

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Narkoba (Narkotika dan Obat-Obat Berbahaya)

Narkoba (Narkotika dan Obat-Obat Berbahaya) merupakan istilah untuk menyebutkan macam-macam obat yang biasa disalahgunakan dan menyebabkan kecanduan. Beberapa sebutan lainnya adalah Napza (Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif lainnya) dan Naza (Narkotika dan Zat Adiktif lainnya).

Menurut Dirdjosisworo (1985), *narcotic* adalah semua bahan baik yang berasal dari bahan-bahan alam ataupun sintesis dan mempunyai efek kerja pada umumnya, yaitu: membiuskan (dapat menurunkan kesadaran), merangsang (menimbulkan kegiatan-kegiatan atau prestasi kerja), ketagihan (ketergantungan), dan menghayal (menimbulkan daya hayal).

Sejalan dengan pengertian diatas *The National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information (NCADI)*, 1999 dalam Kusrohmania (2000) lebih memperinci pengelompokan obat-obatan kedalam suatu substansi kategori yaitu:

- a. Narcotics: Alfentamil, Cocain, Codeine, Carck Cocain, Fentanyl, Heroin, Hydromorphin, Ice, Meperidine, Methadone, Morphine, Nalorphine, Opium, Oxycodone, Propoxyphene.
- b. Depresant: Amobarbital, Benzodiazepine, Chloral Hydrate, Chordiazepoxide, Diazepam, Glutethimede, Meprobamate, Methaqualone, Nitrous Oxide, Pentobarbital, Phenobarbital, Secobarbital.
- c. Stimulant: Amphetamine, Benzadrine, Benzphetamine, Butyl Nitrite, Dextroamphetamine, Methamphetamine, Methylphenidate, Phenmetrazine.
- d. Hallucinogens: Buffotenine, LSD, MDA, MDEA, MDMA, Mescaline, MMDA, Phencyclidine, Psilocybin.
- e. Cannabis: Lorazepam, Marijuana, Tetrahydrocannabinol.
- f. Alcohol: Etyhl Alcohol.
- g. Steroids: Dianabol, Nandrolone.

Obat-obatan tersebut mempunyai bentuk, cara penggunaan, dan efek yang berbeda-beda. Obat-obatan tersebut sebenarnya berfungsi sebagai pemacu daya kerja tubuh maupun sebagai perangsang emosi yang banyak dipergunakan oleh

para pasien yang memerlukannya sebagai pelengkap dalam perawatan kesehatan (Hartoto, 2001). Secara garis besar obat-obatan tersebut jika disalahgunakan akan menimbulkan efek *sedative hypnotic*, yaitu menekan atau menurunkan fungsi-fungsi tubuh yang bersifat menenangkan (Kusrohmaniah, 2000). Fungsi obat tersebut sebagian besar diperuntukkan bagi penderita lemah kejiwaan maupun terdapat gangguan emosi, sehingga disfungsi mental dan kejiwaan seorang penderita sedikit banyak akan tertolong dengan pemakaian obat-obatan tersebut. Namun dalam kehidupan sehari-hari banyak ditemukan berbagai pelanggaran terhadap pemakaian obat-obatan tersebut oleh orang-orang dengan kondisi kesehatan yang sebenarnya tidak memerlukan obat-obatan tersebut (Majalah Kesehatan, 1989 dalam Hartoto, 2001).

Sedangkan menurut Kusrohmaniah (2000) dalam penelitiannya mengenai narkoba dan juga menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (1981), menggolongkan obat yang peredarannya dalam masyarakat diatur oleh pemerintah dan berdasarkan atas undang-undang yaitu:

a. Obat Bebas

Termasuk didalamnya adalah obat-obatan yang dalam penggunaannya tidak membahayakan, dan masyarakat dapat menggunakan sendiri tanpa pengawasan dari dokter. Masyarakat dapat menggunakan secara bebas tanpa resep dokter dan dapat dibeli di apotik, toko obat berijin, dan warung-warung kecil.

b. Obat Bebas Terbatas

Adalah golongan obat yang dalam jumlah tertentu penggunaannya aman, tetapi bila terlalu banyak akan menimbulkan efek kurang enak. Obat ini disebut terbatas karena pemberiannya dalam jumlah atau takarannya terbatas. Obat-obat ini dapat diperoleh di apotik, toko obat berijin, dan warung-warung kecil.

c. Obat Keras

Adalah golongan obat yang berbahaya, dimana pemakainya harus di bawah pengawasan seorang dokter. Untuk memperolehnya harus dengan resep dokter, dan hanya diperoleh di apotik (termasuk Rumah Sakit), Puskesmas, Balai Pengobatan, atau Poliklinik Kesehatan.

Mengacu dari penggolongan-penggolongan obat tersebut kemudian dapat ditarik suatu pengertian tentang obat tersebut. Menurut Gandjar, dkk., 1994, (dalam Kusrohmaniah, 2000) bahwa yang dimaksud dengan obat adalah bahan atau campuran yang dipergunakan untuk diagnosa, mencegah, mengurangi, menghilangkan atau menyembuhkan penyakit atau gejala penyakit, luka atau kelainan badaniah dan mental pada manusia atau hewan, memperelok badan atau bagian badan manusia.

