golongan I, golongan II dan golongan III selengkapnya dapat dilihat pada Lampiran 13.

- Narkotika golongan I terdiri dari 26 (dua puluh enam) macam, antara lain:
  1. Tanaman *Papaver Somniferum L.*
  2. Opium Mentah
  3. Opium Masak (*candu, jicing, jicingko*).
  4. Tanaman Koka.
  5. Daun Koka.
  6. Kokain Mentah.
  7. Tanaman Ganja.

- Narkotika golongan II terdiri dari 87 (delapan puluh tujuh) macam, antara lain:
  1. Alfasetilmetadol.
  2. Alfamedropina.
  3. Alfametadol.
  4. Morfina.
- Adapun Narkotika golongan III terdiri dari 14 (empat belas) macam, antara lain:
  1. Asetildihidrokodeina.
  2. Dekstropropoksifena.
  3. Dihidrokodeina.
  4. Etilmofrina.
  5. Kodeina.

Jenis-jenis Narkotika golongan I, II dan III yang paling banyak/sering disalahgunakan remaja adalah ganja, opium (candu), morfina, heroin/*putaw* dan kokain. Berikut ini akan dijelaskan berbagai efek samping berupa gangguan mental dan perilaku sebagai akibat dari penyalahgunaan Narkotika tersebut.

## **1. Ganja**

Ganja atau *marihuana* (*marijuana*) diperoleh dari tanaman *cannabis sativa* atau *cannabis indica*, suatu tanaman perdu yang tingginya dapat mencapai 4 meter, yang mengandung zat psikoaktif *Delta-9 Tetrahydrocannabinol* (THC). Lebih dari 100 spesies tanaman tersebut dapat tumbuh di daerah tropis dan daerah beriklim sedang seperti India, Nepal, Thailand,

Sumatera, Jamaika, Kolumbia, Korea, Iowa (AS), dan Rusia bagian Selatan.<sup>5</sup>

Tanaman ganja ini dibudidayakan orang karena serat-serat batangnya kuat, bijinya enak untuk campuran makanan, minyaknya berguna untuk bahan pembuatan cat. Disamping itu daunnya mengandung zat perangsang, demikian juga damarnya yang banyak terdapat dalam bunga bagian atas.

Sudah berabad-abad lamanya tanaman ganja digunakan untuk pengobatan tradisional. Selama 150 tahun terakhir, tanaman ini terdaftar dalam dunia medis Barat karena mengandung bahan yang ampuh untuk mengobati berbagai penyakit fisik maupun psikis. Namun setelah ditemukan obat-obatan sintetis yang lebih ampuh, penggunaan tanaman ganja sebagai pengobatan menjadi tersisihkan.<sup>6</sup>

*Marihuana* atau *marijuana* adalah sebutan lain terhadap tanaman ganja di Amerika dan Eropa, sementara *hashish* juga nama lain dari tanaman ganja di Timur Tengah. Kalau produk *marihuana* terbuat dari daun ganja kering yang mirip daun tembakau yang dikeringkan, maka *hashish* dibuat dari cairan ganja (minyak *hashish*) yang diproses secara berulang-ulang.<sup>7</sup>

Pada umumnya ganja dipakai dengan cara dimakan begitu saja, dicampurkan ke dalam masakan, atau dicampur bersama tembakau sebagai rokok.<sup>8</sup>

Setiap batang rokok ganja mengandung THC sebanyak 5 – 20 mg, justru itu bagi orang yang belum berpengalaman menghisap ganja, pada saat intoksikasi akan mengalami ansietas selama kurang lebih 10 – 30 menit, rasa takut akan mati, gelisah dan hiperaktif. Kemudian menjadi lebih tenang,

euforik, banyak bicara, merasa ringan pada tungkai dan badan. Ia mulai banyak tertawa, walaupun tidak ada rangsangan lucu sebelumnya.<sup>9</sup>

Dengan demikian mereka yang mengkonsumsi ganja akan memperlihatkan perubahan-perubahan mental dan perilaku, sebagai berikut:

- a. Jantung berdebar-debar.
- b. Euforia, yaitu rasa gembira tanpa sebab dan tidak wajar.
- c. Halusinasi dan delusi.

Halusinasi adalah pengalaman panca indra tanpa adanya sumber stimulus (rangsangan) yang menimbulkannya. Misalnya seseorang mendengar suara-suara padahal sumber suara tersebut tidak ada, hal ini disebut sebagai *halusinasi pendengaran*. Demikian juga halnya dengan halusinasi penglihatan, penciuman, rasa dan raba. Delusi adalah suatu keyakinan yang tidak rasional, meskipun telah diberikan bukti-bukti bahwa pikiran itu tidak rasional, namun yang bersangkutan tetap meyakinkannya. Misalnya yang disebut dengan delusi paranoid, dimana yang bersangkutan yakin benar bahwa ada orang yang akan berbuat jahat kepadanya, sekalipun dalam kenyataannya tidak ada orang yang dimaksudkan.

- d. Perasaan waktu berlalu dengan lambat, misalnya 10 menit bisa dirasakan seperti 1 (satu) jam lamanya.
- e. Apatitis. Yang bersangkutan bersikap acuh tak acuh, masa bodoh, tidak peduli terhadap tugas atau fungsinya sebagai makhluk sosial, seringkali lebih senang menyendiri dan melamun, tidak ada kemauan atau inisiatif dan hilangnya dorongan semangat/kehendak.

- f. Mata merah. Orang yang baru saja menghisap ganja ditandai dengan warna bola mata yang memerah. Hal ini disebabkan karena pembuluh darah kapiler pada bola mata mengalami pelebaran (*dilatasi*).
- g. Nafsu makan bertambah, orang yang mengkonsumsi ganja nafsu makannya bertambah karena ganja memiliki zat aktif *tetra-hydrocannabinol* (THC) merangsang pusat nafsu makan di otak.
- h. Mulut kering, orang yang mengkonsumsi ganja akan mengalami kekeringan pada mulut (air liur berkurang), hal ini disebabkan THC mengganggu sistem syaraf otonom yaitu syaraf yang mengatur kelenjar air liur.
- i. Perilaku maladaptif, artinya yang bersangkutan tidak lagi mampu menyesuaikan diri atau beradaptasi dengan keadaan secara wajar. Misalnya, yang bersangkutan memperlihatkan ketakutan, kecurigaan (*paranoid*), gangguan menilai realitas, gangguan dalam fungsi sosial dan pekerjaan. Perilaku maladaptif ini sering menimbulkan konflik, pertengkaran, tindak kekerasan dan perilaku anti sosial lainnya terhadap orang-orang di sekelilingnya.<sup>10</sup>
- j. Pemakaian ganja dalam waktu lama akan mengganggu fungsi paru-paru karena menimbulkan peradangan atau menyebabkan timbulnya penyakit "*angina pectoris*". Ganja juga menimbulkan kematian sel-sel otak dan menjadi pencetus kanker. Produksi *leukosit* (sel darah putih) menurun, sehingga kekebalan tubuh juga berkurang dan akan menurunkan kadar beberapa hormon yang dapat menyebabkan rusaknya sperma laki-laki, sementara bagi wanita akan menimbulkan gangguan haid bahkan meningkatkan kemungkinan terjadinya keguguran pada

ibu hamil.<sup>11</sup>

Pemakaian ganja dapat merupakan pencetus bagi terjadinya gangguan jiwa (psikosis) yang menyerupai gangguan jiwa *skizofrenia*, yang ditandai dengan adanya gangguan menilai realitas dan pemahaman diri (*insight*) serta adanya delusi (waham) mirip dengan delusi yang terdapat pada gangguan jiwa *skizofrenia*.<sup>12</sup> Bagi mereka yang sudah ada faktor predisposisi (misalnya pada kepribadian *skizoid*), maka penyalahgunaan jenis ganja ini akan mempercepat munculnya gangguan *skizofrenia* tersebut. Hal ini juga dibuktikan dalam penelitian yang menyebutkan pada umumnya pasien gangguan jiwa *skizofrenia* sebelumnya memakai ganja terlebih dahulu.<sup>13</sup>

Pemakaian ganja juga dapat menimbulkan Gangguan Mental Organik (GMO), yaitu gangguan dalam fungsi berpikir, perasaan dan perilaku. Gangguan mental organik ini terjadi karena reaksi langsung ganja kepada sel-sel syaraf otak.<sup>14</sup>

Pada umumnya menghisap ganja dimaksudkan untuk melarikan diri dari kenyataan, ingin membebaskan diri dari beban pikiran yang sedang kusut, ingin memperoleh kegembiraan (*semu*) dan masa bodoh terhadap sekeliling. Namun tanpa disadari oleh yang bersangkutan, pelarian ini justru menjerumuskannya ke dalam dunia khayal sampai pada gangguan jiwa, mirip *skizofrenia*, bahkan merupakan langkah awal terhadap gangguan jiwa *skizofrenia* yang sesungguhnya.<sup>15</sup>

## **2. Opium (candu)**

Tanaman candu (Latin: *Papaver Somniferum L.*), sudah

dikenal lama oleh umat manusia. Sekitar abad keempat sebelum Masehi tanaman candu ini telah tumbuh subur di kawasan Mediterania, dan dibudidayakan orang di Afganistan, Cina, India, Laos, Libanon, Myanmar, Pakistan, Turki, Meksiko dan Hongaria.<sup>16</sup>

Dalam bahasa Yunanai, opium berarti getah (*juice*), dengan demikian opium adalah getah berwarna putih seperti air susu yang keluar dari biji tanaman *Papaver Somniferum L* yang belum masak. Bila kotak biji tersebut diiris, keluarlah getah berwarna putih yang apabila dikeringkan akan menjadi massa seperti karet berwarna kecokelat-cokelatan. Selanjutnya bila pengeringannya diteruskan dan kemudian ditumbuk, maka jadilah serbuk opium.<sup>17</sup>

Adapun ciri-ciri tanaman candu tersebut berbentuk tumbuhan semak dengan tinggi antara 70 – 110 cm, dengan warna hijau tua keperak-perakan berukuran panjang antara 10 – 25 cm dan lebar antara 5 – 10 cm berlekuk-lekuk (keriting). Tanaman ini mempunyai buah yang melekat pada ujung tangkainya, dan mempunyai tangkai buah agak panjang dan tegak serta hanya mempunyai satu buah saja dalam setiap tangkainya.<sup>18</sup>

Menurut sejarahnya, candu telah lama dikenal di Indonesia, dan bangsa mana yang membawa masuk pertama kali ke Nusantara tidak dapat diketahui dengan pasti. Namun yang jelas pada awal abad XX, pemakai candu di negeri ini telah terdapat di Jawa Tengah, Jawa Timur dan Bali.

Pada masa jabatan Gubernur Jenderal Daendels, perdagangan candu dimulai dengan sistem pakter (*pacht*), yaitu dengan cara melelang kepada pembeli terbesar. Belakangan sistem pakter ini dihapuskan sehingga distribusi

candu dipegang oleh pemerintah Hindia Belanda dengan mendirikan suatu jawatan yang diberi nama “*Opium Regil*”, sekaligus mendirikan sebuah pabrik candu di daerah Salemba, yang sekarang menjadi kompleks Universitas Indonesia dan Mesjid Arif Rachman Hakim.<sup>19</sup>

Sementara itu opium (candu) yang terbuat dari getah buah tanaman *Papaver Somniferum L.* setelah melalui serentetan pengolahan khususnya pelarutan, pemanasan dan peragian tanpa penambahan bahan-bahan lain tersebut, dengan perkembangan teknologi diolah menjadi morfin dan heroin.

Pada masa dahulu opium (candu) digunakan orang sebagai pengobatan untuk menghentikan penyakit diare,<sup>20</sup> tetapi biasanya candu diperdagangkan untuk kebutuhan para penghisap candu dan pematik.<sup>21</sup>

Bagi mereka yang menyalahgunakan candu, minimal akan menimbulkan komplikasi atau berakibat berkembangnya penyakit-penyakit seperti penyakit kulit, paru-paru, hati, ginjal, jantung maupun penyakit kurang gizi dan berbagai penyakit lainnya. Apabila seorang pecandu telah mengalami ketagihan, kemudian pemakaian candu tersebut dihentikan, maka seluruh tubuh akan merasa nyeri yang sangat hebat, yang dikenal dengan istilah “*sakaw*”. Penderitaan semacam inilah yang sangat ditakuti oleh mereka yang mengkonsumsi opium (candu) maupun jenis Narkoba yang lain, makanya mereka senantiasa harus memenuhi kebutuhannya terhadap candu, karena seolah-olah antara candu dan dirinya tidak dapat dipisahkan lagi.

Suatu sifat buruk lain yang diakibatkan oleh opium atau candu terhadap orang yang mengkonsumsinya, adalah

timbulnya “toleransi”; dimana takaran candu yang yang dikonsumsi dari waktu ke waktu mengalami peningkatan untuk mendapat efek yang sesuai dengan kebutuhan tubuh, keadaan yang demikianlah, membuat hidup seseorang hanya berkisar bagaimana cara untuk mendapatkan candu (opium). Halal dan haram tidak ada bedanya lagi, yang terpenting bagaimana candu harus diperoleh. Dan bila keadaannya semakin parah, akhirnya bisa membawa kepada kematian, hal ini terjadi pada saat seseorang yang sudah ketergantungan tersebut kelebihan dosis (OD).<sup>22</sup>

### **3. Morfin (Morphine)**

Morfin adalah merupakan salah satu zat atau bagian terpenting dari candu, yang dalam ilmu kimia mempunyai rumus  $C_{17}H_{19}NO_3$ . Cara mendapatkannya ialah dengan mengolah candu mentah secara kimiawi sehingga terisolasi zat morfin yang wujudnya seperti kapas atau bubuk putih dan dapat dipakai dengan cara disuntikkan atau ditelan. Bahan baku morfin dapat diproses secara kimiawi menjadi zat yang bersifat narkotis seperti heroin dan codein.

Morfin sangat berguna untuk pengobatan, seperti menghilangkan rasa nyeri, mencegah penyakit mejen (sakit perut), pembiusan pada pembedahan (operasi), dan lain-lain.<sup>23</sup>

Morfin bekerja pada reseptor opiate yang sebagian besar terdapat di susunan syaraf pusat dan perut. Selain itu morfin menghambat pernafasan, karena menekan pusat pernafasan pada batang otak. Sifat menghambat pernafasan inilah yang menyebabkan kematian pada kasus kelebihan dosis morfin.

Morfin juga menyebabkan kekejangan pada daerah perut, muka memerah dan timbulnya rasa gatal pada bagian hidung akibat pelepasan histamin dalam sirkulasi darah dan sembelit, serta berkurangnya air seni akibat bertambahnya produksi antidiuretik hormon. Berkurangnya hormon gonadotropin menyebabkan gangguan haid pada wanita dan impotensi pada pria. Pemakai morfin akan merasakan mulutnya kering, seluruh badannya hangat, anggota badan terasa berat, rasa gembira yang berlebihan, hilangnya rasa depresi (tekanan batin), merasa santai, mengantuk, tertidur, dan mimpi yang indah. Sebelum tertidur biasanya kesadarannya menjadi kurang jernih, daya konsentrasinya menurun, sehingga pengguna menjadi sukar berpisah dan tidak peduli terhadap lingkungan.<sup>24</sup>

Pada umumnya penyalahguna jenis morfin ini tidak dapat tidur pada malam hari sampai dini hari, akan tetapi setelah mengkonsumsi morfin, yang bersangkutan baru tertidur hingga siang atau sore pada keesokan harinya. Kemudian dia mencari morfin lagi, kembali ke rumah pada dini hari dan tidur hingga keesokan harinya.

Mereka yang sudah ketagihan dan ketergantungan terhadap jenis narkotik ini, bila pemakaiannya dihentikan akan timbul gejala putus opiate (*withdrawal symptoms*) atau *sakaw*. Untuk menghindari *sakaw* (berasal dari kata “sakit”) akan berupaya mendapatkan morfin walau dengan jalan dan resiko apapun; dan kematian seringkali terjadi karena overdosis dengan akibat berupa komplikasi medik yaitu pembengkakan paru akut sehingga pernafasan berhenti.<sup>25</sup>

#### 4. Heroin/*Putaw*

Heroin (*Diamorphine*) adalah candu yang berasal dari opium (*Papaver Somniferum L.*) dan diproses secara kimiawi, oleh pabrik heroin dibuat berbentuk bubuk putih, dan biasanya dibungkus dan dijual dalam kemasan/bungkusan kertas kecil. Heroin dikenal dengan nama jalanan seperti *Hero*, *Smack*, *Scag*, *H.Junk*, *Gear* atau *Horse*.<sup>26</sup>

Salah satu jenis heroin yang populer saat ini adalah *putaw*. *Putaw* adalah jenis heroin yang jelek mutunya dan merupakan sisa hasil pembuatan heroin. *Putaw* berbentuk bubuk berwarna putih agak kecoklatan, dan dari kata “putih” ini muncul istilah “*putaw*”. Di kalangan penggemarnya dikenal berbagai nama seperti *Putaw*, *Putih*, *Bedak*, *PT*, *White*, *Etep*, dan lain-lain.<sup>27</sup>

Pemakaian heroin dapat dihisap, disedot atau disuntikkan dan jarang sekali ditelan karena cara itu tidak cukup efektif. Penggunaan yang paling populer adalah dengan cara memanaskan bubuk heroin di atas kertas *aluminium foil* dan menghisap asapnya dengan menggunakan pipa kecil atau gulungan kertas (*bong*). Penyuntikan dapat dilakukan dengan menyuntikkan lewat otot, *sub-cutaneous* (di bawah kulit) atau lewat pembuluh vena (pembuluh darah balik).<sup>28</sup>

Heroin “menjerat” pemakainya dengan cepat, baik secara fisik maupun mental, sehingga usaha mengurangi pemakaiannya menimbulkan rasa sakit dan kejang-kejang bila konsumsinya dihentikan. Pemakai *putaw* akan mengalami Gangguan Mental Organik (GMO), yaitu suatu gangguan jiwa/mental yang disebabkan karena reaksi langsung zat heroin ini pada sel-sel syaraf pusat (otak), sehingga mengakibatkan gangguan dalam fungsi berfikir, perasaan dan perilaku. Bila pemakaian

*putaw* dihentikan, maka akan timbul gejala-gejala “putus zat” (*withdrawal symptoms*) sebagai berikut: air mata berlebihan (*lakrimasi*), cairan hidung berlebihan (*rinorea*), pupil mata melebar (*dilatasi pupil*), keringat berlebihan, diare, bulu rambut/kuduk berdiri (bergidik, *piloereksi*), menguap (*yawning*), tekanan darah naik, berdebar-debar, demam, sukar tidur, rasa sakit yang tak tertahankan (sakit otot/kram), sakit tulang belulang, sakit kepala terasa mau pecah, sendi-sendi ngilu, terasa persendian mau copot, gelisah, marah-marah dan mudah berkelahi.

Gejala-gejala *sakaw* ini sukar untuk dapat diatasi, sehingga dalam keadaan seperti ini seorang pecandu akan mencarinya (menggapai *putaw*) dengan segala cara. Oleh karena itu dapat dimengerti mereka sering terlibat perkelahian atau tindak kriminal guna memperoleh uang untuk membelinya. Perilaku semacam ini sangat meresahkan masyarakat, oleh karena itu untuk mengubah perilaku seperti ini tidak cukup dengan anjuran atau himbauan saja, melainkan harus disertai dengan tindakan hokum (*law enforcement*).<sup>29</sup> Dampak psikososial lainnya adalah kehilangan pekerjaan, *drop out* sekolah, kehilangan kawan, tidak masuk kerja, bolos sekolah dan terlibat pelanggaran hukum lainnya.

Dari uraian di atas, dapat dimengerti bahwa untuk memperoleh rasa senang (*euforia*) tidaktadi, mereka harus memakainya dalam dosis tinggi (*overdosis*) dengan resiko kematian. Gejala-gejala pemakaian *putaw* atau heroin ini mirip dengan *ecstasy*, yaitu dalam hal GMO maupun dampak penghentian pemakaiannya (gejala putus zat).<sup>30</sup>

## 5. Kokain

Kokain diperoleh dengan cara memetik daunnya (tanaman coca). Setelah dikeringkan daun tersebut disuling dalam pabrik dan hasilnya berupa serbuk kokain berwarna putih yang rasanya pahit. Tanaman koka ini berbentuk perdu atau semak belukar; batang, cabang dan tangkainya berkayu, dan dapat tumbuh sampai pada ketinggian 2 meter. Bentuk daunnya bulat lonjong seperti akasia atau tanjung berwarna hijau.<sup>31</sup> Tumbuh di daerah yang ketinggiannya mencapai antara 400–600 m di atas permukaan laut yang terdapat di pegunungan Andes di Amerika Selatan.<sup>32</sup> Sementara untuk Indonesia tanaman koka terdapat di Jawa Timur.<sup>33</sup>

Pada umumnya kokain di dalam dunia kedokteran digunakan sebagai injeksi pada pencabutan gigi, obat *trachoom*, dan lain-lain. Penduduk Amerika Selatan khususnya Bolivia dan Peru umumnya suku Indian, telah biasa mengkonsumsi daun koka yang masih muda dengan cara mengunyah dan mengisap airnya, sebagaimana orang-orang Indonesia memakan daun sirih. Mereka melakukan hal itu agar memperoleh kekuatan dan daya tubuh saat bekerja berat. Akan tetapi kebiasaan ini ternyata membawa akibat yang sangat buruk bagi kelangsungan hidup mereka. misalnya saja mereka menjadi kekurangan gizi dan umurpun menjadi lebih pendek, karena banyak sekali di antara mereka yang baru berusia antara 35–40 tahun telah meninggal dunia.<sup>34</sup>

Kokain biasanya digunakan dengan cara menaruh bubuk atau hancuran kristalnya pada selaput lendir hidung lalu dihirup (dihidu). Ada juga yang menggunakannya dengan “nyipet”, model ini digunakan oleh para pecandu heroin dengan cara mengkombinasikan yang disebut “*speedball*”.

Pemakaian dasar kokain (*cocain base*) dipakai dengan cara merokok, baik sigaret maupun pipa, dan efeknya mirip dengan kokain yang digunakan secara nyipet.<sup>35</sup> Sementara konsumen kokain ini adalah golongan ekonomi menengah ke atas, mengingat harganya yang sudah cukup mahal. Adapun nama jalanan untuk kokain ini antara lain adalah *Coke*, *Salju*, *Permen hidung*, dan *Charley*.