Sedangkan definisi obat (*drug* atau *farmakon*) menurut WHO (Maramis, 1995) adalah semua zat yang bila dimasukkan kedalam tubuh suatu makhluk, akan mengubah atau mempengaruhi satu atau lebih fungsi faaliah makhluk tersebut. Sedangkan dalam masalah ketergantungan obat, biasanya yang dimaksud dengan obat ialah: zat dengan efek yang besar terhadap susunan saraf pusat atau fungsi mental, seperti obat *psikotropik*, termasuk obat *psikotomimetik* (psikedelik) dan *stimulansia*, *morfin* dan derivatnya serta obat tidur. Oleh karena itu narkotika itu sendiri sebenarnya secara farmakologi berarti obat-obat yang menekan susunan saraf pusat, terutama *opioid*, *tranquilaizer*, *neroleptika* dan *hipnotika*. Menurut peraturan kita di Indonesia, dalam narkotika termasuk juga kokain dan psikotomimetika (ganja).

Oleh karena itu, kesimpulan mengenai narkoba adalah suatu zat yang dapat memberikan pengaruh atau efek-efek khusus pada penggunanya yang antara lain adalah menurunkan kesadaran, sebagai perangsang, membantu menimbulkan daya hayal, menimbulkan perasaan ketergantungan karena sudah ketagihan, selain itu juga dapat menekan atau menurunkan fungsi-fungsi tubuh yang bersifat menenangkan. Peneliti berkesimpulan bahwa teori yang diajukan oleh Dirdjosisworo lebih relevan, karena teorinya lebih menjangkau tentang apa yang akan diteliti.

2.2 Penyalahgunaan Narkoba

Menurut Pedoman Penggolongan Diagnosa Gangguan Jiwa ke1 (PPDGJ-I) dalam Maramis (1995) menyatakan bahwa untuk menegakkan diagnosa ketergantungan obat, mutlak diperlukan bukti adanya penggunaan dan kebutuhan yang terus menerus. Terdapatnya gejala abstenensi bukan satu-satunya bukti dan

juga tidak selalu ada, umpamanya pada penghentian pemakaian kokain dan ganja (mariyuana). Sedangkan obat yang diberikan oleh dokter tidak termasuk dalam pengertian ini selama penggunaan obat tersebut berindikasi medik.

Istilah ketergantungan obat mempunyai arti yang lebih luas daripada istilah ketagihan atau adiksi obat. Oleh karena itu WHO (dalam Maramis, 1995) menyatakan definisi ketagihan obat sebagai suatu keadaan keracunan yang periodik atau menahun, yang merugikan individu sendiri dan masyarakat dan yang disebabkan oleh penggunaan suatu obat (asli atau sintetik) yang berulang-ulang dengan ciri-ciri sebagai berikut yaitu adanya: (1) keinginan atau kebutuhan yang luar biasa untuk meneruskan penggunaan obat itu dan usaha mendapatkannya dengan segala cara, (2) kecenderungan menaikkan dosis, (3) ketergantungan psikologik (emosional) dan kadang-kadang juga ketergantungan fisik pada obat itu.

Maramis (1995) memberikan beberapa istilah yang cukup berhubungan dengan masalah ketergantungan obat, diantaranya adalah: (a) penyalah-manfaatan (*misuse*) obat yaitu pemakaian obat yang berlebihan oleh dokter untuk pasiennya ataupun oleh orang lain untuk mengobati diri sendiri, (b) penyalah-gunaan (*abuse*) obat yaitu pemakaian obat oleh seseorang yang dipilihnya sendiri bukan untuk tujuan kedokteran, (c) ketergantungan psikologik yaitu terdapat kebutuhan untuk memakai suatu obat berulang-ulang tanpa mempedulikan akibatnya, (d) kepembiasaan (*habituation*) yaitu tergantung pada suatu obat tanpa timbulnya gejala-gejala fisik bila obat itu dihentikan, (e) ketagihan (*addiction*) yaitu tergantung pada suatu obat dengan gejala-gejala seperti dalam definisi WHO, (f) sindroma lepas obat (*abstinensi*) yaitu gejala-gejala psikologi atau fisik yang timbul bila obat yang membuatnya tergantung dihentikan. Gejala tersebut dinamakan gejala lepas obat, (g) toleransi (*tolerance*) yaitu berkurangnya efek dengan dosis yang sama sesudah pemakaian berkali-kali; dosis perlu dinaikkan sesudah beberapa waktu untuk mencapai efek yang dikehendaki.

Penyalahgunaan terhadap suatu jenis obat-obatan berbahaya, selain menimbulkan efek yang dapat menyebabkan ketegangan jiwa atau gangguan emosi secara abnormal, juga dapat merusak perkembangan syaraf otak dan tubuh, serta mengganggu lingkungan sosial dari si pemakai (Suprpto, 1995). Selain ini

juga dapat menimbulkan efek menenangkan yang dapat menurunkan kecemasan hingga menyebabkan tidur (Kusrohmaniah, 2000). Hal ini tergantung dari dosis/takaran obat yang digunakan.