Efek psikologis sebagai akibat penggunaan kokain adalah munculnya perasaan gembira, terangsang, bertambahnya tenaga, percaya diri (PD), dan perasaan sukses. Efek menyenangkan yang hebat secara cepat diikuti oleh efek yang tidak menyenangkan sesudahnya, meliputi depresi dan kelelahan serta mendorong penggunaan kokain secara terus menerus. Sedangkan efek fisiologi yang timbul adalah bertambah cepatnya detak jantung, darah tinggi, suhu badan meningkat, bola mata mengerut, penyempitan pembuluh darah lokal, nafsu makan hilang dan tidak bisa tidur.<sup>36</sup>

Selain gejala-gejala di atas dalam keadaan OD (*over dosis*) atau keracunan, pemakai kokain menunjukkan gejala-gejala gangguan jiwa lain seperti timbul halusinasi dan waham (delusi).<sup>37</sup> Halusinasi adalah pengalaman panca indra tanpa ada stimulus/rangsangan, misalnya mendengar suara-suara padahal tidak ada sumber suara itu. Sedangkan waham (delusi) adalah gangguan dalam alam pikir, yang bersangkutan merasa menjadi orang besar, orang paling kaya di dunia dan sejenisnya, padahal kenyataannya tidak demikian.<sup>38</sup>

## **B. PSIKOTROPIKA**

Psikotropika adalah obat yang dapat menyebabkan ketergantungan, menurunkan aktivitas otak atau merangsang susunan syaraf pusat yang dapat menimbulkan kelainan tingkah laku disertai dengan timbulnya halusinasi, ilusi, dan gangguan cara berpikir.<sup>39</sup>

Menurut UU RI No. 5 tahun 1997, bahwa yang dimaksud dengan Psikotropika adalah zat atau obat, baik alamiah maupun sintetis bukan Narkotika, yang berkhasiat psikoaktif melalui pengaruh selektif pada susunan syaraf pusat yang menyebabkan perubahan khas pada aktivitas mental dan perilaku.

Dari dua pengertian di atas dapat diambil kesimpulan bahwa Psikotropika tersebut adalah obat yang dapat menyebabkan ketergantungan bagi mereka yang menyalahgunakannya. Kemudian sasaran dari psikotropika ini adalah syaraf pusat (otak), dengan demikian orang yang menyalahgunakan obat jenis Psikotropika ini akan mengalami kelainan tingkah laku dan cara berpikir.

Dalam pasal 2 ayat 2 UU No. 5 tahun 1997 disebutkan bahwa Psikotropika yang mempunyai potensi mengakibatkan sindroma ketergantungan digolongkan kepada 4 (empat) golongan,<sup>40</sup> yaitu:

- a. Psikotropika golongan I,
- b. Psikotropika golongan II,
- c. Psikotropika golongan III,
- d. Psikotropika golongan IV.

Selanjutnya dalam penjelasan pasal 2 ayat 2 ditegaskan

bahwa Psikotropika golongan I adalah psikotropika yang hanya dapat digunakan untuk tujuan ilmu pengetahuan dan tidak digunakan dalam terapi, serta mempunyai potensi amat kuat mengakibatkan sindroma ketergantungan.

Psikotropika golongan II adalah Psikotropika yang berkhasiat pengobatan dan dapat digunakan dalam terapi dan/atau tujuan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi kuat mengakibatkan sindrom ketergantungan.

Psikotropika golongan III adalah Psikotropika yang berkhasiat pengobatan dan banyak digunakan dalam terapi dan/atau untuk tujuan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi sedang mengakibatkan sindroma ketergantungan.

Psikotropika golongan IV adalah Psikotropika yang berkhasiat pengobatan dan sangat luas digunakan dalam terapi dan/atau untuk tujuan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi ringan mengakibatkan sindroma ketergantungan.

Dari penjelasan UU tersebut dapat dipahami bahwa Psikotropika golongan I, II, III dan IV sama-sama mengakibatkan sindroma ketergantungan (golongan I amat kuat, golongan II, kuat, golongan III sedang, dan golongan IV ringan), keempat golongan tersebut sama-sama dapat digunakan untuk pengembangan ilmu pengetahuan. Golongan II, III dan IV berkhasiat untuk pengobatan dan digunakan dalam terapi, kecuali golongan I yang hanya digunakan untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan.

Adapun jenis atau nama-nama psikotropika golongan I, II, III dan IV selengkapnya dapat dilihat pada Lampiran 15.

- Psikotropika golongan I terdiri dari 26 (dua puluh enam) macam, antara lain:
  1. MDMA (ekstasi, shabu-shabu).
  2. LSD.
  3. DMT.
  4. DET.
- Psikotropika golongan II terdiri dari 14 (empat belas) macam, antara lain:
  1. Amfetamina.
  2. Metamfetamina.
  3. Metakualon.
- Psikotropika golongan III terdiri dari 9 (sembilan) macam, antara lain:
  1. Amobarbital.
  2. Katina.
  3. Pentazosina.
- Psikotropika golongan IV terdiri dari 60 (enam puluh) macam, antara lain:
  1. Barbital.
  2. Diazepam.
  3. Tetrazepam.

Dari semua jenis psikotropika golongan I, II, III dan IV yang biasa disalahgunakan antara lain *Amphetamin*, *ecstasy*, *shabu-shabu*. Berikut ini akan diuraikan masing-masing beserta efeknya.

a) Amphetamin

*Amphetamin* adalah obat perangsang sintetis (termasuk psikotropika golongan II) yang digunakan sebagai penahan rasa lapar, sering untuk menguruskan badan dan meningkatkan prestasi olah raga. *Amphetamin* memiliki efek perangsang yang sangat kuat pada jaringan syaraf pemakainya, sehingga sering menjadi tergantung pada obat ini secara mental.

Obat terlarang yang berbentuk pil, kapsul dan tepung ini mempunyai nama jalanan antara lain *Speed*, *Whizz* dan *Sulph*.<sup>41</sup> *Amphetamin* dapat digunakan dengan cara ditelan (biasanya dicampur di dalam minuman), dihisap dengan menggunakan *aluminium foil* dan *bong* atau disuntikkan.

Biasanya *amphetamin* disalahgunakan untuk menimbulkan rasa kegembiraan, tenaga bertambah, perasaan sehat, berkuasa dan percaya diri, kemampuan untuk berkonsentrasi meningkat, dapat menahan lapar dan tidak mudah mengantuk. Pengaruh penggunaan *amphetamin* terhadap tubuh antara lain adalah detak jantung dan tekanan darah yang meningkat, mulut kering, selalu berkeringat, kerusakan pada otak yang permanen. Secara psikologis, penggunaan *amphetamin* menyebabkan suasana hati gampang berubah, gelisah, mudah marah, bingung dan tegang yang dapat mengarah ke tingkat psikotik yang ditandai oleh paranoid, menghayal dan berhalusinasi.<sup>42</sup>

Pengguna *amphetamin* biasanya mengalami perubahan suasana hati (kegilaan/tertekan), terlalu banyak berbicara, kegembiraan, emosi labil, mudah marah, mudah tersinggung, dapat juga merasa senang yang berlebihan dan merasakan tidak tertekan, tidak terbebani batin, berat badan menurun, kadang-kadang ada luka di hidung, tanda suntikan, terlalu

lelah dan sulit tidur.<sup>43</sup> Penggunaan yang lama dapat membuat otak rusak atau mengerut, berakibat *paranoid psychosis* sampai dengan menjadi gila dan akhirnya mati.<sup>44</sup>

b) Ekstasy

“*Ekstasy*” tidak termasuk dalam daftar nama obat maupun di dalam Undang-undang Psikotropika, namun karena ternyata zat aktifnya adalah senyawa *Amphetamin* dan turunannya, maka jelas apapun namanya pemakai *ekstasy* tetap dapat dikenakan sanksi hukum sesuai Undang-undang. Demikian halnya dengan istilah “*putaw*” tidak ditemukan dalam Undang-undang Narkotika, tetapi sesungguhnya zat aktif yang digunakannya tak lain dari bubuk kristal heroin.

Di kalangan media (kedokteran) zat ini biasanya digunakan antara lain untuk pengobatan penyakit *hyperkinesia*, *depresi ringan* dan *Narkolepsi*. Penggunaannya dilakukan dengan pengawasan yang ketat, karena jika dilakukan melebihi keperluan dapat menimbulkan ketergantungan. Penyalahgunaan *ekstasy* adalah merupakan ancaman bagi remaja dan dewasa muda sesudah ancaman AIDS di masa sekarang dan mendatang.<sup>45</sup>

*Ekstasy* dapat digunakan dengan cara ditelan dan pengaruhnya terjadi antara 30–60 menit kemudian, mencapai puncak dalam 2 – 4 jam dan dapat juga berlangsung selama beberapa jam, tergantung dari jumlah/dosis obat yang diminum, akan timbul perasaan santai, gembira, hangat, bertenaga, meriah dan menggambarkan suatu perasaan saling mengerti di antara mereka.<sup>46</sup>

Pada umumnya orang yang memakai *ekstasy* memperoleh rasa gembira yang berlebihan dan tidak mengenal lelah, tetapi

efek samping yang diinginkan ini dapat berakibat fatal karena untuk dapat mempertahankan efek tersebut orang akan selalu menambah dosis dan tanpa disadari akan melampaui dosis (*over dosis*) dan dosis mencapai intoksikasi (keracunan),<sup>47</sup> yang ditandai dengan gejala-gejala rasa gembira yang berlebihan, energy berlebihan, kewaspadaan berlebihan, nafsu makan menurun, rasa cemas dan tegang, sukar tidur, mudah marah dan tersinggung, pusing, gerakan stereotipik, rasa curiga/paranoid, halusinasi, delusi, gangguan menilai realitas, gangguan identitas diri, gangguan alam pikiran. Pemakai dapat jatuh dalam keadaan koma dan bisa meninggal karenanya.<sup>48</sup>

Dari uraian singkat di atas, jelaslah bahwa untuk memperoleh rasa gembira dan energi yang berlebihan itu resikonya amat besar. Karena adanya toleransi tubuh sehingga ketergantungan dosis semakin meninggi hingga *over dosis* (OD) atau keracunan (*lethaldose*) yang dapat mengakibatkan kematian, suatu kematian yang sia-sia.

### c) Shabu-shabu

Shabu-shabu atau disebut juga dengan “*ice*” adalah julukan untuk *metamphitamine*,<sup>49</sup> karena wujudnya yang berbentuk kristal, tidak berbau dan tidak berwarna, justru itu disebut “*ice*”. Sama seperti heroin/*putaw* dan *amphetamin*, shabu-shabu umumnya digunakan dengan cara dihirup dengan alat yang khusus yang disebut dengan “*bong*”.<sup>50</sup> Pengguna shabu-shabu akan menjadi tergantung secara mental pada zat ini dan pemakaian yang lama dapat menyebabkan peradangan pada otot, hati atau bahkan kematian. Shabu-shabu atau *ice* dikenal juga dengan istilah

Kristal, Ubas, SS, Mecin, dan lain-lain.<sup>51</sup>

Bagi mereka yang mengkonsumsi shabu-shabu akan mengalami gejala psikologik, seperti:

- 1) berperilaku hiperaktif, tidak dapat diam, selalu bergerak,
- 2) rasa gembira (*elation*); yang bersangkutan mengalami suasana gembira yang berlebihan (*euforia*),
- 3) harga diri meningkat (*grandiosity*),
- 4) banyak bicara (ngelantur),
- 5) kewaspadaan meningkat (paranoid),
- 6) halusinasi penglihatan.<sup>52</sup>

Di samping gejala psikologik, mereka juga mengalami gejala fisik yang ditandai dengan:

- jantung berdebar-debar (*palpitasi*),
- pupil mata melebar (*dilatasi pupil*),
- tekanan darah naik (*hipertensi*),
- keringat berlebihan atau kedinginan,
- mual dan muntah.

Selanjutnya mereka bertingkah laku maladaptif, seperti perkelahian, gangguan daya nilai realitas, gangguan dalam fungsi sosial dan pekerjaan, serta mengalami gangguan delusi (waham).<sup>53</sup> Kemudian efek yang ditimbulkan oleh penggunaan shabu-shabu adalah menurunkan berat badan, impotensi, sawan yang parah, halusinasi, kerusakan hati dan ginjal, kerusakan jantung, stroke dan bahkan kematian.<sup>54</sup>

## **C. ALKOHOL DAN ZAT ADIKTIF LAINNYA**

### **1. Alkohol**

Nama kimia “*alkohol*” yang terdapat dalam minuman beralkohol adalah *etil alcohol* atau *etanol* yang sering juga disebut dengan *grain alcohol*, sebagai lawan dari *wood alcohol* yang sangat toksik, dan nama kimianya adalah *metil alcohol* atau *metanol*. *Etil alcohol* sendiri berupa cairan jernih, tidak berwarna dan rasanya pahit.<sup>55</sup>

Ada beberapa jenis minuman/makanan yang mengandung alkohol, antara lain brem, tuak, *saquer can ciu*. Sementara itu alkohol dapat diperoleh dari hasil fermentasi/peragian oleh mikro organism (sel ragi) dari gula, sari buah, biji-bijian, madu, umbi-umbian, maupun getah kaktus tertentu, dan lain-lain. Proses peragian akan menghasilkan minuman dengan kadar alkohol hingga 14%,<sup>56</sup> sedangkan proses penyulingan akan mempertinggi kadar alkohol, bahkan sampai mencapai 100%.<sup>57</sup>

Alkohol termasuk zat adiktif, artinya zat tersebut dapat menimbulkan adiksi (*addiction*) yaitu ketagihan dan ketergantungan (*dependency*). Pemakaian alkohol dapat menimbulkan Gangguan Mental Organik (GMO), yaitu gangguan dalam fungsi berpikir, perasaan dan perilaku. Hal ini disebabkan karena reaksi langsung alkohol pada sel-sel syaraf pusat (otak).<sup>58</sup>

Minuman keras (miras) adalah jenis minuman yang mengandung alkohol, tidak peduli berapa persen kadarnya. Majelis Ulama Indonesia (MUI) pada tahun 1976 telah mengeluarkan fatwa bahwa setetes alkohol saja dalam minuman, hukumnya adalah haram.<sup>59</sup> Adapun jenis minuman

keras (miras) dapat dibagi kepada 3 (tiga) golongan sebagai berikut:

- Golongan A : minuman keras yang berkadar etanol 1% - 5%, seperti Bir Bintang, Green Sand, dan lain-lain.
- Golongan B : minuman keras yang berkadar etanol 5% - 20%, seperti Anggur Malaga, dan lain-lain.
- Golongan C : minuman keras yang berkadar etanol 20% - 50%, seperti *Brandy*, *Whisky*, *Jenever*, dan lain-lain.<sup>60</sup>

Alkohol diserap tubuh melalui selaput lendir mulut, paru-paru (meski dalam jumlah kecil), dan saluran pencernaan, terutama di usus halus. Alkohol merupakan zat yang larut dalam air, sehingga jaringan yang banyak mengandung air akan semakin banyak mendapat bagian alkohol.

Pemakaian alkohol yang sama akan menyebabkan berkurangnya kemampuan hati untuk mengoksidasi lemak, sehingga menyebabkan pelemakan hati. Pemakaian alkohol dalam waktu lama akan menginduksi dan meningkatkan metabolisme obat-obatan, mengurangi timbunan vitamin A dalam hati, meningkatkan aktivitas zat-zat racun yang terdapat pada hati juga zat-zat yang dapat menimbulkan kanker, menghambat pembentukan protein dan menyebabkan gangguan fungsi hati.

Di dalam tubuh, alkohol juga berpengaruh pada pancreas, saluran cerna, otot, darah, kelenjar endokrin, jantung, sistem pernafasan, elektrolit tubuh, keseimbangan asam basa, dan susunan syaraf pusat. Karenanya, alkohol di dalam tubuh juga berpengaruh pada perilaku seksual, kecenderungan melakukan tindak kriminal, keselamatan berlalu lintas, kerentanan infeksi atau penyakit akibat kemunduran fungsi

organ tubuh tertentu, *hipertensi*/tekanan darah tinggi dan kanker.<sup>61</sup> Bagi wanita hamil, alkohol dapat mempengaruhi janin yakni anak cacat sejak lahir (*fetal alcoholic syndrom*).<sup>62</sup>

## 2. Zat Adiktif lain

Setelah menguraikan beberapa jenis Narkoba seperti Narkotika, Psikotropika dan Alkohol, sesungguhnya masih banyak jenis obat atau zat yang bisa menimbulkan ketagihan (adiksi) dan ketergantungan (*dependensi*) yang tidak tergolong pada 3 (tiga) kelompok di atas. Obat/zat yang masuk golongan ini adalah *Inhalansia* dan *Solven*, *Nikotin*, dan *Kafein*.<sup>63</sup>

Ketiga macam zat ini mempunyai bahaya yang sama dengan ketiga golongan lain yang tersebut di atas. Rokok dengan *nikotin*-nya dan minuman kopi dengan *kafein*-nya, sejak dulu sudah menjadi bahan atau zat yang dikonsumsi sehari-hari. Walaupun rokok dengan *nikotin*-nya merupakan zat penyebab stroke dan kanker, tetapi karena akibatnya terlihat atau terjadi setelah jangka lama, pemakaiannya jadi tidak terlalu menimbulkan rasa ketakutan bagi pemakainya. Lain halnya dengan Narkoba lainnya dan *inhalansia* yang lebih terlihat ganas.

### a. Inhalansia dan Solven

*Inhalansia* dan *Solven* merupakan senyawa organik yang berwujud gas dan zat pelarut yang mudah menguap. Penyalahgunaan *inhalansia* dan *solven*, terutama terdapat pada anak-anak berumur 9–14 tahun<sup>64</sup>, walaupun mereka yang lebih tua ada juga yang menyalahgunakannya. Anak-anak di bawah umur atau orang dari golongan ekonomi

lemah lebih sering menyalahgunakan zat ini, karena harganya terjangkau dan mudah diperoleh. Biasanya gas atau zat pelarut yang mudah menguap itu dimasukkan ke dalam kantong plastik, lalu dihirup untuk merasakan efeknya. Banyak juga yang menghirup pelarut tanpa bermaksud menyalahgunakannya. Hal ini, biasanya dikarenakan orang tersebut menyukai bau zat tertentu yang tergolong sebagai *inhalansia* atau *solven*, misalnya pelarut *pen corrector*, tanpa tahu bahaya kebiasaannya menghirup zat tersebut.<sup>65</sup>

Intoksifikasi akut dengan zat ini bisa berakibat fatal, sedangkan pada pemakaian kronis dapat merusak berbagai organ tubuh antara lain kerusakan pada sistem syaraf pusat (otak), paru-paru, kerusakan hati dan jantung, sumsum tulang, sakit di perut dan sakit saat mengeluarkan air seni, kram otot atau batuk-batuk, mudah berdarah dan memar, hilangnya daya ingat, dan tidak mampu berpikir.<sup>66</sup> Toleransi dan ketergantungan psikis jelas ada, sedangkan ketergantungan fisiknya tidak ada, karenanya penghentian penggunaan sebisa mungkin dilakukan seketika, bukannya secara bertahap.<sup>67</sup>

Mati mendadak akibat menghirup zat (*Sudden Sniffing Death-SSD*) biasanya disebabkan oleh gangguan pada irama denyut jantung dan kekejangan pada saluran pernafasan.<sup>68</sup> Kematian pada penyalahgunaan *inhalansia* atau *solven* dapat disebabkan oleh kelebihan dosis, sehingga terjadi hambatan pada pernafasan, mati lemas karena kantong plastik yang menutupi mulut dan hidung sedangkan pemakai berada dalam keadaan tidak sadar, sehingga kekurangan oksigen atau karena jalan nafas membeku akibat penguasaan yang terlalu cepat atau karena teracuni oleh bahan campuran. Kematian dapat juga disebabkan penyalahguna mengalami ilusi, halusinasi,

atau kemampuan persepsi yang salah, misalnya merasa dirinya bisa terbang. Sebagai akibatnya, ia akan mati karena terjun dari tempat tinggi.<sup>69</sup>

*Inhalansia* dan *solven* yang sering disalahgunakan sangat banyak ragamnya dan tergolong pada berbagai golongan zat kimia, sehingga sulit untuk mengadakan klasifikasi yang sempurna. Namun zat ini biasanya terdapat dalam barang-barang rumah tangga dan banyak digunakan antara lain adalah *Aica aiban*, pelarut cat, pelarut lem, karet, bensin, semir sepatu, *deodorant*, minyak korek api, *aceton*, *hairspray*, *insecticide*.<sup>70</sup>

Karena kegiatan/pemakaiannya biasanya dengan cara menghirup benda-benda sejenis “lem” inilah, maka di kalangan pecandu dikenal dengan sebutan “ngelem”.<sup>71</sup> Ngelem dapat menyebabkan mati mendadak bukan saja bagi pemula tapi juga bagi pemakai yang sudah berpengalaman. Jadi, penggunaan Narkoba dengan cara menghirup uap lem atau zat lain adalah murah tapi mematikan.<sup>72</sup>

#### b. Nikotin

Seseorang itu merokok mempunyai berbagai alasan. Ada yang beralasan sebagai penghilang kecemasan, jadi rokok berfungsi sebagai penenang. Sebagian orang merokok karena suka aromanya, sementara sebagian yang lain karena ingin menyesuaikan dan diterima dalam lingkungannya. Untuk beberapa orang, ritual yang dilakukan seperti mengetuk-ngetukkan pipa, menyulut rokok dengan korek api, memegang pipa, menghisap dan menghembuskan asap rokok memberikan rasa nyaman, terutama pada waktu stress.

Pada beberapa orang, berhenti merokok menimbulkan

ketakutan menjadi gemuk, sebab setelah berhenti merokok akan makan lebih banyak.

Intoksifikasi *nikotin* ditandai dengan gejala seperti mual, salivasi, sakit perut, muntah, diare, nyeri kepala, keringat dingin, tidak mampu memusatkan pikirannya, kesadaran berkabut, denyut nadi bertambah cepat dan lemah.<sup>73</sup>

Pada pemakaian yang lama dapat terjadi ketergantungan fisik. Gejala putus zat berupa denyut jantung bertambah cepat, tremor pada tangan, suhu kulit naik, ada dorongan yang kuat untuk merokok lagi, mudah marah, tekanan darah sedikit menurun, ada rasa kedutan pada otot, nyeri kepala, ansietas, dan perlambatan pada EEG.<sup>74</sup>

Selain itu menurut Tjandra Yoga Aditama, Ketua Umum Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, rokok mempunyai efek negatif pada kehamilan. Ibu hamil yang merokok bisa *abortus* (lahir mati), berat badan bayi kurang dari 40–400 gr, gangguan oksigenasi janin, gangguan *enzim* pernapasan janin, penguncupan pembuluh darah, gangguan metabolisme protein, gangguan sistem syaraf, dan gangguan tumbuh kembang.<sup>75</sup>

Merokok tembakau dapat merugikan kesehatan, karena terbukti menyebabkan kanker paru-paru, *emfisema* paru-paru, penyakit jantung koroner, *arteriosklerosis*, penyakit *vaskuler perifer*, dan *ambliopia*. Dari efek yang ditimbulkan akibat merokok ini, penelitian menunjukkan bahwa tembakau/rokok merupakan:

- 1) pintu pertama ke Narkoba,
- 2) pembunuh no. 3 setelah jantung koroner dan kanker,
- 3) satu batang rokok memperpendek umur 12 menit.<sup>76</sup>

Berdasarkan data Badan Kesehatan Dunia (WHO) 1998,

sebagaimana dikemukakan oleh Dr. Robert Kim-Farley utusan WHO di Indonesia, bahwa tiap tahun lebih dari 3,5 juta orang meninggal karena rokok, atau rata-rata 10.000 kematian/hari. Dari jumlah kematian sebanyak itu, 70% terjadi di negara berkembang.<sup>77</sup>

Selanjutnya dijelaskan bahwa bagi mereka yang tidak merokok pun (perokok pasif), akibat terkena asap rokok (dari perokok aktif), juga akan mengalami gangguan pada kesehatan dengan resiko yang sama. Oleh karena itu rokok/tembakau disebut pula sebagai “racun” yang menular. *Smoking as “the public health enemy number one”* demikian dikemukakan oleh Joseph Califano *Secretary of Health, Education, and Welfare* (HEW).<sup>78</sup> Menurut sumber lain, *Health Department of Western Australia* menyatakan bahwa secara medis merokok sangat membahayakan kesehatan karena pada waktu merokok, perokok menghisap kurang lebih 4000 bahan kimia termasuk racun-racun yang merusak organ tubuh.<sup>79</sup> Namun karena pengaruh rokok ini melewati tenggang waktu yang lama, sebagian orang kurang menghiraukannya.