Jika digunakan dalam dosis yang tinggi akan menyebabkan ketidaksadaran bahkan kematian. Selanjutnya efek menenangkan tersebut dapat menyebabkan ketergantungan, baik secara fisik maupun psikis. Penggunaan berlanjut dalam waktu yang cukup lama membuat tubuh *tolerance*, yaitu tubuh membutuhkan dosis yang lebih besar untuk mendapatkan efek yang sama. Jika pemakaian dihentikan secara tiba-tiba maka fisik mereka akan mengalami *symptom withdrawal* misalnya gelisah, insomnia dan kecemasan, kejang-kejang, dan kematian. Sedangkan ketergantungan secara psikis adalah *addiction* yaitu adanya perasaan harus menggunakan atau membutuhkan obat-obatan (kecanduan) untuk melakukan aktivitas (Kusrohmaniah, 2000).

Sejalan dengan hal tersebut di atas, Hartoto (2001) menyatakan bahwa efek overdosis bagi pengguna obat menyebabkan dia tidak sadar terhadap segala perbuatan dan tingkah lakunya, yang seringkali menjurus ke arah penyimpangan perilaku negatif. Seiring dengan pemakaian obat penenang yang terus menerus, maka lama kelamaan efeknya kurang lebih dapat menimbulkan halusinasi yang diinginkan.

Kandungan yang terdapat di dalam obat adalah berupa senyawa kimia tertentu yang di dalam badan dianggap sebagai benda asing. Obat hanya dipakai apabila memang diperlukan dan digunakan secara tepat dan benar, sebab setiap obat selalu mengandung bahaya. Apabila obat tidak digunakan sebagaimana mestinya (misalnya tidak digunakan untuk maksud pengobatan yang benar) maka hal ini dikenal dengan istilah penyalahgunaan obat. Artinya obat telah disalahgunakan dari hakekat tujuan penggunaan obat (Kusrohmaniah, 2000).

Tanda-tanda dan gejala-gejala penyalahgunaan obat akan dijelaskan pada tabel dibawah ini (Maramis, 1995):

Obat yang dipakai	Gejala Fisik	Carilah	Bahaya
Menghirup lem (<i>Glue Sniffing</i>)	Tindakan kekerasan, kelihatan mabuk, roman muka kosong atau seperti mimpi	Tube lem, lumuran lem, kantong kertas besar atau sapu tangan	Kerusakan paru-paru, otak, hati, mati karena kekurangan nafas, tercekik, anemia
Heroin, morfin, kodein	Stupor, mengantuk, tanda jarum pada tubuh, mata berair, nafsu makan hilang, bekas darah pada lengan baju, pilek-pilek	Jarum suntik, kapas, tali, karet pengikat, sendok atau tutupan botol terbakar, amplop	Mati karena dosis berlebihan, adiksi, infeksi hati dan infeksi lain karena jarum suntik tidak steril
Obat batuk yang mengandung kodein dan opium	Kelihatan mabuk, kurang koordinasi, kebingungan, gatal-gatal	Botol obat batuk yang kosong	Adiksi
Marihuana (ganja)	Lekas mengantuk, suka melamun, pupil melebar, kurang koordinasi, mengidam manis, nafsu makan bertambah	Bau daun hangus yang keras, benih-benih kecil dalam saku, kertas rokok, jari yang warnanya sudah lain	Perangsang untuk memakai narkotika yang lebih keras, ketergantungan psikologik, mungkin kerusakan fisik
Halusinogen (LSD, DMT)	Halusinasi hebat rasa terpencil, inkoherensi kaki-tangan dingin, muntah, tertawa dan menangis	Gula kubus dengan di tengahnya sudah berwarna lain, bau badan yang keras, tube cairan yang kecil	Cenderung bunuh diri, perilaku yang tidak dapat diperkirakan, pemakaian lama menyebabkan kerusakan otak
Stimulant: amfetamin	Perilaku agresif, terkikih-kikih, tolot bicara cepat, pikiran bingung, nafsu makan tidak ada, kelelahan yang sangat, mulut kering, gemetar, insomnia	Pil atau kapsul dari berbagai warna, merokok berturut-turut	Mati karena dosis berlebihan, halusinasi, psikosa
Sedativa: barbiturat	Mengantuk, stupor, menjemukan, bicara tidak jelas dengan lidah yang berat, kelihatan mabuk, muntah	Pil atau kapsul dari berbagai warna	Mati atau tidak sadar karena dosis yang berlebihan, adiksi, konvulsi bila dihentikan

Sumber: Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa (Maramis, 1995)

Sebenarnya sangat tidak mudah untuk dapat memahami para penyalahguna narkoba karena mengingat kompleksitas permasalahan dari narkoba dan juga permasalahan yang cukup kompleks dari manusia itu sendiri. Menurut Haryanto, 1999 (dalam Kusrohmaniah, 2000) ada beberapa karakteristik yang dapat diamati dari penyalahguna narkoba antara lain:

a. Usia Penyalahguna

Berdasarkan penelitian, kebanyakan penyalahguna narkoba adalah mereka yang termasuk kelompok usia remaja atau pemuda. Pada usia ini secara kejiwaan masih sangat labil, mudah terpengaruh oleh lingkungan dan sedang mencari identitas diri serta senang memasuki kehidupan kelompok. Tetapi penyalahguna ini tidak hanya dimonopoli oleh remaja namun siapa saja termasuk anak-anak dan eksekutif muda.

b. Kepribadian Penyalahguna

Biasanya mereka yang mudah terkena adalah mereka yang mempunyai kepribadian "*Beresiko Tinggi*" dengan ciri-ciri:

- 1) Tidak masak atau kekanak-kanakan.
- 2) Tidak dapat menunda suatu keinginan/perbuatan atau tidak sabaran.
- 3) Mempunyai toleransi frustrasi yang rendah.
- 4) Senang mengambil resiko.
- 5) Cenderung memiliki kepribadian yang tertutup (*introvert*).
- 6) Kepercayaan dan harga dirinya rendah.
- 7) Religiusitasnya kurang.

c. Alasan menyalahgunakan

Alasan menyalahgunakan narkoba ada bermacam-macam diantaranya adalah:

- 1) Secara fisik: ingin santai, ingin aktif, menghilangkan rasa sakit, lebih kuat, lebih berani, lebih gagah dan sebagainya.
- 2) Secara emosional: pelarian, mengurangi ketegangan, mengubah suasana hati, memberontak, balas dendam, ingin menyendiri.
- 3) Secara intelektual: bosan dengan kerutinan, ingin tahu, coba-coba, suka menyelidik, faktor belajar.

4) Antar pribadi: ingin diakui, menghilangkan rasa canggung, tekanan kelompok, ikut mode, solidaritas, agar tidak dianggap lain.

5) Adat/kebiasaan/religi: lebih khusus, persyaratan upacara, kebiasaan/adat.

d. Karakteristik keluarga

Keluarga penyalahguna narkoba mempunyai karakteristik yang bervariasi, dari keluarga tukang becak atau buruh, tunawisma, anak jalanan, pegawai negeri, pengusaha, konglomerat, pejabat tinggi, petani, guru atau dosen, anggota DPR, bintang film, anggota polisi atau TNI bahkan putra ahli agama. Dari beberapa latar belakang keluarga tersebut dapat dicirikan penyebab latar belakang keluarga penyalahguna antara lain:

1) Pola komunikasi yang tidak baik.

2) Pola pendidikan yang tidak pas.

3) Penerjemahan kasih sayang dengan materi yang berlebihan.

4) Keluarga pecah atau semu (*broken/quasi broken home*).

5) Keluarga yang tidak dapat mengatakan tidak (selalu membolehkan) atau sentiasa tidak (selalu melarang).

6) Kebutuhan psikologis yang kurang.

7) Dan lain sebagainya.

e. Efek Farmakologi

Secara kimiawi obat-obatan yang disalahgunakan memiliki efek tertentu dalam diri seseorang dan hal ini sesuai dengan kebutuhan kejiwaan saat mereka menggunakan. Adapun efek yang dimaksud antara lain: efek ketenangan atau membuat tidur, efek mengaktifkan, halusinogen.

f. Nilai Sosial Obat (Gaya Hidup)

Salah satu kebutuhan manusia selain kebutuhan fisik adalah kebutuhan psikososio-religius, misalnya rasa diakui, rasa bebas, rasa diperhatikan, dianggap modern. Ternyata obat-obatan yang disalahgunakan memberikan kebutuhan-kebutuhan tersebut, yaitu apa yang disebut dengan nilai sosial obat (*social value*). Meskipun sebenarnya bersifat semu, karena ketika pengaruh obat hilang maka ia akan kembali seperti semula.

g. Pengaruh Kelompok Sebaya

Masa remaja adalah masa memasuki kelompok, kelompok merupakan lingkungan yang utama, sehingga remaja akan mempunyai berbagai macam kegiatan kelompok seperti sahabat karib (*chume*), klik (*cliques*), kelompok yang lebih besar (*crowds*), kelompok formal dan gang. Kelompok akhir inilah yang sering berkaitan dengan masalah penyalahgunaan narkoba.

2.3 Golongan Narkoba

Narkoba ada 2 (dua) golongan yaitu golongan Narkotika dan golongan non Narkotika (Granat,2007).

2.3.1 Golongan Narkotika (Narkoba Golongan 1)

- 1) Yaitu tanaman *Papaver Somniferum L* termasuk buah dan jerami, kecuali bijinya. Tanaman ini hanya bisa tumbuh didaerah Segitiga Emas (*Thailand, Myanmar dan Laos*) dan didaerah Bulan Sabit Emas (*Afghanistan, Pakistan, Iran, Iraq dan Turki*). Menurut laporan International Narcotic Control Board (INCB), Afghanistan adalah produsen Candu gelap terbesar di dunia. Pada tahun 2002 Afghanistan memproduksi 4.503 ton Candu. Jika diproses menjadi Heroin akan menjadi 4.503.000 kg = 4.503.000.000 mg.

Tanda-tanda tanaman ini adalah :

- a) Tingginya berkisar antara 0,5 s/d 1,5 meter.
- b) Bunganya berwarna putih, pink dan ungu, dikenal dengan nama Poppy.

Apabila kelopak bunganya lepas, akan muncul kapsul buah. Bila disayat akan mengeluarkan getah berwarna putih seperti susu dan bila dikeringkan akan menjadi barang yang menyerupai karet berwarna kecoklatan, disebut Opium mentah. Opium mentah mengandung 4 s/d 21% Morfin. Setelah diolah, khususnya dengan cara pelarutan, pemanasan dan peragian dengan atau tanpa menambah bahan-bahan lain, akan menjadi suatu ekstrak yang cocok untuk madat, disebut Candu.

Dari Opium dihasilkan :

- a) Morfin = $C_{17}H_{19}NO_3$ yaitu alkaloida utama dari Opium, berbentuk bubuk dan berwarna putih.
- b) Codein adalah alkaloida yang terkandung dalam Opium sebesar 0,7 s/d 2,5%. Codein digunakan sebagai antitusif (*obat batuk*) yang kuat dan Papavirin (*obat perut mulas*) yang hanya bisa diperoleh di apotik dengan resep Dokter.

Dari Morfin dan Codein dihasilkan :

- a) Heroin atau *diacetylmorfin* adalah opioida semi sintetik, berupa serbuk putih, berasa pahit. Sekarang Heroin banyak disalahkanggunakan. Sebagai contoh, di pasar gelap, heroin dipasarkan dalam ragam warna, karena dicampur dengan bahan lain seperti gula, coklat, tepung susu, dengan kadar sekitar 24%. Efeknya 100 kali melebihi Morfin. Heroin dengan kadar yang lebih rendah, di Indonesia disebut Putaw.

Heroin dilarang oleh Pemerintah, karena mengandung zat adiktif yang tinggi. Berbentuk butir, tepung dan cairan. Heroin menjerat pemakainya dengan cepat, baik fisik maupun mental. Menghentikan pemakaian Heroin, dapat menimbulkan sakit yang luar biasa dan badan jadi kejang-kejang (Sakaw).

- b) Metadon adalah opioida sintetik yang mempunyai daya kerja lebih lama dan lebih efektif dari Morfin. Dikonsumsi dengan cara ditelan. Metadon digunakan sebagai maintenance program, yaitu untuk mengobati ketergantungan Morfin atau Heroin.
- c) Pethidin, digunakan untuk menghilangkan rasa sakit yang luar biasa dan pemakaiannya diawasi dengan sangat ketat.

2) Cannabis Sativa (Ganja atau Marijuana)

Tumbuh di Negara yang beriklim tropis dan iklim sedang seperti India, Nepal, Thailand, Laos, Kambodia, Indonesia, Columbia, Jamaica dan yang beriklim subtropis seperti Rusia bagian Selatan, Korea dan Iowa (USA). Dari tumbuhan ini dihasilkan Delta 9 Tetrahydro Cannabinol (THC). Pucuknya yang berkembang menghasilkan semacam resin dengan kadar THC yang tinggi,

disebut Charas atau Hashis, berwarna hijau tua atau kecoklatan. Hashis adalah getah Ganja yang dikeringkan dan dipadatkan menjadi lempengan. Minyak Hashis adalah sari-pati Hashis dengan kandungan THC antara 15 s/d 30%. Ganja kering biasanya terdiri dari campuran daun 50%, ranting 40% dan biji 10%.

Nama lain dari tumbuhan ini adalah Marijuana, Ganja (Gele, Cimeng), Hash, Kangkung, Oyen, Ikat, Bang, Labang, Rumpit. Dagga, Djoma, Kabak, Liamba, Kif. Memakai Cannabis, Ganja atau Marijuana, dapat menimbulkan ketergantungan mental yang diikuti oleh kecanduan fisik dalam jangka waktu yang lama.

3) Erythroxyton Coca

Banyak tumbuh di pegunungan Andes, Amerika Selatan yaitu di Chili, Columbia, Peru, Puerto Rico, Bolivia dan Mexico. Ada juga di Malaysia dan di pulau Jawa, tetapi sekarang jumlahnya sangat terbatas. Menurut pernyataan Bapak Irwanto, Ph.D dosen dan peneliti Atmajaya pada Majalah BNN “Sadar” No. 07/Th.IV/Juli/2006, sejak zaman Sriwijaya dan zaman Pakubowono, pulau Jawa pernah menjadi kebun kokain terbesar didunia, lebih besar dari Bolivia. Saat ini *Columbia menjadi suplayer 3/4 kokain di dunia*. Tinggi tumbuhan ini sekitar 4 meter. Untuk memudahkan pengambilan daunnya, tinggi pohon “diusahakan” hanya sekitar 1 meter. Dari daunnya dihasilkan Cocain atau Crack, berbentuk bubuk warna putih.

Biasanya dipakai dengan cara dihirup lewat hidung. Cara ini bisa menimbulkan bahaya ganda yaitu bahaya dari pemakaian tumbuhan ini dan bahaya karena bisa menimbulkan infeksi di dalam rongga hidung. Meskipun demikian sejak berabad yang silam, orang Indian dari suku Inca, suka mengunyah daun Koka, terutama pada saat upacara ritual, sekedar untuk menahan lapar dan letih.

2.3.2. Golongan Non Narkotika (Narkoba golongan 2)

Golongan ini terbagi menjadi 3, yaitu:

1) Psikotropika

Dibagi menjadi 2 (dua) jenis :

- a) Obat-obatan Depresan yang merangsang syaraf Otonom Parasimpatis. Contohnya : Mogadon, Rohypnol, Sedatine (pil BK), Nitrazepam, Methaqualone, Activan, Metanium, Valium dan Mandrax.
- b). Obat-obatan Stimulant yang merangsang serabut syaraf Otonom simpatis. Contohnya : Amphetamine, Extasy (Ineks) dan Shabu.

2) Halusinogen, yaitu:

- a) Lysergic Acid Diethylamide (LSD). Ini adalah yang “terkuat” dari jenisnya.
- b) Dimethylated Riptamine (DMT).
- c) Bufotenine, Mescaline (diekstraksi dari pohon Cactus).
- d) Psilocine/Psilocybin (diekstraksi dari cendawan Mexico).