### c. Kafein

*Kafein* terdapat di dalam serbuk kopi yang biasanya diminum untuk menyegarkan badan dan menghilangkan rasa mengantuk, juga dipakai di dalam pembuatan obat guna perangsang yang banyak ditemui dalam obat generik. Kafein dengan dosis kecil dapat digunakan untuk menolong orang yang sedang mengalami kelemahan badan yang disebabkan oleh tekanan darah rendah atau kelemahan jantung. Namun demikian, *kafein* mempunyai efek samping, antara lain menimbulkan rasa tegang, susah tidur, mudah marah dan sakit kepala.<sup>80</sup>

Selain di dalam kopi, *kafein* terdapat juga di dalam daun teh, kakao/coklat, minuman kola, dan berbagai obat bebas tertentu.<sup>81</sup>

Efek dari penggunaan *kafein* selain tersebut di atas, juga meningkatkan tekanan darah, mempunyai sifat *diuretik*, melebarkan *bronkhus*, iritasi pada lambung sehingga produksi getah lambung meningkat, meningkatkan kerja otot dan *basal metabolisme rate*. Pada janin, kopi mempunyai efek *tetratogenik*, menyebabkan cacat seperti *cleave-palatum*, kelainan jantung, atau jumlah jari tangan atau kaki tidak lengkap.<sup>82</sup>

Demikian uraian tentang jenis-jenis Narkoba dan akibat-akibat yang ditimbulkannya. Narkotika dibagi ke dalam 3 (tiga) golongan: Narkotika golongan I, Narkotika golongan II dan Narkotika golongan III. Jenis-jenis Narkotika yang paling banyak dan sering disalahgunakan oleh remaja adalah ganja, opium (candu), morfin, heroin/*putaw* dan kokain. Efek samping akibat penyalahgunaan Narkotika ini adalah berupa gangguan mental dan perilaku. Bila pemakaiannya dihentikan, maka akan timbul gejala putus obat (*withdrawal symptoms*), dan apabila pemakaian melebihi dosis (*over dosis*) akan berakibat sangat fatal, bahkan kematian.

Psikotropika dikelompokkan ke dalam 4 (empat) golongan, yaitu Psikotropika golongan I, golongan II, golongan III dan golongan IV. Jenis Psikotropika yang biasa disalahgunakan antara lain *Amphetamin*, *Ecstasy*, dan *shabu-shabu*. Penyalahgunaan psikotropika menyebabkan ketergantungan, sedangkan sasaran dari zat ini adalah syaraf pusat (otak), sehingga penyalahgunaan obat jenis Psikotropika ini akan mengalami kelainan tingkah laku dan cara berpikir.

Penggunaan yang lama dapat membuat otak rusak atau mengerut, dan bila *over dosis* berakibat kematian. Sedangkan alkohol dibagi kepada 3 (tiga) golongan yaitu golongan A, golongan B, dan golongan C. Alkohol (minuman keras) termasuk zat adiktif, karena menimbulkan ketagihan dan ketergantungan. Pemakaiannya dapat menimbulkan Gangguan Mental Organik (GMO) karena reaksi alkohol langsung pada sel-sel syaraf pusat (otak). Demikian juga dengan zat adiktif lainnya, baik *Inhalansia* dan *Solven*, *Nikotin* maupun *Kafein*. *Inhalansia* dan *Solven* berakibat menekan susunan syaraf otak, terjadi toleransi dan menyebabkan ketergantungan psikis; *nikotin* dalam tembakau/rokok menyebabkan *stroke*, jantung koroner dan kanker paru; sedangkan *kafein* dalam kopi, coklat dan teh meningkatkan tekanan darah, merangsang otot jantung dan tergolong stimulansia.

**Catatan:**

<sup>1</sup> Mudji Waluyo, Komisariss Besar Polisi, *Penanggulangan Penyalahgunaan Bahaya Narkoba*, Jakarta: Dit Bimmas Polri, 2001, h. 3.

<sup>2</sup> Mudji Waluyo, *Penanggulangan*, *Op.cit.*, h. 51.

<sup>3</sup> Departemen Pendidikan dan Kebudayaan, *Kamus Besar Bahasa Indonesia*, Edisi Kedua, Jakarta: Balai Pustaka, Cet. 4, 1995, h. 683.

<sup>4</sup> Departemen Penerangan RI, *Buku Himpunan Peraturan Perundang-undangan Narkotika dan Psikotropika*, Jakarta: Ditjenpenum, edisi 1998/1999, h. 157.

<sup>5</sup> Satya Joewana, *Gangguan Penggunaan Zat Narkotika, Alkohol dan Zat Adiktif Lain*, Jakarta: Gramedia, 1989, h. 27.

<sup>6</sup> Andi Hamzah, dan RM Surahman, *Kejahatan Narkotika dan Psikotropika*, Jakarta: Sinar Grafika, 1994, h. 19.

<sup>7</sup> Andi Hamzah, dan RM Surahman, *Kejahatan Narkotika dan Psikotropika*, *Ibid.*, h. 20.

<sup>8</sup> Dwi Yanny L, *Narkoba Pencegahan dan Penanganannya*, Jakarta: Elek Media Komputindo, 2001, h. 6.

<sup>9</sup> Satya Joewana, *Gangguan Penggunaan Zat Narkotika*, *Op.cit.*, h. 28.

<sup>10</sup> Dadang Hawari, *Penyalahgunaan & Ketergantungan NAZA*, Jakarta: FKUI, h. 38–40. Lihat juga Satya Joewana, “Farmakologi Zat Adiktif”, dalam *Buku Panduan Penyuluhan Kesehatan Jiwa mengenai Penyalahgunaan Narkotika, Alkohol dan Zat Adiktif Lain*, Jakarta: Deppen RI, 1985/1986, h. 69–70.

<sup>11</sup> Dwi Yanny L, *Narkoba Pencegahan dan Penanganannya*, *Op.cit.*, h. 7–8.

<sup>12</sup> Dadang Hawari, *Penyalahgunaan*, *Op.cit.*, h. 40–41; Lihat juga Dadang Hawari, “Ganja Pencetus Gangguan Jiwa”, *Republika*, 31 Agustus 1996.

<sup>13</sup> Dadang Hawari, *Penyalahgunaan*, *Op.cit.*, h. 41

<sup>14</sup> Dadang Hawari, *Konsep Islam Memerangi AIDS & NAZA*, Yogyakarta: Dana Bhakti Prima Yasa, 1996, h. 142.

<sup>15</sup> David F. Wrench & Chris Wrench, *Psychology a Social Approach*,

New York: McGraw-Hill Book Company, Inc., Second Edition, 1973, h. 246–247.

<sup>16</sup> Andi Hamzah, dan RM Surahman, *Kejahatan Narkotika dan Psikotropika, Op.cit.*, h. 16.

<sup>17</sup> Satya Joewana, *Gangguan Penggunaan Zat Narkotika, Op.cit.*, h. 23.

<sup>18</sup> Masruhi Sudiro, *Islam Melawan Narkoba*, Yogyakarta: Madani Pustaka Indah, 2000, h. 16.

<sup>19</sup> Rachman Hermawan S., *Penyalahgunaan Narkotika oleh Para Remaja*, Bandung: Eresco, 1992, h. 9–10.

<sup>20</sup> Dwi Yanny L, *Narkoba Pencegahan dan Penanganannya, Op.cit.*, h. 9.

<sup>21</sup> Masruhi Sudiro, *Islam Melawan Narkoba, Op.cit.*, h. 19.

<sup>22</sup> Rachman Hermawan S., *Penyalahgunaan Narkotika oleh Para Remaja, Op.cit.*, h. 14.

<sup>23</sup> Masruhi Sudiro, *Islam Melawan Narkoba, Op.cit.*, h. 20–21.

<sup>24</sup> Dwi Yanny L, *Narkoba, Op.cit.*, h. 9–10. Bandingkan juga dengan Dadang Hawari, *Penyalahgunaan, Op.cit.*, h. 42–46.

<sup>25</sup> Dadang Hawari, *Penyalahgunaan, Op.cit.*, h. 43–47.

<sup>26</sup> Dwi Yanny L, *Narkoba, Op.cit.*, h. 10.

<sup>27</sup> Yayasan Cinta Anak Bangsa, *Panduan bagi Orangtua untuk Mengatasi Masalah Narkoba*, Jakarta: YCAB, 2001, h. 6.

<sup>28</sup> Dwi Yanny L., *Narkoba, Op.cit.*, h. 10–11. Lihat juga Dadang Hawari, *Konsep Islam, Op.cit.*, h. 148.

<sup>29</sup> Dadang Hawari, *Konsep Islam, Op.cit.*, h. 150; lihat juga Dadang Hawari, “Menggapai Putaw, bila Sakaw Datang”, *Harian Pelita*, 17 Juni 1996.

<sup>30</sup> Dadang Hawari, *Konsep Islam, Op.cit.*, h. 151.

<sup>31</sup> Herbert J. Cross & Randall R. Kleinhesselink, “Psychological Perspectives on Drugs and Youth”, dalam James F Adams, *Understanding Adolescence: Current Developments in Adolescent Psychology*, Massachusetts, Allyn and Bacon, 1980, h. 382.

<sup>32</sup> Andi Hamzah, dan RM Surahman, *Kejahatan Narkotika dan Psikotropika, Op.cit.*, h. 18.

<sup>33</sup> BA Sitanggang, *Pendidikan Pencegahan Penyalahgunaan Narkotika*,

Jakarta: Karya Utama, Cet. II, 1981, h. 67.

<sup>34</sup> Masruhi Sudiro, *Islam Melawan Narkoba*, *Op.cit.*, h. 23.

<sup>35</sup> Dadang Hawari, *Konsep Islam*, *Op.cit.*, h. 158.

<sup>36</sup> Dwi Yanny L., *Narkoba*, *Op.cit.*, h. 13. Lihat juga Herbert J. Cross, “Psychological...”, dalam *Understanding Adolescence*, *Op.cit.*, h. 382.

<sup>37</sup> Dadang Hawari, *Konsep Islam*, *Op.cit.*, h. 161. Lihat juga Satya Joewana, *Gangguan Penggunaan Zat Narkotika*, *Op.cit.*, h. 70.

<sup>38</sup> Mengenai halusinasi dan delusi (waham) lihat Sarlito Wirawan Sarwono, *Psikologi Remaja*, Jakarta: RajaGrafindo Persada, cet. 6, 2001, h. 215–216.

<sup>39</sup> Mudji Waluyo, *Penanggulangan Penyalahgunaan Bahaya Narkoba*, *Op.cit.*, h. 52.

<sup>40</sup> Deppen RI, *Buku Himpunan Peraturan*, *Op.cit.*, h. 100.

<sup>41</sup> Dwi Yanny L., *Narkoba*, *Op.cit.*, h. 15.

<sup>42</sup> Dwi Yanny L., *Narkoba*, *Ibid.*, h. 16. Juga Satya Joewana, *Gangguan Penggunaan Zat Narkotika*, *Op.cit.*, h. 74.

<sup>43</sup> Satya Joewana, *Gangguan Penggunaan Zat Narkotika*, *Ibid.*, h. 74.

<sup>44</sup> Satya Joewana, *Gangguan Penggunaan Zat Narkotika*, *Ibid.*, h. 74; Herbert J. Cross, “Psychological...”, dalam *Understanding Adolescence*, *Op.cit.*, h. 383–384 .

<sup>45</sup> Dadang Hawari, *Konsep Islam*, *Op.cit.*, h. 153. Lihat juga Dadang Hawari, “Ecstasy, Sang Perusak Syaraf”, *Republika*, 18 April 1996.

<sup>46</sup> Dwi Yanny L., *Narkoba*, *Op.cit.*, h. 16–17.

<sup>47</sup> Dadang Hawari, *Konsep Islam*, *Op.cit.*, h. 155.

<sup>48</sup> Dadang Hawari, *Konsep Islam*, *Op.cit.*, h. 156.

<sup>49</sup> Yayasan Cinta Anak Bangsa, *Panduan bagi Orangtua*, *Op.cit.*, h. 8.

<sup>50</sup> Dadang Hawari, *Penyalahgunaan*, *Op.cit.*, h. 55.

<sup>51</sup> YCAB, *Panduan bagi Orangtua*, *Op.cit.*, h. 8.

<sup>52</sup> Dadang Hawari, *Penyalahgunaan*, *Op.cit.*, h. 56–57. Halusinasi penglihatan adalah persepsi yang tak sesuai dengan kenyataan, misalnya melihat gundukan tanah sebagai harimau; Selengkapnya baca Sarlito

Wirawan Sarwono, *Psikologi Remaja*, *Op.cit.*, 2001, h. 216.

<sup>53</sup> Dadang Hawari, *Penyalahgunaan*, *Ibid.*, h. 56–57. Lihat juga Zakiah Daradjat, *Kesehatan Mental*, Jakarta: Haji Masagung, 1990, h. 59.

<sup>54</sup> YCAB, *Panduan bagi Orangtua*, *Op.cit.*, h. 8.

<sup>55</sup> Dwi Yanny L., *Narkoba*, *Op.cit.*, h. 13.

<sup>56</sup> Satya Joewana, *Gangguan Penggunaan Zat Narkotika*, *Op.cit.*, h. 70.

<sup>57</sup> Dwi Yanny L., *Narkoba*, *Op.cit.*, h. 14.

<sup>58</sup> Dadang Hawari, *Konsep Islam*, *Op.cit.*, h. 135–136. Juga Satya Joewana, *Gangguan Penggunaan Zat Narkotika*, *Op.cit.*, h. 71.

<sup>59</sup> MUI, *Himpunan Fatwa Majelis Ulama Indonesia*, Jakarta: MUI, 1997; Dadang Hawari, *Penyalahgunaan*, *Op.cit.*, h. 51; lihat juga Dadang Hawari, “Miras, Pemicu Perilaku Keras”, *Republika*, 10 Oktober 1996, h. 1.

<sup>60</sup> Mudji Waluyo, *Penanggulangan Penyalahgunaan Bahaya Narkoba*, *Op.cit.*, h. 6.

<sup>61</sup> Dwi Yanny L., *Narkoba*, *Op.cit.*, h. 14. Juga Satya Joewana, *Gangguan Penggunaan Zat Narkotika*, *Op.cit.*, h. 71.

<sup>62</sup> Satya Joewana, *Gangguan Penggunaan Zat Narkotika*, *Ibid.*, h. 71.

<sup>63</sup> Satya Joewana, *Gangguan*, *Ibid.*, h. 23.

<sup>64</sup> Satya Joewana, *Gangguan*, *Ibid.*, h. 73.

<sup>65</sup> Dwi Yanny L., *Narkoba*, *Op.cit.*, h. 24.

<sup>66</sup> YCAB, *Panduan bagi Orangtua*, *Op.cit.*, h. 9.

<sup>67</sup> Satya Joewana, *Gangguan*, *Ibid.*, h. 73.

<sup>68</sup> Herbert J. Cross, “Psychological...”, dalam *Understanding Adolescence*, *Op.cit.*, h. 378. Juga YCAB, *Panduan bagi Orangtua*, *Op.cit.*, h. 9.

<sup>69</sup> Dwi Yanny L., *Narkoba*, *Op.cit.*, h. 25.

<sup>70</sup> Satya Joewana, *Gangguan*, *Ibid.*, h. 73.

<sup>71</sup> YCAB, *Panduan bagi Orangtua*, *Op.cit.*, h. 9.

<sup>72</sup> YCAB, *Narkoba Dicoba Sekali Membelenggu Seumur Hidup*, Jakarta: YCAB, 2001, h. 6.

<sup>73</sup> Dwi Yanny L., *Narkoba*, *Op.cit.*, h. 26.

<sup>74</sup> Dwi Yanny L., *Narkoba*, *Ibid.*; lihat juga Satya Joewana, *Gangguan*, *Ibid.*, h. 76–77.

<sup>75</sup> Nri, “Isap 9 Rokok, Resiko Kanker 4,6 Kali Lipat”, *Republika*, 17 Mei 2002, h. 19.

<sup>76</sup> Dadang Hawari, *Penyalahgunaan*, *Op.cit.*, h. 64.

<sup>77</sup> S.S., “10.000 Orang Perhari Mati karena Merokok”, *Republika*, 28 Mei 1999, h. 4.

<sup>78</sup> Herbert J. Cross, “Psychological...”, dalam *Understanding Adolescence*, *Op.cit.*, h. 377.

<sup>79</sup> YCAB, *Narkoba*, *Op.cit.*, h. 5.

<sup>80</sup> Satya Joewana, *Gangguan*, *Op.cit.*, h. 76. Lihat juga Herbert J. Cross, “Psychological...”, dalam *Understanding Adolescence*, *Op.cit.*, h. 382.

<sup>81</sup> Dwi Yanny L., *Narkoba*, *Op.cit.*, h. 26. Juga Herbert J. Cross, “Psychological...”, *Ibid.*, h. 377.

<sup>82</sup> Dwi Yanny L., *Narkoba*, *Ibid.*

# **BAB IV**

## **PERAN AGAMA DALAM TERAPI DAN REHABILITASI KORBAN NARKOBA DI PONDOK PESANTREN MODERN DARUL ICHSAN**

### **A. PERAN AGAMA DALAM TERAPI**

Sebelum menguraikan Peran Agama dalam Terapi, khususnya di Pondok Pesantren Modern Darul Ichsan, terlebih dahulu dijelaskan tentang beberapa macam sistem Terapi yang digunakan dalam proses detoksifikasi pasien penyalahguna/ ketergantungan Narkoba.

Detoksifikasi adalah usaha untuk menghilangkan toksin atau meniadakan efek toksin dari dalam tubuh pasien. Toksin (racun) dalam medis berarti zat adiktif yang menimbulkan akibat negatif, merugikan dan membahayakan fisik/tubuh. Dalam proses dikeluarkannya zat adiktif (Narkoba) tersebut, maka akan terjadi reaksi dari tubuh pasien atau pecandu Narkoba, yaitu mengalami sakit yang amat sangat yang dikenal dengan *sakaw*. Hal inilah yang sering menjadi penghambat sekaligus menghantui para penyalahguna Narkoba yang ingin berhenti sebagai pecandu Narkoba.

Teknik mengeluarkan zat-zat Narkoba dari dalam tubuh pasien tersebut ada yang menggunakan obat dan ada juga yang tidak menggunakan obat, demikian juga dalam hal mengatasi *sakaw*, sebagian sistem Terapi ada yang menggunakan obat dan sebagian sistem Terapi yang lain sama sekali tidak menggunakan obat.

Dari berbagai sistem Terapi (detoksifikasi) yang ada dan diterapkan saat ini di Indonesia pada garis besarnya terintegrasi kepada 5 (lima) sistem, yaitu sistem *Cold Turkey*, sistem *Hydro Therapy*, sistem *Substitution*, sistem *Rapid Detoxification* dan sistem *Abstinencia Totalis*,<sup>1</sup> sebagaimana diuraikan berikut ini.

### **1. *Cold Turkey*;**

*Cold Turkey* adalah sistem Terapi konvensional dimana bila seorang pasien penyalahguna Narkoba yang didetoksifikasi mengalami *sakaw*, pasien dibiarkan begitu saja tanpa obat, namun tetap diawasi, didampingi, diajak bicara, dibujuk dan dirayu serta diberi tugas kegiatan yang dapat mengalihkan perhatiannya terhadap keadaan yang menimpanya, sehingga dalam melewati *sakaw* dilalui dengan tidak merasa sakit. Sistem Terapi yang demikian diterapkan antara lain pada Pusat Rehabilitasi Pamardi Siwi (milik Polri) Jakarta, yang berdiri sejak tahun 1975; Instalasi Pemulihan Ketergantungan NAPZA Rumah Sakit Marzuki Mahdi Bogor, yang beroperasi sejak tahun 1999; Yayasan Wijaya Kusuma Sport Campus (WKSC) Bogor, yang mulai sejak tahun 2000; dan Pamardi Putra Husnul Khotimah Tangerang (milik Departemen Sosial), yang mulai beroperasi sejak tahun 1974.

## **2. *Hydro Therapy*;**

*Hydro Therapy* adalah suatu sistem Terapi dimana pasien yang menjalani terapi (detoksifikasi) berlalu tanpa menggunakan obat-obatan, akan tetapi bila pasien *sakaw* dimandikan atau direndam ke dalam air. Kemudian pasien disuruh melaksanakan sholat, mulai dari sholat wajib dan berbagai sholat sunat, berdzikir baik *dzikir jahar* maupun *dzikir khofi* atau mengamalkan beberapa wirid yang sudah ditentukan. Apabila setelah menjalani detoksifikasi pasien tidak mau diam atau malah mengamuk, maka dengan keadaan terpaksa pasien akan diborgol. Sistem ini diterapkan di Pondok Pesantren Inabah Suryalaya Tasikmalaya, yang telah melaksanakan Rehabilitasi Korban Narkoba sejak tahun 1971.

## **3. *Substitution*;**

Terapi *Substitution* ini adalah suatu cara dimana saat pasien menjalani detoksifikasi kemudian mengalami *sakaw*, maka pasien diberikan obat atau zat yang terdiri dari jenis Narkoba atau turunannya. Hal ini dilakukan secara bertahap dimana dosisnya dikurangi atau diturunkan, misalnya pada hari pertama diberikan 60 cc, pada hari berikutnya diberikan 50 cc, demikian seterusnya makin berkurang sampai pada akhirnya pasien tidak diberikan lg obat berupa Narkotika atau turunannya. Sistem ini diterapkan di Rumah Sakit Ketergantungan Obat (RSKO) Fatmawati Jakarta Selatan.

## **4. *Rapid Detoxification*;**

Melalui sistem ini pasien (khususnya pecandu Narkoba jenis Opiat) yang menjalani detoksifikasi dilakukan dengan pembiusan, yang bertujuan untuk mengeluarkan racun

Narkoba yang ada dalam tubuhnya. Hanya dalam jangka waktu 6 (enam) jam pelaksanaan detoksifikasi telah berakhir, karena dalam sistem Terapi ini selain pasien dibius sekaligus juga racun Narkobanya dipaksa keluar dengan menggunakan zat pelawan heroin dan diberikan obat *Naltrexone* atau *Naloxone*.<sup>2</sup> Obat tersebut (dengan dosis 50 mg) harus dimakan 1 (satu) tablet setiap harinya selama 6 (enam) bulan untuk memperoleh kesembuhan. Dengan Sistem Terapi model DOCA (Detoksifikasi Opiat Cepat dengan bantuan Anestesia) ini, pasien tidak ada merasa sakit atau *sakaw* selama detoksifikasi, namun yang menjadi kendala atau masalah adalah biaya yang dibutuhkan tergolong mahal, yaitu mencapai Rp 11.000.000,-<sup>3</sup> *Rapid Detoxification* ini dipraktikkan di Rumah Sakit Mitra Keluarga Jatinegara Jakarta, yang berdiri sejak tahun 1999.

### **5. *Abstinencia Totalis*;**

*Abstinencia Totalis* adalah suatu sistem Terapi (detoksifikasi), dimana pada saat pasien mengalami putus zat atau *sakaw* diberi obat-obatan penawar yang bukan jenis Narkoba atau turunannya dan bukan pula obat substitusi, dengan demikian pasien dapat menjalankan detoksifikasi tanpa merasa kesakitan. Dengan terapi ini pasien lebih banyak ditidurkan. Setelah hari kelima, dimana pasien telah mencapai kesadaran penuh maka diberikan tuntunan sholat, do'a dan dzikir oleh seorang Ustadz/Kyai. Sistem Terapi model blok total ini dipraktikkan di Pusat Rehabilitasi Korban Narkoba Pondok Pesantren Modern Darul Ihsan Bogor yang berdiri sejak tahun 1998, dan juga diterapkan di Rumah Sakit Agung, Rumah Sakit Indah Medika, Rumah Sakit Mitra Menteng Abadi dan Rumah Sakit MH.Thamrin yang kesemuanya berlokasi di Jakarta.

Dari 5 (lima) sistem Terapi yang disebutkan di atas dapat dibedakan kepada 2 (dua) penggolongan, masing-masing: Terapi yang menggunakan aspek religi (pengamalan agama Islam) seperti sistem *Hydro Therapy* dan sistem Terapi *Abstinencia Totalis*; dan Terapi yang tidak menggunakan aspek religi (pengamalan agama), seperti sistem Terapi *Cold Turkey*, sistem Terapi *Substitution* dan Sistem Terapi *Rapid Detoxification*.

Berikut akan diuraikan sistem Terapi yang diterapkan di Pondok Pesantren Modern Darul Ichsan (PPM DI) Bogor, yakni sistem Terapi yang menggunakan aspek religi, mengadopsi metode Prof. Dadang Hawari yang dikenal dengan prinsip “berobat dan bertobat”. Berobat, artinya membersihkan Narkoba dari tubuh pasien; sedangkan bertobat, artinya pasien (santri) memohon ampun kepada Allah SWT, berjanji untuk tidak mengulanginya dan memohon kekuatan iman agar tidak lagi tergoda untuk mengkonsumsi Narkoba. Menurut Dadang Hawari, tobat saja terhadap Narkoba tidak bisa menyembuhkan pecandu secara total; demikian pula berobat saja, berapapun biayanya bila tidak disertai dengan tobat, mengkaji dan mendalami Islam, maka dipastikan juga akan gagal.<sup>4</sup>

Mengapa harus bertobat? Karena dari sudut agama maupun Undang-undang (negara), Narkoba haram hukumnya, artinya bila Narkoba dikonsumsi akan berdosa dan dapat ditangkap polisi karena melakukan pelanggaran Undang-undang.<sup>5</sup>

Untuk itu selain Terapi medis, maka shalat, do’a dan dzikir, merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari sistem Terapi yang diterapkan di PPM Darul Ichsan. Hal ini sesuai dengan maksud firman Allah SWT dalam surat Al-Baqarah

ayat 186, sebagai berikut:

... أَجِبْ دَعْوَةَ الدَّاعِ إِذَا دَعَانِ لَا ... البقرة: ١٨٦

Artinya: “Aku mengabulkan permohonan orang yang mendo’a, apabila mereka mendo’a kepada-Ku”.

Dan lebih tegas lagi sebagaimana firman Allah SWT dalam surat Asy-Syu’ara, ayat 80, yang berbunyi sebagai berikut:

وَإِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِينِ . . . البقرة: ٨٠

Artinya: “Dan apabila aku sakit, Dialah yang menyembuhkan”.

Dari penjelasan kedua firman Allah tersebut di atas, dapat dipahami bahwa setelah kita berusaha memohonkan kesembuhan dari Allah SWT melalui usaha pengobatan dari tabib atau dokter, maka pada hakikatnya yang menyembuhkan penyakit tersebut adalah Allah SWT. Dengan perkataan lain: “Dokter yang mengobati, tetapi Allah yang menyembuhkan”. Hal ini juga sesuai dengan maksud hadits yang diriwayatkan oleh Muslim dan Ahmad (dari Jabir bin Abdullah), Nabi Muhammad SAW bersabda:

بِكُلِّ دَاءٍ دَوَاءٌ فَإِذَا أُصِيبَ دَوَاءُ الدَّاءِ بَرَأَ بِإِذْنِ اللَّهِ عَزَّ وَجَلَّ .

Artinya: “Setiap penyakit ada obatnya, jika obat itu tepat mengenai sasarannya, maka dengan izin Allah, penyakit itu akan sembuh” (HR. Muslim dan Ahmad)

Banyak orang karena ketidaktahuannya, mengira bahwa

untuk menghilangkan kecanduan pada seorang penyalahguna Narkoba, cukup hanya dengan mendetoksifikasi, mengeluarkan racun dari tubuh si korban. Oleh karena itu tidak heran apabila ada orang tua yang mendetoksifikasi anaknya sampai lima atau delapan kali,<sup>6</sup> bahkan menurut penuturan Juliani Dahlan, pasien di RSKO Fatmawati ada yang sampai empatbelas kali didetoksifikasi.<sup>7</sup> Mereka tidak mengetahui bahwa detoksifikasi hanyalah tahap awal dari program jangka panjang dalam membebaskan seseorang dari pengaruh zat adiktif.

Sebenarnya terapi detoksifikasi hanya menghilangkan ketergantungan fisik, namun dalam hal zat adiktif, ketergantungan psikis jauh lebih berat dan memerlukan penanganan yang jauh lebih serius. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa usaha pengobatan yang hanya mencukupkan pada detoksifikasi menghasilkan angka kekambuhan yang tinggi. Direktur Rumah Sakit Ketergantungan Obat (RSKO) Fatmawati Jakarta, Sudirman menuturkan bahwa pasien yang kembali datang berobat ke RSKO antara 50–60%.<sup>8</sup> Ini artinya bahwa kekambuhan, *relapse* sangat tinggi, karena yang menjalani pengobatan baru fisiknya saja belum menjangkau psikis pasien. Kemudian kekambuhan yang disebutkan di RSKO di atas juga masih relatif sekali, mengingat pasien yang kambuh tadi boleh jadi dia berobat ke tempat lain.

Oleh karena itu setiap pecandu Narkoba yang berkeinginan sembuh dari ketergantungannya secara menyeluruh, pertama sekali harus melalui Terapi awal (detoksifikasi), kemudian dilanjutkan dengan pemulihan psikis, sosial dan spiritualnya (Rehabilitasi) yang dilaksanakan secara terpadu,

seperti yang diterapkan di Pusat Rehabilitasi PPM Darul Ihsan maupun pusat Rehabilitasi yang lain.

Untuk menjalani Terapi awal (detoksifikasi) di PPM Darul Ihsan, pasien penyalahguna Narkoba harus dirawat selama 3 (tiga) minggu. Minggu I sebaiknya dilakukan di rumah sakit untuk menjalani Terapi detoksifikasi, minggu II dan minggu III dilanjutkan berobat jalan untuk pemantapan (pasca detoksifikasi) di Wisma Darul Ihsan atau di PPM Darul Ihsan, dan untuk selanjutnya pasien mengikuti program Rehabilitasi selama 3–6 bulan.<sup>9</sup> (Diagram mekanisme Terapi dan Rehabilitasi PPM Darul Ihsan dapat dilihat pada Lampiran 16).

Sebagaimana telah dikemukakan di atas bahwa Terapi yang digunakan adalah *Abstinencia Totalis* atau blok total, artinya pasien tidak boleh lagi menggunakan Narkoba; dan untuk menghilangkan gejala putus zat (*withdrawal symptoms/sakaw*) digunakan obat-obatan penawar, bukan pengganti. Untuk itu, Terapi medis yang diberikan adalah sebagai berikut:

- a. psikofarmaka jenis *major tranquilizers* (obat penenang) yang sifatnya non-adiktif (tidak menimbulkan ketagihan); obat-obat yang mengandung Narkoba dan turunannya tidak diberikan;
- b. diberikan obat *anti depressant* yang sifatnya non adiktif;
- c. diberikan obat *analgetika* (anti nyeri) yang sifatnya non-adiktif dan tidak mengandung unsur opiat atau turunannya;
- d. diberikan terapi somatik, yaitu obat-obatan bila ditemukan kelainan fisik atau komplikasi (terutama kelainan paru-paru dan lever);

- e. diberikan makanan/minuman bergizi serta vitamin;
- f. tidak boleh merokok.<sup>10</sup>

Terapi (detoksifikasi) dengan sistem blok total ini adalah bentuk Terapi untuk menghilangkan racun (toksin) Narkoba dari tubuh pasien penyalahguna/ketergantungan Narkoba, yang tidak hanya berlaku untuk Narkoba jenis *heroin/putaw* saja, melainkan juga berlaku untuk jenis-jenis Narkoba lainnya; misalnya *cannabis* (ganja), kokain, alkohol (minuman keras), *amphetamin* (ekstacy, shabu-shabu) dan zat adiktif lainnya.

Dalam Terapi ini, digunakan jenis obat-obatan yang tergolong *major tranquilizer*<sup>11</sup> yang ditujukan terhadap gangguan sistem *neuro-transmitter* susunan syaraf pusat (otak). Pemikiran rasional penggunaan obat golongan *major tranquilizer* ini adalah bahwa gangguan sistem *neuro-transmitter* susunan syaraf pusat tadi, mengakibatkan gangguan mental dan perilaku yang dikategorikan dalam gangguan mental organik, yang ditandai dengan gejala-gejala gangguan jiwa (psikosis organik). Kategori psikosis ini dapat dilihat dengan adanya gangguan pada daya nilai realitas (*reality testing ability*) yang buruk, dan pemahaman diri (*insight*) yang buruk pula pada pasien penyalahguna/ketergantungan Narkoba.<sup>12</sup> Gangguan jiwa (psikosis) ada 2 (dua) macam, yaitu psikosis organik dan psikosis fungsional. Psikosis organik adalah dimana gangguan jiwa itu terjadi disebabkan adanya kelainan organik (susunan syaraf pusat/otak), misalnya gangguan yang disebabkan oleh Narkoba. Sedangkan psikosis fungsional, dimana gangguan jiwa itu terjadi disebabkan oleh *stressor psikosial*.<sup>13</sup> Kedua bentuk gangguan jiwa tersebut sama pengaruhnya yaitu terganggunya sistem *neuro-*

*transmitter* pada susunan syaraf pusat (otak) yang berakibat pada gangguan fungsi kognitif (alam pikir), afektif (alam perasaan) dan psikomotor (perilaku). Oleh karena itu penggunaan obat jenis *major tranquilizer* diberikan tidak hanya pada gangguan psikosis fungsionalnya saja, tapi juga dapat diberikan pada gangguan jiwa psikosis organik seperti penyalahguna Narkoba.<sup>14</sup>

Pada proses detoksifikasi ini juga diberikan obat anti depresi yang tidak menimbulkan adiksi (ketagihan) dan dependensi (ketergantungan). Alasan rasional diberikannya obat anti depresi ini adalah karena penyalahguna/ketergantungan Narkoba akan mengalami depresi dan kecemasan serta kehilangan rasa *euforia* manakala Narkoba dibersihkan dari tubuhnya. Pemberian obat-obatan jenis *major tranquilizer* dan anti depresi itu sendiri sudah dapat mengatasi kecemasan dan tekanan bagi orang-orang yang mengalami masalah emosi agak berat. Selain memperkecil kecemasan, *major tranquilizer* juga dapat membantu pasien untuk tidur lebih baik.<sup>15</sup> Obat-obatan anti cemas yang bersifat adiktif (sedative/hipnotika) seperti kelompok *benzodiazepine* tidak diberikan kepada penyalahguna Narkoba, karena pada penyalahguna Narkoba yang terjadi adalah proses ‘gangguan mental adiktif’. Oleh karenanya semua jenis zat yang bersifat adiktif tidak diberikan dalam proses terapi ini, khususnya bagi pecandu Narkoba. Sedangkan pada orang lain (bukan penyalahguna Narkoba), hal ini tidak menjadi permasalahan (boleh diberikan).<sup>16</sup>

Selain daripada itu diberikan juga analgetika non opiat, yaitu obat jenis anti nyeri (*pain killer*) yang potensi dan efektivitasnya setara dengan opiat tetapi tidak mengandung

opiat dan turunannya serta tidak menimbulkan adiksi dan dependensi. Pada penyalahguna/ketergantungan Narkoba tidak diberikan obat-obatan yang mengandung turunan opiat karena meskipun obat turunan opiat ini pada orang lain (bukan penyalahguna/ ketergantungan Narkoba) tidak berpengaruh, namun pada penyalahguna/ketergantungan Narkoba, pengaruhnya tetap ada, dan dapat merupakan pencetus (*trigger*) bagi terjadinya kekambuhan. Dengan diberikannya obat-obatan yang mengandung turunan opiat tadi, proses yang terjadi adalah substitusi dan bukan menghilangkan secara total opiat dan turunannya dari tubuh pasien Narkoba. Cara ini tidak sesuai dengan sistem Blok Total dan bertentangan dengan metode Dadang Hawari, karena menurut metode Dadang Hawari, Narkoba jenis opiat ini maupun yang lainnya haram hukumnya dan karenanya turunannyapun haram pula untuk dikonsumsi.<sup>17</sup> Pendapat senada diutarakan oleh Quraish Shihab, yang menegaskan bahwa apapun yang memabukkan, menutup akal atau menjadikan seseorang tidak dapat mengendalikan pikirannya, walaupun bukan terbuat dari anggur, maka dia adalah haram.<sup>18</sup>

Menurut Syaikh Jadal Haq Ali, sebagaimana dikutip oleh Abu An-Nur, mengemukakan bahwa sesungguhnya Narkoba adalah haram; karena Narkoba melemahkan, membius, dan merusak akal serta anggota tubuh lainnya. Jadi keharaman Narkoba bukan karena dzatnya, namun karena pengaruhnya dan mudharatnya.<sup>19</sup>

Dasar pengharaman Narkoba tersebut dapat dilihat pada surah Al-Baqarah, ayat 195 sebagai berikut:

fisik maupun psikis pemakainya. Setiap minuman yang memabukkan, diminum banyak atau sedikit, hukumnya tetap haram; walaupun yang diminum sedikit itu tidak sampai memabukkan.<sup>23</sup>

Selanjutnya bila ditemukan kelainan fisik, terjadi komplikasi terutama kelainan paru-paru dan lever, maka diberikan Terapi somatik. Yang dimaksud dengan Terapi somatik adalah penggunaan obat-obtan yang berkhasiat terhadap kelainan-kelainan fisik baik sebagai akibat dilepaskannya Narkoba dari tubuh atau gejala putus Narkoba (*withdrawal symptoms*) maupun komplikasi medik berupa kelainan organ tubuh akibat penyalahgunaan/ketergantungan Narkoba.<sup>24</sup> Misalnya gejala putus Narkoba jenis opiat, yang terjadi adalah rasa sakit yang luar biasa, oleh karenanya perlu diberikan analgetika yaitu obat anti nyeri (*pain killer*) yang potensi dan efektivitasnya setara dengan opiat, tetapi tidak mengandung opiat dan turunannya. Dengan sistem blok total dan dengan menggunakan *psikofarmaka* langsung ke sentral syaraf pusat, maka gejala-gejala seperti air mata berlebihan (*lakrimasi*), cairan hidung berlebihan (*rhinorea*), keringat berlebihan, demam, tidak bisa tidur (*insomnia*), mual, muntah dan diare dapat dihentikan.

Bila ditemukan komplikasi medik pada organ tubuh diberikan terapi medik-somatik yang sesuai dengan kelainan yang ditemukan, misalnya kelainan paru, fungsi lever, hepatitis C, ginjal dan lainnya. Pada kelainan jantung (*endocarditis*) yang menyebabkan kelainan pada katub jantung, dapat dilakukan operasi jantung. Sedangkan pada penyalahguna/ketergantungan Narkoba dengan HIV/AIDS diberikan obat-obatan *simtomatis* dan *paliatif*, yang berkhasiat meredakan

dan meringankan penderitaan. Dengan demikian dari sudut pandang Terapi medik-somatik ini melibatkan banyak keahlian disiplin ilmu kedokteran (*multi disciplinary approaches*).<sup>25</sup>

Pada umumnya pasien penyalahguna Narkoba fisik/ gizinya tidak baik, oleh karena itu perlu diberikan makanan dan minuman yang berkalori dan bergizi tinggi guna memperoleh kesembuhan jasmani lebih cepat.

Larangan merokok bagi pasien penyalahguna/ ketergantungan Narkoba, termasuk juga Terapi medik somatik. Selain rokok atau tembakau akan memperburuk kelainan paru sebagai komplikasi medik, rokok juga terbukti sebagai:

1. pintu pertama ke Narkoba;
2. pembunuh no. 3 sesudah penyakit jantung koroner dan kanker;
3. sebatang rokok memendekkan umur 12 menit;
4. termasuk zat adiktif (menimbulkan ketagihan dan ketergantungan);
5. racun yang menular artinya ‘perokok pasif’ pun akan menjalani akibat yang sama;
6. sepuluh ribu orang perhari mati karena merokok (dunia);
7. lima puluh tujuh ribu orang pertahun mati karena merokok (Indonesia);
8. kenaikan konsumsi rokok di Indonesia 44% (tertinggi di dunia).<sup>26</sup>

Sehubungan dengan hal tersebut di atas, maka proses detoksifikasi yang terjadi adalah sebagai berikut:

- a. Dengan Terapi di atas, pasien akan lebih banyak ditidurkan (bukan dibius);

- b. Gejala mental dalam bentuk disorientasi akan muncul bila pasien bangun, misalnya mengigau, mencari-cari sesuatu (ngeratak), bicara cadel, bicara ‘tidak nyambung’ dan sejenisnya;
- c. Gejala putus zat/*sakaw* akan hilang pada hari pertama atau kedua, gejala disorientasi akan hilang pada hari ketiga atau keempat;
- d. Kesadaran penuh dicapai pada hari kelima atau keenam;
- e. Hasil tes *urine* akan bersih dari Narkoba pada hari ketujuh atau bisa lebih tergantung dari dosis, jenis atau kombinasi Narkoba yang dipakai;
- f. Bila tes *urine* negatif, maka proses detoksifikasi selesai, pasien dapat melanjutkan rawat berobat jalan selama 2 (dua) minggu berikutnya untuk pemantapan (pasca detoksifikasi).<sup>27</sup>

Hal yang perlu diperhatikan adalah bahwa selama perawatan di Rumah Sakit, pasien ditunggu oleh keluarga, dan tidak boleh ditengok atau dibesuk oleh temannya. Hal ini dimaksudkan untuk menghindari masuknya Narkoba yang dibawa oleh temannya. Kemudian selama di Rumah Sakit dilakukan pemeriksaan fisik, *X-ray* paru-paru dan laboratorium untuk mengetahui ada atau tidak adanya komplikasi pada paru-paru, lever dan ginjal.

Sebagaimana disebutkan di atas bahwa kesadaran penuh dicapai pada hari kelima atau hari keenam, maka terhitung mulai hari tersebut intervensi agama diberikan kepada pasien, meliputi tuntunan sholat, doa dan dzikir oleh Ustadz (yang di lingkungan PPM Darul Ihsan biasa dipanggil dengan “Kyai”) dengan kualifikasi pendidikan Sarjana Agama.

Pada minggu II, sebaiknya pasien tetap berada di rumah atau di *transit house/halfway house* Wisma Darul Ichsan (Jalan Kramatjati Jakarta), dengan ketentuan bahwa pasien:

- a. Tidak boleh keluar rumah (harus banyak istirahat);
- b. Tidak boleh ada teman yang berkunjung;
- c. Tidak boleh menelepon atau menerima telepon;
- d. Tidak boleh merokok;
- e. Minum obat sesuai dengan petunjuk/resep dokter;
- f. Melaksanakan sholat, berdoa dan berdzikir untuk memperoleh kekuatan iman agar tidak lagi tergoda untuk mengkonsumsi Narkoba;
- g. Pasien wajib mengamalkan *Doa dan Dzikir sebagai Pelengkap Terapi Medis*, karya Prof. Dadang Hawari;
- h. Pasien wajib membaca buku *Al-Qur'an, Ilmu Kedokteran Jiwa dan Kesehatan Jiwa*, khususnya Bab IV; dan buku *Konsep Islam Memerangi NAZA*. Keluarga pasien juga dianjurkan membaca buku ini;
- i. Pada hari ketujuh Minggu II, pasien kembali kontrol, dilakukan evaluasi medik-psikiatrik dan tes ulang *urine*; kepada pasien diberikan obat lanjutan dan psikoterapi termasuk Terapi psikoreligius.<sup>28</sup>

Dalam minggu III merupakan lanjutan rawat jalan untuk pemantapan akhir (sebaiknya pasien berada di *transit house/halfway house* Wisma Darul Ichsan). Namun bila pasien menginginkan untuk berobat jalan (di rumah), maka perlu diperhatikan beberapa hal sebagai berikut:

- a. Pasien boleh ke luar rumah apabila didampingi oleh anggota keluarga (tidak boleh keluar sendirian)

- b. Tidak boleh bertemu dengan teman sesama pemakai Narkoba, upayakan menghindar termasuk dari Bandarnya;
- c. Tidak boleh menelepon atau menerima telepon dari teman sesama pemakai Narkoba;
- d. Tidak boleh mengendarai motor atau mobil untuk selama 3 (tiga) bulan;
- e. Lain-lain aktivitas sama dengan minggu II di atas;
- f. Hari ketujuh dalam minggu III ini pasien kembali kontrol, dilakukan evakuasi medik-psikiatrik dan tes ulang urine. Tetapi obat bisa diberikan atau dilanjutkan sesuai dengan kebutuhan, dan apabila hasil tes ulang urine minggu II dan minggu III tetap negatif, maka selesailah sudah Terapi Medikm (detoksifikasi);
- g. Pasien bisa melanjutkan masuk dalam program Rehabilitasi di PPM Darul Ihsan untuk jangka waktu 3 (tiga) bulan;
- h. Bila pasien tidak ingin mengikuti program Rehabilitasi kemudian ingin sekolah/kuliah atau bekerja, dapat diperkenankan dengan catatan ia harus kontrol secara teratur termasuk tes urine. Demikian Sholat, berdoa dan berdzikir tidak boleh lagi ditinggalkan, menghindarkan diri dari bergaul kepada teman sesama pengguna Narkoba dan menghindarkan diri dari Bandar;
- i. Orangtua (keluarga) agar menciptakan suasana rumah tangga yang sakinah atau harmonis;
- j. Ciptakan suasana religius dalam rumah tangga, dan diupayakan sholat berjamaah.<sup>29</sup>

Terapi keagamaan terhadap pasien penyalahguna/ketergantungan Narkoba ternyata memegang peranan

penting, baik dari segi pencegahan (prevensi), Terapi maupun Rehabilitasi. Unsur agama yang mereka terima akan memulihkan dan memperkuat rasa percaya diri, harapan dan keimanan. Oleh karena itu pengamalan agama tidak hanya penting bagi pasien penyalahguna Narkoba saja tapi juga penting bagi keluarganya.

Adapun personil yang terkait dalam program pemantapan di Wisma Darul Ihsan ini adalah:

- a. Dokter Ahli Jiwa (Psikiater);
- b. Sarjana Ahli Jiwa (Psikolog);
- c. Dokter Umum (Asisten Klinik);
- d. Sarjana Agama (Kyai);
- e. Ahli Pekerja Sosial;
- f. Dan Sarjana lainnya yang terkait.