3) Bahan Adiktif Lainnya. Yang termasuk kelompok ini antara lain:

- a) Minuman yang kadar alkoholnya
 - 1 – 5% misalnya Bir, Greensands.
 - 5 – 20% misalnya Anggur.
 - 20 – 55% misalnya Brandy, Whisky, Cognac, Vodka.
 - Minuman keras lainnya yang diproduksi oleh masyarakat, misalnya Tuak, Brem, Arak, Sake (Jepang) dan Sager.
- b) Tembakau
- c) Cendawan Beracun
- d) Aca Aibon

2.4. Lapse dan Relapse Pada Pecandu Narkoba

2.4.1. Pengertian Lapse dan Relapse

Relapse atau kambuh bagi pengguna narkoba dan lingkungan dekatnya, merupakan masalah besar yang menjadikan semua upaya menjadi tak punya arti

sama sekali. Ini bisa dimengerti, setelah berbulan bahkan bertahun menjalani terapi, habilitasi, dan rehabilitasi dengan biaya yang begitu besar dan upaya yang membuat capek, tiba-tiba sirna begitu saja. Untuk kembali ke posisi semula harus merangkak dari awal lagi.

Bagi pengguna narkoba, status pecandu, bebas narkoba, *lapse*, dan *relapse* merupakan siklus yang sering kali tiada ujung. Perubahan status satu ke status lainnya memerlukan perjuangan panjang dan melelahkan walaupun tampaknya begitu tipis. Hanya pecandu yang benar-benar bermotivasi tinggi mampu bertahan untuk tegak di status bebas narkoba.

Dalam dinamika kecanduan, harus dibedakan antara *lapse* dan *relapse* (Iskandar Irwan H., 2008, Chap 1). *Lapse* (slip) adalah kembalinya pola tingkah laku pecandu yang sangat sulit terdeteksi. Diperlukan kepekaan melihat perubahan perilaku pecandu yang sedang dalam masa pemulihan. Pecandu sendiri biasanya mengalami pergumulan dalam mengantisipasi kembalinya perilaku adiksinya itu.

Relapse adalah masa pengguna kembali memakai narkoba. Itu proses yang berkembang pada penggunaan kembali narkoba yang merupakan kejadian paling akhir dalam satu rangkaian panjang yang berupa respons kegagalan beradaptasi (*maladaptive*) terhadap *stressor* atau stimuli internal dan eksternal. Pada kondisi itu pecandu menjadi tidak mampu menghadapi kehidupan secara wajar. *Relapse* dapat timbul karena pecandu dipengaruhi kejadian masa lampau baik secara psikologis maupun fisik.

Pecandu yang jatuh dan kemudian bisa melewati masa pemulihan setelah mendapat terapi, habilitasi, dan rehabilitasi, untuk sementara bisa tegak berdiri bebas narkoba. Namun, keadaan lingkungan yang tidak mendukung, motivasi yang melemah, dengan mudah akan membuat pengguna *lapse*, terpeleset menggunakan lagi dan lagi. Jika yang bersangkutan sadar dan bangkit lagi bertahan tidak menggunakan narkoba, ia akan bisa kembali tegak di lini bebas narkoba. Namun, jika ia tidak mampu bertahan dan *lapse* itu terjadi berulang-ulang sehingga kembali kecanduan maka yang bersangkutan sudah kambuh, *relapse*.

2.4.2. Faktor Penentu Terjadinya *Lapse* dan *Relapse*

Lapse dan *relapse* biasanya dipicu suatu dorongan yang demikian kuat (*craving*). Dalam bahasa pecandu keadaan itu disebut sebagai 'sugesti' sehingga pecandu sepertinya tidak kuasa menahan dorongan-dorongan tersebut.

Para ilmuwan telah dapat mendeteksi adanya perubahan yang terjadi pada struktur kimiawi otak ketika *craving* terjadi, baik *lapse* maupun *relapse*. Sayangnya belum ada penelitian yang dapat menjelaskan apakah proses perubahan tersebut secara kualitas dan kuantitas menjadi berkurang seiring dengan waktu pemulihan berjalan. Hipotesisnya dengan berjalannya waktu, perubahan yang terjadi dalam otak secara kualitas dan kuantitas akan berkurang.

Di Indonesia angka kambuh pecandu (*relapse*) pada pecandu yang telah selesai mengikuti program terapi dan rehabilitasi mencapai 90%. Ini suatu keadaan yang sangat merugikan pecandu, keluarga, dan masyarakat secara umum. Di Amerika Serikat (California), Profesor George Koob MD, seorang ahli neurofarmakologi, mempunyai estimasi bahwa 80% dari pecandu yang melewati masa detoksifikasi akan kembali menggunakan narkoba.

Hal-hal yang dapat menyebabkan terjadinya *lapse* dan *relapse*:

- 1) Hal-hal yang mengingatkan pecandu pada narkoba yang biasa dipakainya (momen tertentu, situasi, suara, bau, pikiran tentang narkoba, atau mimpi tentang narkoba).
- 2) Status emosi yang negatif atau mengalami stres.
- 3) Status emosi yang riang gembira.
- 4) Tidak adanya aktivitas.
- 5) Perasaan rendah diri atau direndahkan.
- 6) Bergaul karib dengan pecandu aktif.
- 7) Pada saat *craving* terjadi, biasanya diperberat dengan aktifnya mekanisme pertahanan mental (*denial*, rasionalisasi, proyeksi) sehingga akhirnya pecandu memutuskan kembali berperilaku adiksi atau kembali menggunakan narkoba.