Demikian pelaksanaan aspek religi dalam sistem Terapi (detoksifikasi) yang dilaksanakan di Pondok Pesantren Modern Darul Ihsan Bogor.

Berbagai penelitian telah membuktikan bahwa Terapi medis saja tidak cukup/lengkap. Hal ini dapat dilihat dalam penelitian Cancerellaro, Larson dan Wilson (1982), sebagaimana dikutip oleh Dadang Hawari, menyatakan bahwa Terapi keagamaan dalam arti sholat, do'a dan dzikir (mengingat Tuhan) terhadap para pasien penyalahguna/ketergantungan Narkoba ternyata membawa hasil yang jauh lebih baik daripada hanya Terapi medik-psikiatrik saja.<sup>30</sup> Do'a dan dzikir merupakan Terapi psikiatrik, setingkat lebih tinggi dari psikoterapi biasa. Sebab, ia mengandung unsur spiritual yang dapat mengakibatkan harapan (*hope*) dan rasa percaya diri (*self confident*) pada diri pasien. Dengan Terapi itu,

kekebalan (imunitas) tubuh meningkat, sehingga mempercepat proses penyembuhan. Ini tidak berarti bahwa Terapi dengan obat dan tindakan medis diabaikan. Terapi medis disertai do'a dan dzikir merupakan pendekatan holistik baru di dunia kedokteran umum.<sup>31</sup> Kemudian Sierre dan Vex (1998) mengemukakan hasil penelitiannya yang mengintegrasikan unsur agama dalam Terapi penyalahgunaan/ketergantungan Narkoba mengemukakan bahwa efektifitas Terapi hasilnya lebih baik daripada hanya menggunakan Terapi medik-psikiatrik saja. Hasil penelitian ini mendukung penelitian yang dilakukan oleh Snyderman (1996) yang berkesimpulan bahwa Terapi medik saja tanpa agama tidaklah lengkap; sebaliknya Terapi agama saja tanpa medik tidak akan efektif.<sup>32</sup> Dengan demikian penyembuhan/Terapi terhadap pasien penyalahguna/ketergantungan Narkoba yang menggunakan Terapi agama lebih berhasilguna bila dibandingkan dengan hanya menggunakan Terapi medik saja.

Apabila hasil penelitian yang diuraikan di atas dikaitkan dengan 5 (lima) sistem Terapi yang diterangkan sebelumnya, maka dapat diambil pengertian bahwa Sistem *Hydro Therapy* dan Sistem *Abstinencia Totalis* (keduanya menggunakan aspek religi), lebih baik dan lebih berhasilguna bila dibandingkan dengan Sistem *Cold Turkey*, Sistem *Substitution* dan Sistem *Rapid Detoxification* (ketiganya tidak menggunakan aspek religi), khususnya dalam menangani mereka yang kecanduan Narkoba.

## **B. PERAN AGAMA DALAM REHABILITASI**

Perlu diketahui bahwa detoksifikasi hanyalah tahap awal dalam program jangka panjang membebaskan seseorang dari pengaruh zat adiktif. Dalam detoksifikasi, bahwa yang

dihilangkan hanyalah ketergantungan fisiknya saja, tetapi dalam masalah zat adiktif, ketergantungan psikis jauh lebih berat dari ketergantungan fisik dan memerlukan penanganan yang jauh lebih serius.<sup>33</sup> Demikian juga para pecandu Narkoba yang dulunya menggunakan suntik atau jarum suntik yang dipakai secara bersama-sama, selain kurang steril juga biasanya terjadi penularan berbagai penyakit menular antara lain seperti Hepatitis B, Hepatitis C, dan HIV/AIDS. Para penyalahguna Narkoba juga banyak yang mengalami gangguan syaraf, karena kerusakan otak, paru-paru, jantung, ginjal, lambung, usus dan alat kelamin. Kesemuanya ini memerlukan penanganan secara khusus. Mengingat bervariasinya keadaan pengguna Narkoba, maka kebutuhan Terapi untuk setiap individupun berbeda pula. Yang diutamakan dalam Terapi medis ini adalah agar individu secara fisik menjadi sehat, sehingga dapat mengikuti Terapi psikis dan mengikuti proses Rehabilitasi dengan lebih baik. Untuk itu setelah pasien menjalani detoksifikasi, sebaiknya dilanjutkan dengan upaya Rehabilitasi yaitu mencegah agar tidak kembali kambuh (*relapse*) dan mampu kembali berfungsi ke dalam kehidupannya sehari-hari (*proses reintegrasi*) di masyarakat.

Pecandu Narkoba biasanya menderita baik secara fisik (penyakit), mental (perilaku salah), sosial (rusak komunikasi), maupun spiritual (kekacauan nilai-nilai hidup). Biasanya, hal-hal serupa sudah diidap dalam kadar tertentu sebelum berkenalan dengan Narkoba, lalu dipicu oleh orang-orang sekitar atau keadaan buruk di lingkungan setempat, dan kemudian akan semakin parah bila ditambah oleh penyalahgunaan Narkoba.<sup>34</sup> Karena itu, Rehabilitasi adalah bukan sekedar memulihkan kesehatan si pemakai, melainkan memulihkan serta menyetatkan korban secara utuh dan

menyeluruh (holistik).

Untuk itu bagi para korban Narkoba yang telah mengalami Terapi medik (detoksifikasi) sebagaimana diuraikan di atas, dapat melanjutkan fase berikutnya yaitu mengikuti program Rehabilitasi di Pusat-pusat Rehabilitasi yang ada, baik di Jakarta maupun sekitarnya, seperti pada PPM Darul Ichsan yang mengadopsi metode Prof. Dadang Hawari, dan berlokasi di lembah pegunungan di kawasan Selawangi, Kecamatan Cariu, Kabupaten Bogor.

Sebelum melanjutkan pembahasan tentang Peran Agama dalam Rehabilitasi yang diterapkan di Pondok Pesantren Modern Darul Ichsan, terlebih dahulu akan diuraikan berbagai metode Rehabilitasi yang diterapkan saat ini di Pusat-pusat Rehabilitasi Korban Narkoba yang ada di Indonesia.

Adapun metode Rehabilitasi tersebut pada garis besarnya terintegrasi kepada 3 (tiga) macam, yaitu: Metode *Therapeutic Community*, Metode *Talqin Dzikir* dan Metode Terpadu.

1. *Therapeutic Community* (TC); adalah suatu metode Rehabilitasi yang dicetuskan dan berkembang sejak tahun 1963, setelah didirikannya *Daytop Village* di New York Amerika Serikat. Dan sampai kini metode TC tersebut telah diadopsi oleh 68 negara, termasuk Indonesia.<sup>35</sup>

Di dalam metode *Therapeutic Community* (TC) ini setiap peserta Rehabilitasi (*resident*) harus berjuang untuk memulihkan dirinya sendiri, sementara komunitas hanyalah merupakan fasilitas belaka. Setiap orang dalam komunitas adalah pasien, dan pada saat yang sama dia juga menjadi terapis bagi orang lain dalam komunitas. Maksudnya adalah bahwa pada saat ia menjadi klien

(pasien/residen), saat itu ia menerima dorongan dari orang lain untuk mengatasi persoalan yang dihadapinya. Kemudian pada saat yang lain ia dapat bertindak sebagai terapis, karena dia dapat memberikan bantuan ataupun dukundan atas persoalan yang dihadapi orang lain. Inilah yang dikenal dengan motto: “*Man help man, help himself*”, merupakan falsafah *Therapeutic Community*.<sup>36</sup>

Dalam program Rehabilitasi dengan metode TC, secara umum terdapat tahapan-tahapan penyembuhan yaitu: program *Entry*, program *Primary Treatment* dan program *Re-Entry*.<sup>37</sup>

- a. *Program Entry* adalah untuk menyiapkan klien/pasien yang baru meninggalkan lingkungan Narkoba untuk masuk ke dalam program Rehabilitasi. Di lingkungan dunia Narkoba tidak ada hukum dan aturan, karenanya berbohong, menipu, mencuri, *free sex*, membunuh adalah bagian dari kehidupan mereka. justru itu pula, biasanya mereka tidak langsung dimasukkan ke dalam program yang ketat dan aturan yang keras, inilah yang dimaksud dengan program *Entry*.
- b. *Program Primary Treatment*, yaitu program yang dilakukan untuk merubah atau memperbaiki perilaku, (*behavior, intellectual, emosi dan psikologis, vocational dan survival skill*). Program ini dilakukan dalam struktur yang ketat (*highly structure*) dan aturan-aturan (*rule & regulation*) yang juga keras.
- c. *Program Re-Entry* adalah untuk mempersiapkan klien (pasien) kembali ke masyarakat. Bahwa sesungguhnya pasien tidak selamanya akan berada dalam Rehabilitasi, dalam arti suatu ketika dia akan kembali ke masyarakat

dan kelak hidup normal sebagaimana orang lain. Untuk itu dia harus mampu dan bisa hidup beradaptasi di dalam lingkungannya.

Metode Rehabilitasi model *Therapeutic Community* ini dipraktikkan antara lain di Wisma Adiksi Pondok Labu Jakarta, Wijaya Kusuma Sport Campus Bogor dan Kedhaton Parahita Jakarta.

2. Metode *Talqin Dzikir* adalah suatu metode Rehabilitasi yang bertujuan untuk menyadarkan, membina dan mengembalikan para remaja (pasien) yang telah rusak akhlak dan moralnya sebagai akibat dari penyalahgunaan Narkoba untuk kembali ke jalan yang diridhoi oleh Allah SWT dengan jalan senantiasa ingat (berdzikir) kepadanya, melalui pendekatan Ilahiyah dan metode Tasawuf Islam *Thoriqot Qodiriyah-Naqsabandiyah*.<sup>38</sup>

Adapun proses penyadaran melalui metode *Talqin Dzikir* tersebut dapat diuraikan sebagai berikut:

- a. *Talqin* adalah suatu proses awal bagi seorang pasien Narkoba yang akan menjalani Rehabilitasi, yang dilaksanakan langsung oleh Abah Anom (pimpinan Pondok *Inabah*) dengan menggunakan amalan-amalan *Thoriqot Qodiriyah-Naqsabandiyah*. Melalui *Talqin* ini penderita diharapkan dapat menyadari bahwa dirinya berhadapan dengan Allah SWT yang menguasai badan dan jiwa manusia. Dan pada saat demikian sering diikuti oleh rasa penyesalan yang dalam dari diri pasien sehingga tidak jarang meneteskan air mata, bahkan sampai menangis tersedu-sedu.
- b. *Dzikir* baik *jahar* ataupun *khofi*; *Dzikir Jahar* yaitu diucapkan dengan suara keras dan diiringi gerakan-

gerakan tertentu yang dituntun oleh Abah Anom, dengan lafal “*La Ilaha Illallah*”, yang berarti: Tidak ada Tuhan selain Allah. Sedangkan *Dzikir Khofi*, ialah Dzikir yang bukan berupa ucapan tetapi diingat di dalam hati, sehingga dzikir ini disebut dengan “yang terlintas dalam pikiran dan tidak terdengar oleh telinga”.<sup>39</sup> Dalam hal ini, hati selalu mengingat dan menyebut nama “Allah, Allah, Allah...” secara terus-menerus. Ini berarti, aspek pikiran (kognitif), perasaan (afektif), kemauan berbuat (konatif) serta gerakan tubuh (psikomotor), diarahkan sepenuhnya kepada Allah Yang Mahakuasa.<sup>40</sup>

- c. Sholat; bagi ummat Islam sholat merupakan suatu kewajiban yang harus dilaksanakan setiap individu. Di pondok Inabah ini disamping pelaksanaan sholat wajib, maka sholat Sunat (sunnah) juga sangat dianjurkan, sehingga apabila dilaksanakan secara keseluruhan akan mencapai lebih kurang 100 roka’at dalam satu hari satu malam.
- d. Mandi; sebelum melaksanakan sholat pada waktu malam (*tahajjud*), demikian juga bagi mereka yang mengalami *sakaw*, mereka disuruh mandi atau dimandikan yang biasanya pada pukul 02.00 WIB dini hari. Mandi mala mini bertujuan disamping dapat menyegarkan jiwa dan raga yang pernah tersiksa oleh racun Narkoba, juga memaksa pembuluh darah di permukaan tubuh menciut, sehingga aliran darah ke otak dan tubuh bagian terdalam lebih banyak.
- e. Puasa; merupakan penunjang terhadap metode Rehabilitasi di *Inabah* (yang artinya: kembali ke jalan

Allah), karena tidak semua peserta melakukan kegiatan ini. Puasa dimaksud adalah puasa sunat seperti puasa setiap hari Senin dan Kamis, puasa 3 hari dalam setiap bulan, yang biasanya dilaksanakan pada pertengahan bulan dan lain-lain. Sementara puasa Ramadhan sudah jelas kewajibannya.

Demikianlah metode Rehabilitasi *Talqin Dzikir* yang diterapkan di Pondok Pesantren Suryalaya Tasikmalaya Jawa Barat.

3. Metode Terpadu; adalah suatu metode Rehabilitasi yang menggabungkan aspek medik dan aspek religi, dalam upaya memulihkan dan mengembalikan kondisi para mantan pecandu Narkoba menjadi:
  - a. sehat jasmani/fisik (biologik);
  - b. sehat jiwa (psikologik);
  - c. sehat sosial (adaptasi);
  - d. sehat rohani/keimanan (spiritual); sesuai dengan batasan sehat dari Organisasi Kesehatan Sedunia (WHO, 1984).<sup>41</sup>

Adapun hasil yang diharapkan setelah mereka menjalani program Rehabilitasi adalah, antara lain:

- 1) Beriman dan bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa;
- 2) Memiliki kekebalan fisik maupun mental terhadap Narkoba;
- 3) Memiliki keterampilan;
- 4) Dapat kembali berfungsi secara wajar (layak) dalam kehidupan sehari-hari, baik di rumah (keluarga), di sekolah/kampus, di tempat kerja maupun di masyarakat.<sup>42</sup>

Metode Rehabilitasi dengan sistem Terpadu ini dipraktikkan di Pondok Pesantren Modern Darul Ichtan Bogor. Selanjutnya bagaimana peran agama dalam membebaskan pasien (santri) dari belenggu Narkoba, akan diuraikan berikut ini.

Sebagaimana Pondok Pesantren pada umumnya, maka demikian halnya Pondok Pesantren Modern Darul Ichtan, para santri atau peserta Rehabilitasi diasuh dan dibimbing secara langsung oleh Kyai yang berpendidikan Sarjana Agama, yang telah mendapatkan pendidikan atau orientasi kedokteran/kesehatan jiwa, khususnya dalam penanganan Narkoba, dengan rasio 1 orang Kyai untuk 10 orang santri. Sementara untuk psikoterapi individual maupun psikoterapi kelompok ditangani langsung oleh psikiater, dengan rasio 1 orang Psikiater untuk 15 orang santri. Selain daripada itu tenaga dokter umum (asisten klinik) bersama-sama dengan psikolog memberikan pemeriksaan dan terapi medik dan tes psikologik yang terkait. Tenaga ahli pekerja sosial (*social worker*), membantu program Rehabilitasi ini sesuai dengan fungsinya, antara lain evaluasi sosial santri, juga tenaga ahli lainnya (instruktur) membimbing para santri di bidang pendidikan jasmani dan ketrampilan.<sup>43</sup>

Mengingat jangka waktu “nyantri” yang relatif pendek (3–6 bulan), namun sesuai dengan tradisi Pesantren harus dihasilkan santri yang kuat iman dan taqwanya. Untuk mencapai tujuan dimaksud, diberikan metode pembinaan yang efektif dengan mengikuti kurikulum yang berlaku di PPM Darul Ichtan.

Adapun program (kurikulum) yang diterapkan bagi santri yang menjalani Rehabilitasi pada PPM Darul Ichtan mencakup:

- a) Pendidikan agama (kognitif, afektif dan psikomotor);
- b) Psikoterapi kelompok (*group psychotherapy*) dan psikoterapi perorangan (*individual psychotherapy*);
- c) Pendidikan umum;
- d) Pendidikan ketrampilan;
- e) Pendidikan jasmani;
- f) Rekreasi;
- g) Dan lain-lain yang terkait.<sup>44</sup>

Materi-materi yang dipelajari dari tiap-tiap pokok bahasan di atas dapat dirinci sebagai berikut:

- a) Pendidikan agama, meliputi:
  - Tuntunan shalat.
  - Tuntunan do'a dan dzikir.
  - Membaca Al-Qur'an beserta tafsirnya yang terkait dengan Narkoba dan akhlak.
  - Mengkaji al-Hadits yang terkait dengan Narkoba dan akhlak.
  - Mengkaji buku karya Prof. Dadang Hawari yaitu *Al-Qur'an, Ilmu Kedokteran Jiwa dan Kesehatan Jiwa Bab IV; Konsep Islam Memerangi NAZA; Do'a dan Dzikir sebagai Pelengkap Terapi Medis*.
  - Amalan peribadatan lainnya yang terkait.
  - Bagi santri yang berminat dan mampu, seusai menjalani program Rehabilitasi selama 3 bulan, dapat mengikuti program UMROH yang diselenggarakan oleh PPM Darul Ihsan.
- b) Terapi, meliputi:

- Psikoterapi kelompok kepada para santri oleh psikiater.
  - Psikoterapi individual kepada masing-masing santri oleh psikiater.
  - Terapi medis oleh dokter umum (asisten klinik).
  - Tes profil kepribadian oleh psikolog.
  - Konsultasi keluarga oleh psikiater.
- c) Pendidikan umum, meliputi:
- Bimbingan belajar.
  - Bimbingan tes.
- d) Pendidikan ketrampilan, meliputi:
- Pertanian.
  - Peternakan.
  - Perkebunan.
  - Pertambangan.
  - Industri ringan.
  - Pertukangan.
  - Fotografi.
  - Kaligrafi.
  - Membuat telur asin.
- e) Pendidikan jasmani, meliputi:
- Senam aerobik.
  - Senam pernafasan.
  - Tenis meja.
  - Basket/Sepak bola.
  - Badminton.
- f) Rekreasi:

- Agrowisata.
- Tracking (mendaki gunung, sepeda gunung dan kegiatan pecinta alam lainnya).
- Perburuan (berburu babi liar).<sup>45</sup>

Di atas telah disebutkan bahwa maksud dan tujuan Rehabilitasi di PPM Darul Ichtan, adalah upaya memulihkan dan mengembalikan kondisi para korban penyalahguna/ketergantungan Narkoba menjadi sehat dalam arti fisik, psikologik, sosial dan spiritual/agama (keimanan). Dengan kondisi sehat tersebut mereka akan mampu kembali berfungsi secara wajar dalam kehidupannya sehari-hari, baik di sekolah/kampus, di tempat kerja maupun di lingkungan sosialnya. Untuk mencapai maksud dan tujuan tersebut diperlukan program Rehabilitasi yang meliputi Rehabilitasi medik, psikiatrik, psikososial dan psikoreligius, sesuai dengan defenisi sehat dari WHO (1984) dan APA (*The American Psychiatric Association*, 1992).<sup>46</sup>

Agar tiap-tiap Rehabilitasi ini dapat dipahami dengan jelas, berikut akan diuraikan apa yang dimaksud dengan Rehabilitasi medik, psikiatrik, psikososial dan psikoreligius.

#### 1. Rehabilitasi Medik

Dengan Rehabilitasi medik ini dimaksudkan agar santri (penyalahguna/ketergantungan Narkoba) benar-benar sehat secara fisik dalam arti komplikasi medik diobati dan disembuhkan, atau dengan kata lain, Terapi medik masih dapat dilanjutkan. Hal ini didasarkan atas kenyataan bahwa para penyalahguna Narkoba 53,57% mengalami kelainan paru, 55,10% kelainan lever, 56,63% hepatitis C, dan infeksi HIV

33,33%; kemudian yang sering terlibat kekerasan 65,30% serta mengalami kecelakaan 58,70%.<sup>47</sup>

Bila di antara peserta Rehabilitasi itu mengalami cacat fisik maka perlu dilakukan Rehabilitasi medik agar yang bersangkutan dapat hidup normal meskipun mengalami kecacatan pada tubuhnya (*handicap person*).

Termasuk juga dalam program Rehabilitasi medik ini yaitu memulihkan kondisi fisik yang lemah, tidak cukup dengan hanya memberikan gizi makanan yang bernilai tinggi saja, tetapi juga kegiatan olahraga yang teratur disesuaikan dengan kemampuan masing-masing. Umpamanya bagi santri yang menjalani Terapi untuk penyakit lever, paru atau organ tubuh lainnya, tentu saja olahraganya cukup yang ringan-ringan, dan tidak sama dengan mereka yang secara fisik benar-benar sehat.<sup>48</sup> Untuk itu sesuai dengan jadwal yang sudah ditentukan, olahraga dilakukan dua kali sehari yaitu pagi pukul 06.00–07.00 (senam pernafasan, aerobik dan poco-poco), sedangkan sore hari pukul 16.00–17.00 (sepak bola, basket, tenis meja, dan lain-lain).

## 2. Rehabilitasi Psikiatrik

Rehabilitasi psikiatrik ini dimaksudkan agar santri yang semula berperilaku maladaptif berubah menjadi adaptif, atau dengan kata lain sikap dan tindakan yang sebelumnya anti sosial dihilangkan, sehingga mereka dapat bersosialisasi dengan baik dengan sesama rekannya maupun personil yang membimbing dan mengasuhnya. Karena yang menjadi prinsip dasar program Rehabilitasi adalah mengoptimalkan kehidupan normal dari korban Narkoba. Jadi keadaan dia yang selama ini tidak teratur dijadikan teratur dan dioptimalkan kembali

seperti keadaan orang biasa.<sup>49</sup>

Walaupun mereka telah menjalani Terapi selama 3 (tiga) minggu, seringkali perilaku maladaptif tadi belum hilang, rasa ingin *pakaw* atau sugesti (*craving*) masih sering muncul, juga keluhan lain seperti kecemasan dan atau depresi serta tidak bisa tidur (*insomnia*) merupakan keluhan yang sering diutarakan pada saat menjalani konsultasi dengan psikiater/dokter. Oleh karena itu, Terapi psiko-farmaka masih dapat dilanjutkan, dengan catatan jenis obat psikofarmaka yang diberikan tidak bersifat adiktif (menimbulkan ketagihan) dan juga tidak menimbulkan dependensi (ketergantungan).<sup>50</sup>

Dalam Rehabilitasi psikiatrik ini termasuk juga psikoterapi/konsultasi keluarga yang dapat dianggap sebagai 'Rehabilitasi Keluarga' terutama bagi keluarga-keluarga *brokenhome*. Hal ini penting dilakukan oleh psikiater, psikologik ataupun pekerja sosial, mengingat bahwa bila ada salah satu anggota keluarga yang terjerumus penyalahgunaan/ketergantungan Narkoba berarti terdapat kelainan (*psikopatologik*) dalam sistem keluarga tersebut. Konsultasi keluarga ini sangat penting dilakukan, agar keluarga dapat memahami aspek-aspek kepribadian anaknya yang telah menjadi korban Narkoba, serta bagaimana cara menyikapinya bila kelak anak tadi kembali ke rumah dan upaya pencegahan agar tidak lagi kambuh, *relapse*.<sup>51</sup> Atau bagaimana menjadi seorang ibu pendamping mantan pengguna Narkoba yang kelak anaknya kembali ke masyarakat.

### 3. Rehabilitasi Psikososial

Melalui Rehabilitasi psikososial ini dimaksudkan agar santri dapat kembali adaptif bersosialisasi dalam lingkungan

sosialnya seperti di rumah, di sekolah/kampus dan di tempat kerja.

Program Rehabilitasi ini merupakan persiapan untuk kembali ke masyarakat (*re-entry programme*). Oleh karena itu, mereka perlu dibekali dengan pendidikan dan ketrampilan. Dengan demikian bila mereka selesai menjalani program Rehabilitasi dapat melanjutkan kembali ke sekolah/kuliah atau bekerja.<sup>52</sup>

#### 4. Rehabilitasi Psikoreligius

Rehabilitasi psikoreligius masih perlu dilanjutkan karena dengan waktu hanya 2 (dua) minggu dalam program pasca detoksifikasi itu tidak cukup untuk memulihkan santri menjalankan ibadah sesuai dengan keyakinan agamanya masing-masing. Dapat dicontohkan bagi peserta Rehabilitasi (santri) yang beragama Islam bahwa pelajaran yang diberikan, dimaksudkan untuk memperkuat keimanan yang memberikan keyakinan kepadanya bahwa Narkoba itu haram hukumnya, baik dari segi agama maupun Undang-undang. Sebagai bandingan kalau ia memakan daging babi memang haram dan berdosa tetapi tidak akan ditangkap polisi dan tidak akan dipenjarakan. Berbeda halnya dengan mengkonsumsi Narkoba, selain berdosa dan haram juga melanggar hukum atau Undang-undang yang mengakibatkan ditangkap polisi dan dipenjarakan.<sup>53</sup>

Termasuk juga dalam Rehabilitasi psikoreligius ini adalah semua bentuk ritual keagamaan, misalnya mereka yang beragama Islam antara lain:

- a. Menjalankan shalat wajib 5 (lima) waktu ditambah dengan shalat-shalat sunat;

- b. Berdo'a dan berdzikir (memohon dan mengingat Allah), membaca dan mengamalkan *Do'a dan Dzikir sebagai Pelengkap Terapi Medis* karya Prof. Dadang Hawari;
- c. Mengaji (membaca dan mempelajari isi kandungan al-Qur'an);
- d. Mempelajari buku-buku karya Prof. Dadang Hawari seperti: *Konsep Islam Memerangi NAZA dan AIDS; Al-Qur'an Ilmu Kedokteran Jiwa dan Kesehatan Jiwa; dan Terapi (detoksifikasi) dan Rehabilitasi (Pesantren) Mutakhir (Sistem Terpadu) Pasien NAZA;*
- e. Pendalaman keagamaan dari Ustadz/Kyai pembimbing/pengasuh, dan dari buku-buku agama yang terkait khususnya di bidang keimanan, kesehatan dan perilaku yang sholeh dan terpuji (*akhlaqul karimah*).<sup>54</sup>

Pendalaman, penghayatan dan pengamalan keagamaan atau keimanan ini akan menumbuhkan kekuatan spiritual pada diri santri sehingga dirinya mampu menekan resiko seminimal mungkin terlibat kembali dalam penyalahgunaan Narkoba.

Sebagaimana telah diuraikan dalam Bab II, khususnya yang menyangkut Kewajiban Santri, bahwa santri yang mengikuti program di Pusat Rehabilitasi PPM Darul Ichtan, terbagi kepada 4 (empat) tahapan/fase, yaitu fase Bloking Total (minggu I – III), fase Transisi I (minggu IV – VI), fase Transisi II (minggu VII – IX), dan fase Mandiri (minggu X – XII). Maka untuk melaksanakan pembinaan Iman dan Taqwa juga telah dirancang sedemikian rupa, sehingga masing-masing fase/masa tersebut bila diamalkan dengan sungguh-sungguh akan mendapatkan hasil yang memuaskan;

dalam arti bahwa santri mampu menahan diri untuk tidak kambuh/*relapse*.

Pentahapan Pembinaan Iman dan Taqwa tersebut pada garis besarnya dapat dilalui dalam 3 (tiga) tahap,<sup>55</sup> sebagai berikut:

**1) Tahap Pembinaan**, dari tidak bisa menjadi bias (fase blocking: minggu I – III). Sebelum memulai proses pembelajaran, terlebih dahulu dilakukan penilaian terhadap kemampuan keberagamaan santri, sehingga materi yang diberikan tentunya tidak sama antara satu santri dengan santri yang lain. Jadwal kegiatan harian santri dapat dilihat pada Lampiran 17.

Untuk mengetahui tingkat keberagamaan dasar santri di rumah/keluarga, dapat dilihat dari berbagai aspek, yang meliputi:

- a) Aspek Kognitif;
  - Pengetahuan tentang agama, syahadat, shalat, puasa, dan lain-lain.
  - Kemampuan baca al-Qur'an.
  - Pengetahuan tentang agama Islam.
- b) Aspek Psikomotor;
  - Pengamalan shalat.
  - Pengamalan puasa.
  - Pengamalan do'a dan dzikir.
  - Pengamalan infaq dan sedekah.
- c) Aspek Afektif;
  - Sikap sabar.
  - Hormat terhadap Kyai/Ustadzah.

- Sikap terhadap kawan.
- Toleransi, dan lain-lain.

**2) Tahap Pengamalan**, dari bisa menjadi terbiasa (fase Transisi I dan II/minggu IV – IX), jadwal kegiatan santri dapat dilihat pada lampiran 18, meliputi:

- a) Melatih dengan intensif pengamalan kewajiban agama antara lain:
  - Syahadat, wudhu, tayamum.
  - Shalat fardhu berjama'ah.
  - Latihan puasa.
- b) Melatih dengan intensif pengamalan hal-hal sunnah, antara lain:
  - Shalat dhuha.
  - Shalat tahajjud.
  - Shalat qabla/ba'da fardhu.
  - Shalat tasbih.
- c) Melatih dengan intensif hal-hal fardhu kifayah dan mu'akkadah, antara lain:
  - Shalat jenazah.
  - Membaca al-Qur'an.
  - Membaca al-Hadits.
  - Do'a dan Dzikir.
  - Fiqih/thaharah, mu'amalah.
  - Akhlaqul karimah.

**3) Tahapan Penghayatan dan Pemantapan**, dari terbiasa menjadi kebiasaan/tradisi (fase Mandiri: minggu X – XII). Jadwal kegiatan santri dapat dilihat pada Lampiran 19.

Pembinaan tahap ini adalah upaya lebih intensif, agar santri menghayati apa yang diberikan dalam materi Iman dan Taqwa (IMTAQ). Pendalaman materi untuk selanjutnya penghayatan, dengan tujuan akhir kemantapan tekad dan i'tikad Iman Islam, meliputi:

- a) Mengulang-ulang apa saja yang diajarkan. Kyai harus yakin kalau santri sudah bisa dan terbiasa, misalnya syahadat, shalat fardhu, shalat sunnah, dzikir dan do'a, baca al-Qur'an, akhlak, fiqh dan lain-lain.
- b) Pendalaman materi; syahadat (arti, maksud, syahadat *uluhiyah*, syahadat *rububiyah* dan *ubudiyah*); shalat, apa hakekat shalat, mengapa harus shalat; puasa, apa hakekat puasa, mengapa harus puasa dan sebagainya; baca al-Qur'an, apa artinya, maksudnya, tafsirnya, konteks maknanya dan sebagainya.
- c) Pembentukan *akhlaqul karimah*, meliputi:
  - akhlaq dengan Tuhan.
  - akhlaq sesama makhluk.
  - akhlaq dalam pergaulan dengan orangtua, masyarakat, lingkungan (teman), dan lain-lain.
  - Sikap menghadapi Narkoba, dengan Bandar, dengan pil/obatnya sendiri, sikap kalau sedang sugesti..
  - Sikap hidup muslim yang mukmin sesuai ajaran Islam antara lain sabar, rendah hati, jujur, amanah, benar, cerdas, ikhlas, tahan uji, kuat pendirian, tidak kenal putus asa, santun, welas asih, tawakkal, mohon ampunan, dan lain-lain.

Untuk mengetahui sejauh mana santri telah menjalankan

program, maka dilakukan penilaian dan uji coba. Penilaian ini dilakukan secara periodik atas aspek kognitif, afektif dan psikomotor dari minggu ke minggu oleh Kyai. Sedangkan uji coba dimaksudkan untuk melihat sejauhmana ketahanan mental santri terhadap pengaruh lingkungan, berupa cuti keluar Pesantren (pulang ke rumah) satu hari atau tiga hari termasuk Sabtu dan Minggu. Bila selama uji coba ini berhasil dengan baik, maka santri tersebut diberi cuti mandiri tanpa pengawasan.

Dadang Hawari dalam penelitiannya (2000) mengemukakan bahwa para mantan penyalahguna/ketergantungan Narkoba apabila taat dan rajin menjalankan ibadah, resiko kekambuhan hanya 6,83%; bila kadang-kadang beribadah resiko kekambuhan 21,50%; dan apabila tidak sama sekali menjalankan ibadah agama, resiko kekambuhan mencapai 71,67%.<sup>56</sup> Ini artinya bahwa apabila seorang mantan penyalahguna Narkoba yang telah selesai melaksanakan Rehabilitasi dengan metode Dadang Hawari (perpaduan antara aspek medik dan religi) akan memperoleh hasil sebagai berikut:

- makin tekun melaksanakan agama, hasilnya lebih baik (kekambuhan hanya 6,83%);
- sebaliknya bila tidak melaksanakan agama, kekambuhan tinggi sekali (mencapai 71,67%).

Dengan demikian sesungguhnya yang paling penting adalah, bagaimana menumbuhkan dan menggairahkan agar para mantan penyalahguna Narkoba tersebut dapat lebih menghayati dan mengamalkan ajaran agamanya (Islam).

Ketekunan menjalankan agama itu dapat dicapai, dengan jalan latihan yang terus menerus dan menghindarkan diri

dari godaan-godaan yang merusak,<sup>57</sup> sehingga mampu menekan resiko seminimal mungkin terlibat kembali (*relapse*) dalam penyalahgunaan/ketergantungan Narkoba.

Apabila angka kekambuhan yang menggunakan aspek religi di atas (6,83%), dibandingkan dengan kekambuhan yang menggunakan metode tanpa religi (43,9%), maka dapat dikemukakan bahwa metode Rehabilitasi yang menggunakan aspek religi jauh lebih baik terutama dalam mengatasi kekambuhan sebanyak 37,07%.

Untuk mengungkapkan sejauhmana angka kekambuhan alumni santri PPM Darul Ihsan secara jelas sangat sulit, karena dari pihak manajemen hal ini merupakan rahasia dari metode yang diterapkan. Sementara dari responden (santri) sendiri rasanya tidak mungkin, mengingat mereka sendiri masih berada di dalam Rehabilitasi. Satu-satunya petunjuk yang bisa ditelusuri adalah informasi dari para Kyai, yang mengutarakan bahwa alumni PPM Darul Ihsan yang diketahui secara pasti telah *relapse* (kambuh kembali) sampai pada saat penelitian dilaksanakan (September 2001) baru dijumpai 25 (dua puluh lima) orang dari 500 orang alumni (santri)<sup>58</sup> berarti 5,00% atau lebih rendah 1,83% bila dibandingkan dengan penelitian Dadang Hawari.

Dengan berakhirnya program ini, berarti santri telah menyelesaikan program Rehabilitasi atau minimal sudah menyelesaikan 90% dari masa program 12 (dua belas) minggu. Pada saat demikian, santri telah dapat dipersiapkan untuk kembali kepada keluarga/orangtuanya, walaupun sesungguhnya santri diharuskan untuk mengikuti Program Pasca Rehabilitasi. (Mekanisme pemulangan santri selengkapnya dapat dilihat pada Lampiran 20).

### **C. PERAN AGAMA PASCA REHABILITASI**

Upaya Terapi (detoksifikasi) dan Rehabilitasi bagi pecandu Narkoba belum cukup untuk mencapai kesembuhan secara total. Mereka masih membutuhkan dan memerlukan berupa pelatihan secara intensif guna memperkuat kepribadiannya agar tidak lagi tergoda kepada Narkoba. Di samping itu, perlu pula adanya pembinaan bagi mereka agar mempunyai gaya hidup yang benar. Untuk itu Pondok Pesantren Modern Darul Ihsan atau pusat Rehabilitasi lainnya dilengkapi dengan program Pasca Rehabilitasi.

Sebelum membahas tentang bagaimana Program lanjutan Rehabilitasi (Pasca Rehabilitasi) di Pondok Pesantren Modern (PPM) Darul Ihsan, terlebih dahulu diuraikan metode Pasca Rehabilitasi yang kini dipraktikkan di Pusat-pusat Rehabilitasi Narkoba yang ada di Indonesia. Pada garis besarnya jenis Pasca Rehabilitasi tersebut terdiri dari 2 (dua) macam, masing-masing: *Narcotics Anonymous* (NA) dan *After Care*.

1. *Narcotics Anonymous* (NA) adalah suatu perkumpulan atau ikatan persaudaraan pria dan wanita mantan pecandu Narkoba yang pekerjaannya saling berbagi pengalaman, kekuatan dan harapan antara satu sama lain, sehingga dapat memecahkan masalah mereka yang hamper sama dan membantu sesama agar sembuh dari kecanduan Narkoba.<sup>59</sup>

*Narcotics Anonymous* (NA) berdiri pada tahun 1953 di Los Angeles, Amerika Serikat, merupakan kelompok non profit yang berlandaskan pada komunitas, tidak beraliansi dengan sekte, dominasi politik, organisasi atau institusi. Selain itu NA tidak ingin terlibat dengan kontroversi apapun, dan juga tidak mendukung atau menolak issue

apapun di luar NA. tujuan yang ingin dicapai adalah “untuk tetap mempertahankan hidup tanpa Narkoba dan membantu sesama korban Narkoba lain untuk mencapai hal yang sama”.

Dalam kelompok ini, kerahasiaan anggota sangat terjamin dan dijaga penuh sesuai dengan namanya yaitu “*Anonymous*”. Dan untuk menjadi anggota sangat mudah, sebab hanya satu syarat yang harus dipenuhi, yakni “mempunyai keinginan untuk berhenti memakai Narkoba”, tidak memakai uang pangkal atau iuran bulanan; yang terpenting adalah mengikuti pertemuan dan menyampaikan pengalaman serta cara mengatasi ketergantungan Narkoba; atau mendengarkan pengalaman orang lain dalam mengatasi ketergantungan Narkoba.

Metode Pasca Rehabilitasi model *Narcotics Anonymous* ini ditemukan pada Yayasan KITA di Bogor Jawa Barat.

2. *After Care* adalah suatu program lanjutan (Pasca Rehabilitasi) yang merupakan koridor bagi alumni Pesantren beserta keluarganya. Program ini meliputi Forum Silaturahmi, yakni yang bertujuan untuk memantapkan terwujudnya rumah tangga/keluarga sakinah bagi mantan pecandu Narkoba yang telah selesai menjalani Rehabilitasi; dan Program Terminal (*Re-Entry*), yakni program yang bertujuan untuk kembali ke tengah-tengah masyarakat. Program Pasca Rehabilitasi melalui *After Care* ini dijumpai di Pondok Pesantren Modern (PPM) Darul Ihsan Bogor.

Setelah menjelaskan 2 (dua) macam program Pasca Rehabilitasi, berikut akan diuraikan Peran Agama dalam Program Pasca Rehabilitasi di Pondok Pesantren Modern Darul Ihsan.

a. Forum Silaturahmi;

Menurut Dadang Hawari bahwa selesai program Rehabilitasi, diperkirakan kesembuhan para santri baru 80%, dan di *After Care* (Pasca Rehabilitasi) mereka harus menjalani 20% lagi.<sup>60</sup> Oleh karena itu tujuan yang hendak dicapai dalam program ini adalah untuk memantapkan terwujudnya Rumah Tangga/Keluarga Sakinah, yaitu keluarga yang religious dan harmonis, sehingga dapat memperkecil kemungkinan terjadinya kekambuhan (*relapse*).<sup>61</sup>

Kambuh atau *relapse* akan Narkoba adalah suatu tantangan yang tidak terpisahkan dari proses panjang menuju kesembuhan penuh. Kendati mantan pecandu sudah lepas dari ketergantungan Narkoba, namun sugesti (*craving*) atau kecenderungan untuk menggunakan 'benda haram' tersebut, masih akan terasa.<sup>62</sup>

Tenaga ahli professional yang aktif dalam Forum Silaturahmi ini terdiri dari Dokter Ahli Jiwa (*Psikiater*), Sarjana Ahli Jiwa (*Psikolog*), Ahli Pekerja Sosial (*Social Worker*) dan Tenaga Ahli lainnya yang terkait.

Dalam upaya memantapkan dan mewujudkan Rumah Tangga/Keluarga Sakinah, forum Silaturahmi ini secara berkala mengadakan pertemuan dan kegiatan antara para orangtua, santri alumni Pesantren dengan para tenaga ahli yang akan bertindak sebagai narasumber dan fasilitator. Adapun materi forum Silaturahmi ini antara lain meliputi:<sup>63</sup>

1. Umpan balik bagi penyelenggara program metode Prof. Dadang Hawari;
2. Saling memberikan informasi;
3. Saling tukar-menukar pengalaman;

4. Diskusi (tanya jawab);
5. Dan lain-lain yang terkait misalnya mengadakan arisan, pengajian, kegiatan seminar penyuluhan, pengembangan bakat dan rekreasi (kesenian dan olahraga);
6. Konsultasi keluarga.

Forum Silaturahmi ini diselenggarakan secara berkala, yaitu setiap bulan dilaksanakan dua kali secara rutin; dimana mantan pecandu Narkoba telah berada di tengah-tengah keluarga.

Pada dasarnya forum ini merupakan wadah bagi orangtua dan santri alumni dalam membina, mewujudkan dan memantapkan Rumah Tangga/Keluarga Sakinah. Analogi Forum Silaturahmi ini adalah sama dengan POMG (Persatuan Orangtua Murid dan Guru) dan OSIS (Organisasi Siswa Intra Sekolah).

Untuk maksud di atas, maka dibentuk wadah bagi santri alumni yang diberi nama Klub Pemuda Darul Ihsan, dan bagi orangtua santri alumni adalah Klub Orangtua Darul Ihsan.<sup>64</sup>

Adapun hasil yang diharapkan dari forum Silaturahmi adalah kemampuan untuk mengatasi segala permasalahan kehidupan dalam keluarga sehingga memperkecil resiko kekambuhan. Seorang mantan penyalahguna/ketergantungan Narkoba baru dikatakan sembuh bilamana selama 2 (dua) tahun berturut-turut tidak lagi mengkonsumsi Narkoba. Selama kurun waktu 2 tahun itu, ia masih dalam pengawasan, pemantauan dan tes urine secara periodic (*monitoring*), sehingga sesungguhnya *monitoring* tersebut sifatnya terkontrol dan terkendali (*manageable and controllable*).<sup>65</sup>

b. Program Terminal (*Re-Entry*);

Program Terminal (*Re-Entry*), yaitu program persiapan untuk kembali ke tengah-tengah masyarakat (ke rumah, ke sekolah/kampus, ke tempat kerja dan lingkungan sosialnya). Terutama bagi para pelajar atau mahasiswa yang karena keterlibatannya kepada penyalahgunaan Narkoba di masa lalu terpaksa berhenti sekolah/kuliah dan bekerja, sehingga mereka menjadi pengangguran, maka mereka perlu menjalani program ini. Hal ini dapat dimaklumi karena sekalipun mereka telah mengikuti program Rehabilitasi, banyak di antara mereka masih mengalami kebingungan dalam memasuki rumah, sekolah/perkuliahan, atau pekerjaan. Namun dengan adanya program ini, maka bagi para mantan penyalahguna Narkoba tidak perlu merasa pesimis dalam menghadapi masa depan, karena sesungguhnya masih ada hari esok yang lebih baik. Dalam hal ini permasalahan penyalahguna/ketergantungan Narkoba yang sangat kompleks ini para orangtua tidak perlu menyalahkan siapa-siapa, karena sesungguhnya anak/remaja kita merupakan korban dari tatanan sosial yang tidak kondusif.

Berkaitan dengan itu maka dalam Program Terminal ini diberikan berbagai keterampilan dan hal-hal lainnya yang terkait yang dapat memberi bekal, sehingga mereka siap kembali ke lingkungan asalnya, dengan memiliki kekebalan baik fisik maupun mental terhadap Narkoba.

Adapun kegiatan-kegiatan selama mengikuti program Terminal tersebut, adalah sebagai berikut:

- Berbagai macam kursus, misalnya Bahasa Inggris, Bahasa Arab, Komputer dan lain-lain sesuai dengan minat atau jurusan sekolah/pekerjaan;
- Berbagai macam keterampilan, misalnya kerajinan,

- perbengkelan, pertukangan dan lain sebagainya sesuai dengan program Balai Latihan Kerja;
- Pendalaman keagamaan untuk memperkuat keimanan dan ketaqwaan kepada Tuhan YME.<sup>66</sup>

Program ini disesuaikan dengan bakat, kemampuan maupun latar belakang pendidikan serta dukungan moril dan materil dari orangtua.

Bila dihubungkan dengan tempat dan kegiatan yang dilaksanakan oleh tiap-tiap individu, maka jenis-jenis *after care* ini terbagi menjadi 4 (empat) bagian,<sup>67</sup> yaitu:

- 1. Live in work in**, artinya peserta *after care* tinggal dalam satu pondok di lingkungan PPM Darul Ichsan, didampingi oleh seorang *Team Leader* dan seorang Kyai. Kegiatan yang dilakukan seperti bimbingan belajar (SMP/SMU); management staff; dan industri yang meliputi pertanian, peternakan, perikanan dan perkebunan.
- 2. Live in work out**, artinya peserta tinggal dalam satu pondok dalam lingkungan PPM Darul Ichsan atau Wisma Kramatjati Jakarta didampingi oleh seorang *Team Leader* dan seorang Kyai. Kegiatan yang dilakukan seperti sekolah dan bimbingan belajar (SMP/SMU); management staff; perkuliahan; humas; seminar; pameran; perkantoran dan perhotelan.
- 3. Live out work in**, artinya peserta tinggal bersama keluarga. Kegiatan yang dilakukan seperti sekolah dan bimbingan belajar (SMP/SMU); management staff; perkuliahan; humas; seminar; pameran; perkantoran; perhotelan.
- 4. Live out work out**, artinya peserta tinggal bersama keluarga. Kegiatan yang dilakukan antara lain sekolah

dan bimbingan belajar (SMP/SMU); management staff; perkuliahan; humas; seminar; pameran; perkantoran; perhotelan.