Menurut Marlatt & Donovan (2003: 8) ada beberapa faktor yang menentukan terjadinya *lapse* dan *relapse* pada diri mantan pecandu narkoba, faktor tersebut adalah:

- 1) Faktor Intrapersonal
 - a) *self efficacy* (keyakinan diri)
 - b) *outcomes expectancy* (hasil yang diharapkan)
 - c) *motivation* (motivasi)
 - d) *coping* (penanganan)
 - e) *emotional states* (keadaan emosi)
 - f) *craving* (kecanduan)
- 2) Faktor Interpersonal (Social support)

2.5. Program Penanggulangan narkoba

2.5.1. Konsep Tentang Program Penanggulangan Narkoba

Perkembangan penyalahgunaan dan peredaran gelap narkoba dengan berbagai bentuk dan dampak yang ditimbulkannya merupakan suatu masalah yang dihadapi oleh banyak negara di dunia, termasuk Indonesia yang dinilai sebagai suatu masalah nasional dengan kompleksitas persoalan yang dapat mengancam ketahanan nasional bangsa dan negara serta dapat berpengaruh pada proses pembangunan yang sedang berjalan dewasa ini. Untuk mencapai sasaran dan tujuan penanggulangan masalah narkoba, pemerintah menerbitkan kebijakan publik (*public policy*) dan mengimplementasikan berbagai program baik yang dilaksanakan secara sektoral maupun secara lintas sektoral. Dye (1992:1) mendefinisikan kebijakan publik (*public policy*). “*whatever governments chose to do or not to do* “. Pendapat yang senada dengan Dye dikemukakan oleh Edward III dan Sharkansky dalam Islamy (1997: 18), yang mengemukakan kebijakan publik adalah apa yang pemerintah katakan dan dilakukan, atau tidak dilakukan. Kebijakan merupakan serangkaian tujuan dan sasaran dari program-program pemerintah.

Harlod Lasswell mengemukakan kebijakan publik adalah sebuah program yang memuat tujuan-tujuan, nilai-nilai dan praktek. Sementara itu David Easton melihat kebijakan publik sebagai dampak dari aktivitas pemerintah. Kebijakan publik dilihat sebagai garis yang dipilih tentang tindakan atau deklarasi dari suatu tujuan (Lester & Stewart, Jr ; 2000 : 4).

Selanjutnya, James Anderson (2006 : 3) mendefinisikan kebijakan publik. *“A purposive course of action followed by an actor or set of actors in dealing with a problem or matter of concern“.*

Kebijakan publik didefinisikan sebagai serangkaian tindakan yang mempunyai tujuan tertentu yang diikuti dan dilaksanakan oleh seorang aktor atau sekelompok aktor guna memecahkan suatu masalah tertentu. Senada dengan pendapat Anderson tersebut di atas., dikemukakan oleh Friederich sebagaimana dikutip Anderson (2006: 2) :

“a proposed course of action of person, group or government within a given environment providing obstacles and opportunities with the policy was proposed to utilize and overcome in an effort to reach a goal or realize an objective or a purpose“.

Dari pengertian di atas terkandung makna kebijakan sebagai langkah tindakan yang secara sengaja dilakukan oleh seorang aktor atau sejumlah aktor berkenaan dengan adanya masalah atau persoalan tertentu yang dihadapi.

Pengertian berikutnya dikemukakan oleh Jenkins (1978) dalam Howlett & Ramesh (2003 : 5) mendefinisikan *public policy* :

“ a setoff interrelated decisions taken by a political actor or group of actors concerning the selection of goal and the means of achieving them within a specified situation where those decisions should, in principle, be within the power of those actors to achieve “.

Dari definisi tersebut di atas maka kebijakan public adalah serangkaian keputusan yang saling berkaitan yang diambil oleh seorang aktor politik atau sekelompok aktor politik berkenaan dengan tujuan yang telah dipilih beserta cara-cara untuk mencapainya dalam suatu situasi di mana keputusan-keputusan itu pada prinsipnya masih berada dalam batas-batas kewenangan kekuasaan dari para aktor tersebut. Sedangkan Dunn (2003 : 132) mengatakan kebijakan public adalah serangkaian pilihan yang kurang lebih berhubungan (termasuk keputusan untuk tidak berbuat) yang dibuat oleh badan-badan atau kantor-kantor pemerintah.

Dari berbagai definisi tersebut, para pakar tersebut berbicara tentang proses dari aktivitas pemerintah atau desain keputusan yang tersedia untuk perbaikan masalah public baik yang riil atau yang diinginkan. Karakteristik dari kebijakan public (*public policy*) adalah formulasi kebijakan (*public formulation*), pelaksanaan kebijakan (*public implementation*), evaluasi kebijakan (*policy*

evaluation) oleh yang mempunyai wewenang dalam system politik, misalnya: DPR, oara eksekutif, para administrator, dll (Letter & Stewart, Jr : 2000 : 4)

Woll (1966) dalam Tangkilisan (2003 : 8) berpendapat bahwa *Policy Formulation* (formulasi kebijakan) berarti pengembangan sebuah mekanisme untuk menyelesaikan masalah public. Pada tahap ini mencoba menjawab pertanyaan, bagaimana kebijakan dibuat, siapa yang paling berpengaruh dalam perumusan *policy* dan apa dampak *policy* tersebut.