Selama penelitian dilakukan, peserta *after care* di PPM Darul Ichsan sebanyak 13 (tiga belas) orang,<sup>68</sup> masing-masing:

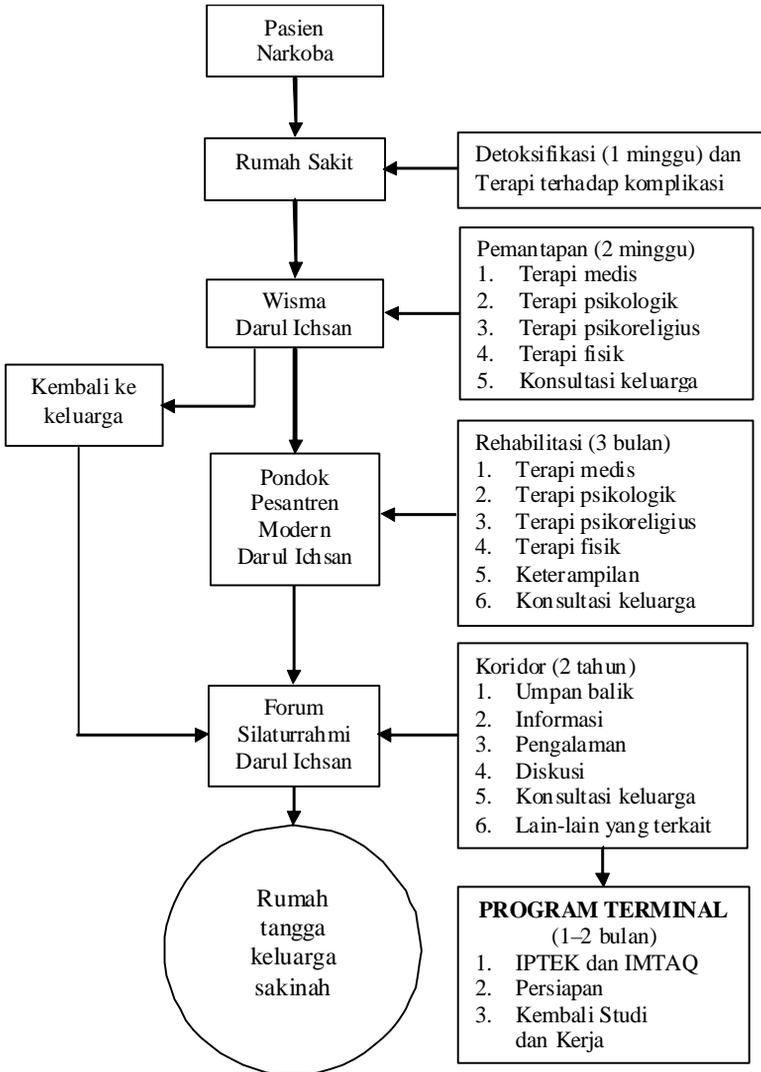
- Rizal, mengikuti program '*live in work in*' dengan kegiatan industri pertanian jamur.
- Habib, mengikuti program '*live in work in*' dengan kegiatan bimbingan belajar.
- Andy, mengikuti program '*live in work out*' dengan kegiatan bimbingan belajar.
- Ade, mengikuti program '*live in work out*' dengan kegiatan management staff.
- Noni, mengikuti program '*live in work out*' dengan kegiatan bimbingan belajar.
- Yuda, mengikuti program '*live out work out*' dengan kegiatan perkuliahan.
- Teguh, mengikuti program '*live in work out*' dengan kegiatan bimbingan belajar.
- Wawan, mengikuti program '*live out work in*' dengan kegiatan perkuliahan.
- Dendy, mengikuti program '*live out work out*' dengan kegiatan perkuliahan.
- Izhar, mengikuti program '*live in work out*' dengan kegiatan perkuliahan.
- Andri, mengikuti program '*live in work out*' dengan kegiatan management staff.
- Abraham, mengikuti program '*live out work in*' dengan kegiatan perkuliahan.

- Zaki, mengikuti program *'live out work out'* dengan kegiatan perkuliahan.

Demikian tahapan-tahapan yang harus ditempuh oleh para santri, mulai dari Terapi (detoksifikasi) sebagai penyembuhan awal selama 3 minggu; intervensi agama diberikan sesudah pasien selesai menjalani detoksifikasi, memasuki tahapan psikoterapi dan kemudian dilanjutkan ke tahapan Rehabilitasi (Pesantren) sebagai penyembuhan lanjutan selama 3–6 bulan; dan diakhiri dengan program Pasca Rehabilitasi atau pasca Pesantren selama 2 tahun, yang dilaksanakan sekaligus dengan memadukan aspek medis dan aspek religi. Ini merupakan koridor bagi alumni Pesantren beserta keluarganya untuk memantapkan terwujudnya rumah tangga/keluarga sakinah, yaitu keluarga religious dan harmonis.

Bagi keluarga mantan penyalahguna Narkoba, hendaknya dapat bersikap proaktif dan dengan seksama mengikuti perkembangan putra-putrinya yang sedang dalam proses Pasca Rehabilitasi, sehingga dapat terjalin kerjasama yang baik antara semua pihak yang terkait. Di samping itu dengan terbentuknya suatu ajang pertemuan bagi para keluarga korban Narkoba dapat dilakukan pertukaran informasi dan mencari ide-ide baru untuk mengatasi masalah yang sedang dihadapi. Melalui pertemuan-pertemuan itu pula dapat saling menghibur, menguatkan serta menambah wawasan mereka dalam menata dan menggapai cita-cita masa depan yang lebih baik dan indah. Untuk menggambarkan semua pembahasan tentang mekanisme Terapi dan Rehabilitasi maupun Pasca Rehabilitasi korban Narkoba di Pondok Pesantren Modern Darul Ichtan Bogor, secara skematis dapat dilihat berikut ini:

**SKEMA MEKANISME TERAPI DAN REHABILITASI  
KORBAN NARKOBA DI PPM DARUL ICHSAN  
BOGOR**



Dengan membaca skema di atas dapat dipahami bahwa proses pemulihan korban Narkoba ini memerlukan waktu yang cukup lama yaitu sejak korban masuk ke Rumah Sakit untuk menjalani program terapi detoksifikasi dan komplikasi medik selama 1 minggu dan dilanjutkan dengan program pemantapan (pasca detoksifikasi) selama 2 minggu, yang mencakup Terapi medik, Terapi psikiatrik, Terapi psikoreligius, Terapi fisik dan konsultasi keluarga. Setelah itu maka yang bersangkutan dapat melanjutkan ke program berikutnya yaitu Rehabilitasi. Namun bila oleh sesuatu sebab mereka tidak mengikuti program Rehabilitasi (misalnya ingin kembali sekolah/kuliah/kerja), mereka dapat kembali ke rumah/keluarga, dan tetap melakukan kontrol berobat jalan serta menjalani tes urin secara berkala, dengan maksud agar kemungkinan kambuh dapat ditekan seminimal mungkin.

Program Rehabilitasi lamanya antara 3–6 bulan, yang meliputi Rehabilitasi medik, psikologik, psikoreligius, konsultasi keluarga dan ditambah dengan keterampilan. Program lanjutan yang dapat diikuti santri setelah menyelesaikan Rehabilitasi adalah forum silaturrahi, yang dilaksanakan secara periodik 1–2 kali dalam sebulan dan berkesinambungan selama 2 tahun.

Tujuan yang hendak dicapai selama mengikuti kegiatan ini adalah mantan pecandu Narkoba dan keluarganya dapat memantapkan terwujudnya rumah tangga/keluarga sakinah yang harmonis dan religious. Forum silaturrahi ini merupakan forum dialog interaktif antara sesama peserta forum dengan dipandu oleh tenaga ahli sebagai fasilitator.

Program lainnya setelah menjalani fase Rehabilitasi, mantan penyalahguna Narkoba dapat melanjutkan ke

program terminal, yang merupakan tahapan akhir sebagai persiapan untuk kembali ke rumah atau lingkungan sosialnya. Dalam program ini diberikan berbagai keterampilan dan hal-hal lainnya yang terkait sehingga mereka siap kembali ke lingkungan masyarakatnya.

Kelima program tersebut di atas diharapkan akan menghasilkan keluarga yang sakinah artinya suasana keluarga kembali menjadi harmonis dan religius, gangguan mental dan perilaku penyalahguna/ketergantungan Narkoba sudah kembali normal, dan masing-masing anggota keluarga sudah dapat menjalankan fungsinya dengan baik (adaptif).

Dengan demikian apabila seluruh tahapan program Rehabilitasi ini telah selesai dijalani, diharapkan para mantan penyalahguna Narkoba mampu mengatasi berbagai problem kehidupan sehingga resiko kekambuhan dapat dihindari. Karena consensus internasional menyatakan bahwa apabila seorang anak/remaja mantan pecandu Narkoba selama 2 (dua) tahun berturut-turut tidak lagi mengkonsumsi Narkoba, maka ia baru dikatakan sembuh.

**Catatan:**

<sup>1</sup> Mintarsih A. Latief, “Proses Penyembuhan pada Pecandu”, *Makalah* pada Seminar Sehari Peranan Olahraga dalam Mencegah dan Menanggulangi Madat, Jakarta, 14 Juli 2001.

<sup>2</sup> Ma’ruf Samudra dan Dwi Wiyana, “Menguras Putaw Tanpa Sakaw”, *Tempo*, 6 Juni 1999, h. 58.

<sup>3</sup> Hidayat Tantan, dkk., “Granat Setelah Geram”, *Gatra*, 27 November 1999, h. 32.

<sup>4</sup> MF, “Wisma Ibrahim Tobat sambil Berobat”, *Opini Ummat*, Edisi 2/Th I, 9 – 25 April 2001, h. 20.

<sup>5</sup> Dadang Hawari, *Penyalahgunaan & Ketergantungan NAZA*, Jakarta: FKUI, h. 104.

<sup>6</sup> Hasil wawancara dengan santri: Santi, Novi, Inggit dan Abim, pada tanggal 10–11 Agustus 2001.

<sup>7</sup> Hasil wawancara dengan dr. Juliani Dahlan yang sehari-harinya bertugas melayani pasien penyalahgunaan Narkoba di RSKO, pada tanggal 7 Oktober 2002.

<sup>8</sup> Hidayat Tantan, dkk., “Granat Setelah Geram”, *Gatra*, 27 November 1999, h. 32.

<sup>9</sup> Dadang Hawari, *Terapi (Detoksifikasi) dan Rehabilitasi (Pesantren) Mutakhir (Sistem Terpadu) Pasien NAZA (Narkotika, Alkohol dan Zat Adiktif lain)*, Jakarta: UI Press, 1999, h. 3.

<sup>10</sup> Dadang Hawari, *Terapi, Ibid.*, h. 3–4.

<sup>11</sup> Obat ini dikatakan *major*, sebab sering digunakan pada penyakit mental yang “major” yakni kekacauan yang kuat. Selain itu *major tranquilizer* dapat membantu dalam mengatasi kecemasan dan tekanan bagi orang-orang yang mengalami masalah emosi agak berat, dan dapat memperkecil kecemasan dan membantu untuk tidur lebih baik. Obat penenang (untuk mengatasi kecemasan ini), selain *major tranquilizer* juga ada *minor tranquilizer* yakni obat penenang kadar rendah untuk mengatasi kecemasan. Selengkapnya lihat Robert Priest, *Anxiety and Depression*, Terj. *Bagaimana Cara Mencegah dan Mengatasi Stress dan Depresi*, Semarang: Dahara Prize, cet. 5, 1994, h. 75, 89.

<sup>12</sup> Dadang Hawari, *Penyalahgunaan, Op.cit.*, h. 105–106.

<sup>13</sup> Mengenai perbedaan kedua psikosis dan jenis-jenisnya,

selengkapnya dapat dibaca Sarlito Wirawan Sarwono, *Pengantar Umum Psikologi*, Jakarta: Bulan Bintang, 2000, h. 119–121. *Stressor psikososial* adalah setiap keadaan atau peristiwa yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang (anak, remaja, atau dewasa); dan bila sampai timbul keluhan-keluhan kejiwaan maka disebut depresi. Mengenai depresi selengkapnya baca Dadang Hawari, *Al-Qur'an, Ilmu Kedokteran Jiwa dan Kesehatan Jiwa*, Yogyakarta: Dana Bhakti Yasa, 1997, h. 44–45.

<sup>14</sup> Dadang Hawari, *Penyalahgunaan*, *Op.cit.*, h. 107.

<sup>15</sup> Selengkapnya lihat Robert Priest, *Anxiety and Depression*, *Op.cit.*, h. 75, 89.

<sup>16</sup> Dadang Hawari, *Penyalahgunaan*, *Op.cit.*, h. 109.

<sup>17</sup> Dadang Hawari, *Penyalahgunaan*, *Ibid.*, h. 108.

<sup>18</sup> M. Quraish Shihab, *Wawasan Al-Qur'an, Tafsir Maudhu'i atas Pelbagai Persoalan Umat*, Bandung: Mizan, 1996, h. 147.

<sup>19</sup> Al-Ahmady Abu An-Nur, *Ihdzaru Al-Mukhaddirât*, Terj. Fadhil Bahri, *Narkoba*, Jakarta: Darul Falah, 2000, h. 143.

<sup>20</sup> Al-Ahmady Abu An-Nur, *Ihdzaru Al-Mukhaddirât*, *Ibid.*, h. 143.

<sup>21</sup> *Sunan Abi Daud, Jilid IV, Kitab Al-Asyribah*, Hadis No. 3686, h. 90.

<sup>22</sup> *Sunan Abi Daud, Jilid IV, Kitab Al-Asyribah*, Hadis No. 3681, h. 87.

<sup>23</sup> Sulaiman Rasyid, *Fiqh Islam*, Bandung: Sinar Baru Algensindo, Cet. 32, 1998, h. 439.

<sup>24</sup> Dadang Hawari, *Penyalahgunaan*, *Op.cit.*, h. 118.

<sup>25</sup> Dadang Hawari, *Penyalahgunaan*, *Ibid.*, h. 11–120.

<sup>26</sup> Dadang Hawari, *Penyalahgunaan*, *Ibid.*, h. 120–121.

<sup>27</sup> Dadang Hawari, *Terapi*, *Op.cit.*, h. 4–5.

<sup>28</sup> Dadang Hawari, *Terapi*, *Ibid.*, h. 6–7.

<sup>29</sup> Dadang Hawari, *Terapi*, *Ibid.*, h. 8–10.

<sup>30</sup> Dadang Hawari, *Penyalahgunaan*, *Op.cit.*, h. 126.

<sup>31</sup> Dadang Hawari, “Agama, Psikiatri dan Kesehatan Jiwa: Refleksi atas Pemikiran Zakiah Daradjat”, dalam *70 Tahun Prof. Dr. Zakiah Daradjat: Perkembangan Psikologi Agama dan Pendidikan Islam di Indonesia*, Jakarta: Logos Wacana Ilmu, 1999, h. 133.

<sup>32</sup> Dadang Hawari, “Agama, Psikiatri dan Kesehatan Jiwa...”, dalam *70 Tahun, Ibid.*, h. 126.

<sup>33</sup> Irmansyah, “detoksifikasi Zat Adiktif, Fokus pada Opiat”, *Waspada Narkoba*, No. 13/Th II/Mei 2001, h. 5.

<sup>34</sup> Lambertus Somar, *Rehabilitasi Pecandu Narkoba*, Jakarta: Grasindo, 2001, h. 19.

<sup>35</sup> Kartono M, dkk., “Ingin Pulih TC-lah Jalan Keluarnya”, *Waspada Narkoba*, No. 14 tahun II, Juli 2001, h. 4.

<sup>36</sup> E. Holiluddin, “Mengenal TC Lebih Dekat”, *Waspada Narkoba*, No. 14 tahun II, Juli 2001, h. 9.

<sup>37</sup> E. Holiluddin, “Mengenal TC Lebih Dekat”, *Ibid.*, h. 5.

<sup>38</sup> Masruhi Sudiro, *Islam Melawan Narkoba*, Yogyakarta: Madani Pustakan Indah, 2000, h. 153.

<sup>39</sup> Masruhi Sudiro, *Islam Melawan Narkoba, Ibid.*, h. 157.

<sup>40</sup> Kamaruddin dan Jayani, “Zikir Bersama Pecandu Narkoba”, *Gatra*, 30 Desember 2000, h. 39.

<sup>41</sup> Dadang Hawari, *Terapi, Op.cit.*, h. 18.

<sup>42</sup> Dadang Hawari, *Penyalahgunaan, Op.cit.*, h. 133–134.

<sup>43</sup> Dadang Hawari, *Terapi, Op.cit.*, h. 19–20.

<sup>44</sup> Dadang Hawari, *Terapi, Ibid.*, h. 20.

<sup>45</sup> Dadang Hawari, *Terapi, Ibid.*, h. 21–23.

<sup>46</sup> Dadang Hawari, *Penyalahgunaan, Op.cit.*, h. 134.

<sup>47</sup> Dadang Hawari, *Penyalahgunaan, Ibid.*, h. 134–135.

<sup>48</sup> Dadang Hawari, *Penyalahgunaan, Ibid.*, h. 135.

<sup>49</sup> Asmarahadi, “Rehabilitasi untuk Menormalisasi Kembali si Korban”, *Waspada Narkoba*, no. 13, Th.II, Mei 2001, h. 5.

<sup>50</sup> Dadang Hawari, *Penyalahgunaan, Op.cit.*, h. 136.

<sup>51</sup> Dadang Hawari, *Penyalahgunaan, Ibid.*, h. 83–84, 137–138.

<sup>52</sup> Dadang Hawari, *Penyalahgunaan, Ibid.*, h. 138.

<sup>53</sup> Dadang Hawari, *Penyalahgunaan, Ibid.*, h. 139.

<sup>54</sup> Dadang Hawari, *Penyalahgunaan, Ibid.*, h. 140.

<sup>55</sup> PPM Darul Ichsan, *Mekanisme PPM Darul Ichsan*, Jakarta: PPM DI, 1999, h. 1–4.

<sup>56</sup> Dadang Hawari, *Penyalahgunaan, Op.cit.*, h. 141.

<sup>57</sup> Zakiah Daradjat, *Pembinaan Remaja*, Jakarta: Bulan Bintang, 1982, h. 17.

<sup>58</sup> Wawancara dengan Kyai Ekrom Maftuhi dan Kyai Suwirya Wijaya pada tanggal 1 September 2001.

<sup>59</sup> Yayasan Kita, “Sekilas tentang Narcotics Anonymous”, *Waspada Narkoba*, No. 13 thn II, Mei 2001, h. 12.

<sup>60</sup> Dadang Hawari, “Obat Saja Tidak Cukup”, *Tempo*, 6 Juni 1999, h. 59.

<sup>61</sup> Dadang Hawari, *Terapi*, *Op.cit.*, h. 29.

<sup>62</sup> Lambertus Somar, *Kambuh (Relapse) Sudut Pandang bagi Mantan Pecandu Narkoba*, Jakarta: Grasindo, 2001, h. vii.

<sup>63</sup> Dadang Hawari, *Terapi*, *Op.cit.*, h. 30.

<sup>64</sup> Dadang Hawari, *Terapi*, *Ibid.*, h. 31.

<sup>65</sup> Dadang Hawari, *Penyalahgunaan*, *Op.cit.*, h. 143.

<sup>66</sup> Dadang Hawari, *Penyalahgunaan*, *Op.cit.*, h. 145.

<sup>67</sup> Team After Care PPM Darul Ichsan, “Bahan Presentasi *After Care*”, Jakarta: PPMDI, 1999, h. 3–4.

<sup>68</sup> Sumber dari data tentang Posisi Santri *After Care* Pusat Rehabilitasi Korban Narkoba PPM Darul Ichsan, Bulan Juli 2001. Nama-nama ini bukan yang sebenarnya.

# BAB V

## PENUTUP

### A. KESIMPULAN

Berdasarkan uraian yang telah dikemukakan pada bab-bab terdahulu, peneliti dapat menyimpulkan bahwa para pecandu Narkoba yang sedang menjalani program Rehabilitasi di Pondok Pesantren Modern Darul Ihsan pada dasarnya mengalami kekosongan spiritual. Oleh karenanya peran agama sebagai kekuatan spiritual amat penting dan fundamental dalam Terapi dan Rehabilitasi korban Narkoba agar mereka imun (kebal) terhadap penyalahgunaan Narkoba kembali (*relapse*).

Sistem Terapi yang diterapkan di PPM Darul Ihsan adalah *Abstinencia Totalis* (blok total), yaitu menghentikan secara total penggunaan Narkoba dengan prinsip “Berobat dan Bertobat”. Pelaksanaan Terapi detoksifikasi membutuhkan waktu selama 3 (tiga) minggu. Intervensi agama diberikan sesudah seorang pasien Narkoba selesai menjalani detoksifikasi. Sedangkan metode Rehabilitasi yang diterapkan di PPM Darul Ihsan adalah metode Terpadu, yakni menggabungkan ilmu pengetahuan kedokteran (medik psikiatrik) dan agama (psikoreligius), dalam upaya memulihkan dan mengembalikan kondisi para mantan pecandu Narkoba menjadi sehat secara fisik, psikologik, sosial dan spiritual, yang dilaksanakan selama 3–6 bulan.

Berdasarkan temuan di lapangan, setelah menjalani Terapi dan Rehabilitasi, kesembuhan santri baru mencapai 80%, maka program selanjutnya adalah program *After Care* (Pasca Rehabilitasi) melalui Forum Silaturahmi dan Program Terminal (*Re-Entry*) untuk persiapan kembali ke masyarakat. Program ini merupakan koridor bagi alumni Pesantren serta keluarganya.

Mantan pecandu Narkoba dinyatakan sembuh baik fisik, psikis, sosial maupun spiritualnya apabila tidak lagi mengkonsumsi Narkoba minimal 2 tahun berturut-turut.

Studi kepustakaan menunjukkan bahwa Terapi dan Rehabilitasi korban Narkoba yang hanya menggunakan aspek medik kekambuhannya mencapai 43,90%; sedangkan hasil studi lapangan menemukan bahwa Terapi dan Rehabilitasi yang menggunakan Metode Terpadu (aspek medik dan agama) kekambuhannya 05,00%. Dengan demikian, Peran Agama dalam Terapi dan Rehabilitasi korban Narkoba di PPM Darul Ihsan dapat mengatasi kekambuhan (*relapse*) sebanyak 38,90%.

## **B. SARAN-SARAN**

Hasil penelitian ini baru merupakan temuan awal bagi penanggulangan Korban penyalahgunaan Narkoba dengan melibatkan peran agama dalam Terapi dan Rehabilitasi. Untuk itu temuan ini penting bagi upaya prevensi, Terapi dan Rehabilitasi pada penyalahgunaan Narkoba, dan pendekatan keagamaan perlu diikutsertakan pada upaya penanggulangan Narkoba. Pendidikan agama sejak dini akan memperkuat komitmen agama bila seorang anak kelak menginjak remaja

dan menjadi dewasa, sehingga resiko penyalahgunaan Narkoba dapat diperkecil.

Untuk mengurangi resiko anak/remaja terlibat dalam penyalahgunaan Narkoba, maka kehidupan agama dalam keluarga harus ditingkatkan, kuantitas dan kualitas kebersamaan serta jalinan komunikasi antar anggota keluarga harus dioptimalkan.

Di sisi lain, dalam upaya penanggulangan Narkoba perlu memberdayakan potensi masyarakat untuk secara swakarsa, swadaya, swasembada dan swadana memerangi Narkoba di lingkungannya masing-masing untuk menciptakan lingkungan bebas Narkoba. Demikian juga bagi institusi pendidikan dituntut proaktif dalam pencegahan Narkoba (*preventing drug education*) dengan memasukkannya dalam kurikulum sekolah.

Peneliti mengharapkan temuan ini dapat menambah informasi dan memberikan sumbangan pemikiran bagi para penyelenggara Rehabilitasi korban Narkoba, para orang tua, para remaja, serta peneliti selanjutnya. Wallahu a'lam.

## REFERENSI

- Abdulkadir, Emo Kastama, *Inabah*, Tasikmalaya: Yayasan Serba Bhakti Pondok Pesantren Suryalaya, 1994.
- Arifin, M., *Pendidikan Islam dalam Arus Dinamika Masyarakat*, Jakarta: Golden Terayon Press, 1994.
- Arikunto, Suharsimi, *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*, Jakarta: Rineka Cipta, 1993.
- Bakolak INPRES No. 6/1971, *Petunjuk Khusus tentang Operasi Penerangan INPRES No. 6/1971 mengenai Narkotika*, Pedoman 3.
- Bakolak INPRES No. 6/1971, *Petunjuk Khusus tentang Operasi Penerangan INPRES No. 6/1971 mengenai Kenakalan Remaja*, Pedoman 5.
- Cross, Herbert J. dan Randall R.K., "Psychological Perspectives on Drugs and Youth", dalam James F Adams, *Understanding Adolescence: Current Developments in Adolescent Psychology*, Massachusetts: Allyn and Bacon, 1980.
- Daradjat, Zakiah, *Pendidikan Islam dalam Keluarga dan Sekolah*, Jakarta: Ruhama, cet. 2, 1995.
- \_\_\_\_\_, *Pendidikan Agama dalam Pembinaan Mental*, Jakarta: Bulan Bintang, cet. 3, 1975.
- \_\_\_\_\_, *Pembinaan Remaja*, Jakarta: Bulan Bintang, cet. 4, 1982.
- \_\_\_\_\_, *Ilmu Jiwa Agama*, Jakarta: Bulan Bintang, cet. 8, 1984.
- \_\_\_\_\_, *Kesehatan Mental*, Jakarta: Haji Masagung, 1990.

- \_\_\_\_\_, *70 Tahun Prof. Dr. Zakiah Daradjat, Perkembangan Psikologi Agama dan dan Pendidikan Islam di Indonesia*, Jakarta: Logos Wacana Ilmu, 1999.
- \_\_\_\_\_, *Peranan Agama dalam Kesehatan Mental*, Jakarta: Toko Gunung Agung, 2001
- Departemen Penerangan RI, *Comprehensive Multidisciplinary Outline (CMO): Masalah Narkotika*, Jakarta: Ditjenpenum Deppen RI., 1991.
- \_\_\_\_\_, *Penanggulangan Penyalahgunaan Narkotika menurut Pandangan Agama: Islam, Kristen Protestan, Katolik, Hindu dan Buddha*, Jakarta: Ditjenpenum RI., 1990/1991.
- \_\_\_\_\_, *Buku Himpunan Perundang-undangan Narkotika dan Psicotropika*, Jakarta: Ditjenpenum, Edisi 1998/1999.
- \_\_\_\_\_, *Tuntunan Juru Penerang*, Jakarta: Ditjenpenum Deppen RI., edisi viii, 1996.
- \_\_\_\_\_, *Tuntunan Juru Penerang*, Jakarta: Ditjenpenum Deppen RI., edisi x, 1995.
- \_\_\_\_\_, *Himpunan Peraturan Perundang-undangan Narkotika dan Psicotropika*, Jakarta: Ditjenpenum Deppen RI, 1998.
- \_\_\_\_\_, *Pedoman Program Kegiatan Pencegahan Penyalahgunaan Narkotika*, Jakarta: Ditjenpenum Deppen, 1991/1992.
- \_\_\_\_\_, *Peran Serta Masyarakat dalam Penanggulangan Penyalahgunaan Narkotika*, Jakarta: Ditjenpenum Deppen, 1994.
- \_\_\_\_\_, *Buku Panduan Penyuluhan Kesehatan Jiwa mengenai Penyalahgunaan Narkotika, Alkohol dan Zat Adiktif Lain*, Jakarta: Ditjenpenum, 1986.

- DITBIMMAS POLRI, *Penanggulangan Penyalahgunaan Bahaya Narkoba: Dengan Teknik Pendekatan Yuridis, Psikologis, Medis, Religius*, Jakarta: Subdit Bintibmas Ditbimmas Polri, 2001.
- Djadjasudarma, T. Fatimah, *Metode Linguistik: Ancangan Metode Penelitian dan Kajian*, Bandung: ERESCO, 1993.
- Al-Fanjari, Ahmad Syauqi, *Al-Thibbul Wiqo'i*, Terj. Ahsin Wijaya, dkk., *Nilai Kesehatan dalam Syariat Islam*, Jakarta: Bumi Aksara, 1996.
- Gani, Ikin A., dkk., Bina Taruna 101, *Bahaya Penyalahgunaan Narkotika/Obat Keras dan Penanggulangannya*, Jakarta: BP. Sandaan, 1984.
- Gardjito S.O., “Peraturan Perundang-undangan di Bidang Narkotika, Minuman Keras, dan Zat Adiktif Lain”, dalam *Buku Panduan Penyuluhan Kesehatan Jiwa mengenai Penyalahgunaan Narkotika, Alkohol dan Zat Adiktif Lain*, Jakarta: Deppen RI, 1986.
- Gordon, Thomas, *Parent Effectiveness Training*, terj. Farida Lestira Subarja, dkk., *Menjadi Orang Tua Efektif*, Jakarta: Gramedia, 1983.
- Gunarsa, Singgih D., *Dasar dan Teori Perkembangan Anak*, Jakarta: BPK Gunung Mulia, 1987.
- Hawari, Dadang, *Konsep Islam Memerangi AIDS & NAZA*, Yogyakarta: Dana Bhakti Prima Yasa, 1996.
- \_\_\_\_\_, al-Qur’an, *Ilmu Kedokteran Jiwa dan Kesehatan Jiwa*, Yogyakarta: Dana Bhakti Prima Yasa, 1997.
- \_\_\_\_\_, *Do’a dan Dzikir sebagai Pelengkap Terapi Media*, Jakarta: Dana Bhakti Prima Yasa, 1997.
- \_\_\_\_\_, *Terapi (Detoksifikasi) dan Rehabilitasi (Pesantren)*

- Mutakhir (Sistem Terpadu) Pasien Terpadu) Pasien NAZA (Narkotika, Alkohol dan Zat Adiktif lain)*, Jakarta: UI Press, 1999.
- \_\_\_\_\_, “Agama, Psikiatri, dan Kesehatan Jiwa: Refleksi atas Pemikiran Zakiah Daradjat”, dalam *70 Tahun Perkembangan Psikologi Agama dan Pendidikan Islam di Indonesia*, Jakarta: Logos Wacana Ilmu, 1999.
- \_\_\_\_\_, *Gerakan Nasional Anti Mo-Limo*, Yogyakarta: Dana Bhakti Prima Yasa, 2000.
- \_\_\_\_\_, *Penyalahgunaan & Ketergantungan NAZA (Narkotika, Alkohol & Zat Adiktif)*, Jakarta: FKUI, 2001.
- Hermawan A., Rahman, *Penyalahgunaan Narkotika oleh Para Remaja*, Bandung: Eresco, 1992.
- Husin, Al Bahri, “Terapi Gangguan Jiwa yang Berkaitan dengan Penggunaan Narkotika, Alkohol, Zat Adiktif Lain”, dalam *Buku Panduan Penyuluhan Kesehatan Jiwa Mengenai Penyalahgunaan Narkotika, Alkohol dan Zat Adiktif Lain*, Jakarta: Deppen RI, 1986.
- Joewana, Satya, “Farmakologi Zat Adiktif”, dalam *Buku Panduan Penyuluhan Kesehatan Jiwa Mengenai Penyalahgunaan Narkotika, Alkohol dan Zat Adiktif Lain*, Jakarta: Deppen RI, 1986.
- \_\_\_\_\_, “Pengenalan Dini Potential User”, dalam *Buku Panduan Penyuluhan Kesehatan Jiwa Mengenai Penyalahgunaan Narkotika, Alkohol dan Zat Adiktif Lain*, Jakarta: Deppen RI, 1986.
- \_\_\_\_\_, *Gangguan Penggunaan Zat: Narkotika, Alkohol, dan Zat Adiktif Lain*, Jakarta: Gramedia, 1989.
- Kartono, Kartini, *Patologi Sosial II: Kenakalan Remaja*, Jakarta: Rajawali, 1992.

- \_\_\_\_\_, *Psikologi Umum*, Bandung: Mandar Maju, 1990.
- Kendler, C.O., et.al., “*Religion, Psychopathology, and Substances Use and Abuse; A Multimeasure, Genetic Epidemiologic Study*”, dalam *The American Journal of Psychiatry*, vol.154, No.3, Maret 1997.
- Latief, Mintarsih A., “Faktor-faktor Penyebab dan Peluang pada Penyalahgunaan Zat Adiktif”, dalam *Buku Panduan Penyuluhan Kesehatan Jiwa Mengenai Penyalahgunaan Narkotika, Alkohol dan Zat Adiktif Lain*, Jakarta: Ditjenpenum Deppen, 1986.
- Al-Maragi, Ahmad Mustafa, *Tafsir Al-Maragi*, Juz 7,8,9, terj. K. Anshori Umar Sitanggal, dkk., Semarang: Toha Putra, 1992.
- Moleong, Lexy J., *Metodologi Penelitian Kualitatif*, Bandung: Remaja Rosdakarya, 1993.
- MUI, *Himpunan Fatwa Majelis Ulama Indonesia*, Jakarta: MUI, 1997.
- Nasution, S., *Metode Penelitian Naturalistik-Kualitatif*, Bandung: Tarsito, 1992.
- An-Nur, Al-Ahmady Abu, *Ihdzaru Al-Mukhaddirât*, terj. Fadhli Bakri, NARKOBA, Jakarta: Darul Falah, 2000.
- Panitia Simposium HUT ke 49 RSPAD Gatot Subroto, *Kumpulan Makalah* pada Simposium Sehari Bahaya Narkotika dan Zat Adiktif terhadap Generasi Muda serta Upaya Penanggulangannya, Jakarta, 28 Agustus 1999.
- PPMDI, *Mekanisme PPM Darul Ichsan*, Jakarta: PPMDI, 1999.
- Priest, Robert, *Anxiety and Depression*, terj. *Bagaimana Cara Mencegah dan Mengatasi Stres dan Depresi*, Semarang: Dahara Prize, cet.5, 1994.

- Rasyid, Sulaiman, *Fiqh Islam*, Bandung; Sinar Baru Algesindo, cet. 32, 1998.
- As-Sadlan, Shalih bin Ghamin, *Al-Mukhaddirât wal Aqâqîr An-Nafsiyah*, terj. Abu Ihsan Al-Atsari, *Bahaya Narkoba Mengancam Umat*, Jakarta: Darul Haq, 2000.
- Sarwono, Sarlito Wirawan, *Pengantar Umum Psikologi*, Jakarta: Bulan Bintang, cet.8, 2000.
- \_\_\_\_\_, *Psikologi Remaja*, Jakarta: RajaGrafindo Persada, cet.6, 2001.
- \_\_\_\_\_, *Psikologi Sosial*, Jakarta: Balai Pustaka, cet.2, 1999.
- Shihab, M. Quraish, *Wawasan Al-Qur'an: Tafsir Maudhu'i atas Pelbagai Persoalan Umat*, Bandung: Mizan, 1996.
- Sitanggang, BA., *Pendidikan Pencegahan Penyalahgunaan Narkotika*, Jakarta: Karya Utama, cet.2, 1981.
- Somar, Labertus, *Rehabilitasi Pencegahan Pecandu Narkoba*, Jakarta: Grasindo, 2001.
- \_\_\_\_\_, *Kambuh (Relapse): Sudut Pandang bagi Mantan Pecandu Narkoba*, Jakarta: Grasindo, 2001.
- Subagjo, AM., *Pedoman Pelaksanaan Tugas Kyaiwan/Kyaiwati Pusat Rehabilitasi Metode Prof. Dadang Hawari*, Jakarta: PPM Darul Ihsan, 15 Pebruari 1999.
- Su'dan, R.H., *Al-Qur'an dan Panduan Kesehatan Masyarakat*, Yogyakarta: Dana Bhakti Prima Yasa, 1997.
- Sudiro, Masruhi, *Islam Melawan Narkoba*, Yogyakarta: Madani Pustaka Hikmah, 2000.
- Surakhmad, Winarno, *Pengantar Penelitian Ilmiah*, Bandung: Tarsito, 1980.
- Sutomo, Tj.A., Direktur Bimmas Polri, selaku Kasatgas LUHPEN

- Narkoba Mabes Polri, dalam kata pengantar buku *Penanggulangan Penyalahgunaan Bahaya Narkoba*, Jakarta: Dit Bimmas Polri, 2001.
- Team After Care, *Bahan Presentasi After Care*, Jakarta: PPM Darul Ichsan, 18 Nopember 1999.
- Usman, Husaini dan Akbar, Purnomo Setiady, *Metodologi Penelitian Sosial*, Jakarta: Bumi Aksara, 2000.
- Widjono, Erwin, “Peristilahan (Terminologi) dan Batasan (Defenisi)”, dalam *Buku Panduan Penyuluhan Kesehatan Jiwa mengenai Penyalahgunaan Narkotika, Alkohol dan Zat Adiktif Lain*, Jakarta: Deppen RI, 1986.
- Wrench, David F. dan Wrench, Chris, *Psychology a Social Approach*, New York: McGraw-Hill Book Company, Second Edition, 1973.
- Yanny L., Dwi, *Narkoba: Pencegahan dan Penanganannya*, Jakarta: Elex Media Komputindo, 2001.
- Yayasan Cinta Anak Bangsa, *Narkoba Sekali Dicoba Membelenggu Seumur Hidup*, Jakarta: YCAB, 2001.
- , *Panduan Bagi Orangtua untuk Mengatasi Masalah Narkoba*, Jakarta: YCAB, 2001.
- Zainuddin, AM. St., *Anak dan Lingkungannya menurut Pandangan Islam*, Jakarta: Andes Utama Prima, 1994.
- Zimbardo, Philip G., *Psychology and Life*, London: Scott, Foresman and Company, Eleventh Edition, 1985.

## **MAKALAH**

Aman, M. Noor, Aspam KASAD, Sambutan pada Simposium Bahaya Narkotika dan Zat Adiktif terhadap Generasi Muda serta Penanggulangannya, Jakarta, 28 Agustus 1999.

Arismunandar, Wismoyo, *Keynote Speaker* Ketua Umum KONI Pusat pada Seminar “Peranan Olahraga dalam Mencegah dan Menanggulangi Bahaya Madat”, Jakarta, 14 Juli 2001.

Azwar, Azrul, *Keynote Address* Menteri Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial, pada Seminar Sehari tentang “Peran Olahraga dalam Mencegah Penanggulangan NAPZA”, Jakarta, 14 Juli 2001.

Bachtiar, Da’i, Sambutan Kepala Pelaksana Harian Badan Koordinasi Narkotika Nasional, Seminar Sehari tentang “Peranan Olahraga dalam Mencegah dan Menanggulangi Bahaya Madat”, Jakarta, 14 Juli 2001.

Chatib, Asrul, “Peran Guru, Orangtua, dan LSM: Survei Narkoba di Sekolah dan Masyarakat”, *Makalah* pada Simposium Detoksifikasi Opioid Cepat dalam Anestesia, Jakarta, 19 Mei 2001.

Djauzi, Samsuridjal, “Infeksi HIV pada Pengguna Narkoba Suntikan”, *Makalah* pada Simposium Sehari Detoksifikasi Opioid Cepat dalam Anestesia, Jakarta, 19 Mei 2001.

Fatimah, “Upaya Mengatasi Bahay Narkoba dengan Aktivitas Olahraga”, *Makalah* Seminar Sehari tentang Peranan Olahraga dalam Pencegahan dan Penanggulangan Bahaya Madat, Jakarta, 14 Juli 2001.

Hadiman, Ketua Umum DP Bersama, “Madat, Permasalahan dan Penanggulangannya”, *Makalah* Seminar Sehari tentang Peranan Olahraga dalam Pencegahan dan

- Penanggulangan Bahaya Madat, Jakarta, 14 Juli 2001.
- Harharun, Edy, Ka. RSPAD Gatot Subroto, Sambutan pada Simposium Bahaya Narkotika dan Zat Adiktif terhadap Generasi Muda serta Penanggulangannya, Jakarta, 28 Agustus 1999.
- Jatiman, Sardjono, “Anak dan Remaja dalam Perubahan Sosial”, *Makalah* pada Pelatihan Penanganan Lanjutan Korban Narkoba, Jakarta, PPMDI, 2000.
- Johannes, Christian A., “Usaha Menyelamatkan Jiwa Pasien karena Overdosis”, *Makalah* pada Simposium Bahaya Narkotika dan Zat Adiktif terhadap Generasi Muda serta Penanggulangannya, Jakarta, 29 Agustus 1999.
- Latief, Mintarsih A., “Suatu Pandangan Aspek Pencegahan dari LSM Bersama”, *Makalah*, Jakarta, 17 Pebruari 2000.
- , Bersama, “Proses Penyembuhan pada Pecandu”, *Makalah* Seminar Sehari Peranan Olahraga dalam Mencegah dan Menanggulangi Bahaya Madat, Jakarta, 14 Juli 2001.
- Munandar, S.C. Utami, “Kesiapan Keluarga dalam Membina Korban Narkoba”, *Makalah* untuk Pelatihan Penanganan Lanjutan Anak Korban Narkoba, Jakarta, 30 Juni 2000.
- Nizar, Rinaldi, “Manfaat Naltrekson”, *Makalah* pada Simposium Sehari Detoksifikasi Opioid Cepat dalam Anestesia, Jakarta, 19 Mei 2001.
- Nurfaizi, Kalakhar BNN, “Penanggulangan Bahaya Penyalahgunaan Narkoba Ditinjau dari Peraturan/Perundang-undangan”, *Makalah* pada Penyuluhan Bahaya Penyalahgunaan Narkoba bagi Warga Binaan Pemasarakatan Direktorat Jenderal Pemasarakatan Jakarta, Jakarta, 21 Agustus 2002.

- \_\_\_\_\_, *Makalah* pada Seminar Sehari “Membangun Manusia Indonesia Bebas Narkoba”, Jakarta, 24 Agustus 2002.
- Oloan, ET, “Metode Baru Mengatasi Kecanduan Narkotika”, *Makalah* pada Simposium Sehari Detoksifikasi Opioid Cepat dalam Anestesia, Jakarta, 19 Mei 2001.
- Padmohoedoyo, Lina G., “Peran Serta Masyarakat dalam Menghadapi Masalah Penyalahgunaan Narkoba, Psikotropika dan Zat Adiktif Lainnya”, *Makalah* pada Simposium Bahaya Narkotika dan Zat Adiktif terhadap Generasi Muda serta Penanggulangannya, Jakarta, 28 Agustus 1999.
- Poluan, K. Maria, “Gejala dan Akibat Ketergantungan Narkotika serta Cara Penanggulangannya”, *Makalah* pada Simposium Bahaya Narkotika dan Zat Adiktif terhadap Generasi Muda serta Penanggulangannya, Jakarta, 28 Agustus 1999.
- Salamun, “Olahraga & Pengaruhnya terhadap Tubuh, Jiwa serta Kehidupan Sosial”, *Makalah* pada Seminar Sehari tentang Peranan Olahraga dalam Mencegah dan Menanggulangi Bahaya Madat, Jakarta, 14 Juli 2001.
- Sarengat dan Kartini, “Manfaat Olahraga dalam Rehabilitasi Narkoba”, *Makalah* pada Seminar Sehari tentang Peranan Olahraga dalam Mencegah dan Menanggulangi Bahaya Madat, Jakarta, 14 Juli 2001.
- Soeryo, W. Soebagio, “Upaya Pemerintah dalam Menanggulangi Penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya”, *Makalah* pada Simposium Bahaya Narkotika dan Zat Adiktif terhadap Generasi Muda serta Penanggulangannya, Jakarta, 28 Agustus 1999.

Sudomo, Untung dan Sumantri, Gatot, “Kerusakan Organ Akibat Narkotik dan Zat Adiktif”, *Makalah* pada Simposium Bahaya NAZA pada Generasi Muda, Jakarta, 28 Agustus 1999.

Sunatrio, S, “Penyembuhan Kecanduan Narkotik dengan Neurogulasi”, *Makalah* Simposium Sehari Detoksifikasi Opioid Cepat dalam Anestesia (DOCA), Jakarta, 19 Mei 2001.

**ARTIKEL**

Alkaterie, Romzy, “Perangi Narkotika Lewat Internet”, *Matra*, Mei 2000.

Asmarahadi, “Rehabilitasi untuk Menormalisasi Kembali Si Korban”, *Waspada Narkoba*, No. 13/Th. II/Mei 2001.

C12., “1000 Orang Gelar Aksi Antinarkoba”, *Republika*, 20 April 2002.

Hawari, Dadang, “Ecstasy, Sang Perusak Syaraf”, *Republika*, 18 April 1996.

\_\_\_\_\_, “Ganja, Pencetus Gangguan Jiwa”, *Republika*, 31 Agustus 1996.

\_\_\_\_\_, “Menggapai *Putaw*, bila *Sakaw* Datang”, *Harian Pelita*, 17 Juni 1996.

\_\_\_\_\_, “Miras, Pemicu Perilaku Keras”, *Republika*, 10 Oktober 1996.

\_\_\_\_\_, “Obat Saja Tidak Cukup”, *Tempo*, 6 Juni 1999.

\_\_\_\_\_, “Tiga Kelompok Pemakai Ecstasy: Kriminal, Korban atau Pasien?”, *Republika*, 19 Juli 1996.

\_\_\_\_\_, “Wisma Ibrahim: Tobat Sambil Berobat”, *Opini Ummat*, Edisi 2/Th.I, 9–25 April 2001.

Irmansyah, “Detoksifikasi Zat Adiktif, Fokus pada Opiat”, *Waspada Narkoba*, No.13/ Th.II/Mei 2001.

LOK, “Presiden Megawati Serukan Bertempur Melawan Narkoba”, *Kompas*, 27 Juni 2002.

Maqsudi, N., “Kemewahan Dapat Menjerumuskan Anak”, *Media Dakwah*, Jum. Awal 1421/Agustus 2000.

Mul, “Dua Bandar Narkoba Tewas Ditembak Polisi, Penyelundup Heroin Dijatuhi Hukuman Mati”, *Kompas*, 19 Nopember

2001.

NN. (m21), “50 Persen Korban Narkoba di Malaysia Orang Indonesia”, *Harian Waspada Medan*, 23 April 2002.

Nn. (m05), “Sumut Lebih Maju dari Jakarta dalam Hal Memerantas Narkoba”, *Harian Waspada Medan*, 23 April 2002.

Nri, “Isap 9 Rokok, Resiko Kanker 4,6 Kali Lipat”, *Republika*, 17 Mei 2002.

Sapruddin, Gita Marina, “Perilaku Berisiko Remaja” *Warta Demografi*, Thn 29, No. 4, 1999.

SS., “10.000 Orang Perhari Mati Karena Merokok”, *Republika*, 28 Mei 1999.

Subagiyo, Sri Suparyati, “Menanti Kawasan Bebas Narkoba”, *Waspada*, No. 13/Tahun II/Mei 2001.

Syah, Sahrul, “Melihat Kesungguhan Singapura dan Malaysia Menanggulangi NAZA”, *Senandika*, Pebruari 2000.

Umang, “Gadis Kecil Winda: Ia Dibunuh Demi Pil Koplo”, *Mutiara Kartini*, No. 9/1, 3 September 2000.