Policy implementation atau adalah pelaksanaan dari kebijakan itu sendiri, dengan berbagai aturan, ketentuan, prosedur yang harus dilaksanakan untuk menyelesaikan kegiatan tertentu. Menurut Patton dan Sawicki (1993) dalam Tangkilisan (2003 : 9) bahwa implementasi berkaitan dengan berbagai kegiatan yang diarahkan untuk merealisasikan program, dimana pada posisi ini eksekutif mengatur cara untuk mengorganisir, menginterpretasikan dan menerapkan kebijakan yang telah diseleksi.

Sedangkan *policy evaluation* ialah evaluasi pelaksanaan kebijakan yang telah duilaksanakan, dampaknya dievaluasi dan dijadikan masukan kepada tingkat *policy* untuk diambil langkah-langkah perbaikan. Hasil *policy evaluation* dapat menghasilkan suatu kegiatan *policy maker* untuk mengubah peraturan/ketentuan. Dunn (2003 : 608) mengatakan bahwa evaluasi kebijakan public berhubungan dengan ketetapan penerapan skala penilaian terhadap hasil kebijakan dan program yang dilakukan.

Permasalahan kebijakan adalah konstruksi pikiran yang konseptual dan spesifik keadaan masalah tersebut. Bromley (1989) telah menyusun model kebijakan berdasarkan hirarkhi dalam pengambilan keputusan, ada 3 (tiga) tingkat dalam hubungan antara peranan institusi dengan proses perubahan institusi yaitu tingkat kebijakan (*policy level*), tingkat organisasi (*organizational level*), dan tingkat operasional (*Operational level*). Pada tingkat kebijakan pandangan-pandangan umum dari masyarakat diperdebatkan dan diformulasikan melalui badan legislative, sedangkan implementasi dari aspirasi tersebut dilakukan oleh badan eksekutif melalui pengembangan organisasi serta pengembangan dari peraturan-peraturan perundang-undangan tentang bagaimana organisasi tersebut diselelenggarakan.

Hasil tingkat operasional yang merupakan interaksi produk yang akan diperhatikan oleh masyarakat mengenai baik atau buruknya implementasi kebijakan. Outputnya dapat berupa jumlah barang dan jasa yang diperlukan, kualitas sesuai dengan teknis yang disyaratkan cepat dan tepat, efisien serta dapat dipertanggung jawabkan menurut ketentuan dan prosedur yang berlaku. Apabila hasilnya buruk maka akan muncul reaksi masyarakat melalui proses politik dengan tujuan memperbaiki output. Reaksi dari masyarakat itu akan diarahkan ke tingkat kebijakan untuk mencari konstelasi baru dari kelembagaan, misalnya perubahan peraturan perundang-undangan dan peraturan pelaksanaannya.

Terhadap segala aspek perubahan, birokrasi memegang peranan kunci pada tingkat kebijakan, tingkat organisasi dan tingkat operasional. Lebih lanjut, Bromley (1989) mengemukakan bahwa posisi kunci ini semakin penting mengingat hasil-hasil karya birokrasi berupa kebijakan public merupakan sumber penting perubahan kelembagaan. Maksudnya jenis, skala dan tingkat kebijakan kelembagaan baik dalam norma, struktur, maupun *ruller* yang berklembang di dalam masyarakat. Perubahan tersebut dengan mengarah pada *order* masyarakat yang lebih baik kalau sifat perubahannya mendorong efisiensi dan pertumbuhan.

2.5.2 Konsep Tentang Implementasi Program

Sebagaimana disebutkan diatas, bahwa untuk mencapai tujuan dan sasaran dari kebijakan publik yang disusun oleh pemerintah, maka disusun dan dilaksanakan program yang tentunya disesuaikan dengan tujuan pembangunan itu sendiri.

Atas dasar falsafah bangsa dan Undang-undang Dasar 1945, Indonesia juga mempunyai kepentingan untuk menyusun langkah-langkah untuk mengatasi dan menanggulangi permasalahan narkoba baik di lingkup regional, nasional maupun internasional sebagai suatu bentuk dari sebuah implementasi kebijakan yang telah diuraikan diatas.

Implementasi kebijakan (*Policy Implementation*) yang dalam hal ini di identikkan dengan implementasi kebijakan dan dikristalkan dalam bentuk program, merupakan salah satu tahapan dari proses kebijakan publik.

Implementasi kebijakan public menurut kamus Webster dalam Wahab (1991), implementasi kebijakan public diartikan “ *to provide the means for carrying out* ” atau menyediakan sarana untuk melaksanakan sesuatu, *to give practical effect to* atau menimbulkan dampak atau akibat terhadap sesuatu. Dengan demikian, implementasi berarti menyediakan sarana untuk melaksanakan sesuatu kebijakan dan dapat menimbulkan akibat tertentu.

Jones (1984) sebagaimana dikutip Widodo (2001) mengartikan implementasi kebijakan public sebagai “ *getting the job done “and” doing it* “. Dijelaskan menurut Jones dalam mengimplementasikan kebijakan dituntut adanya syarat-syarat antara lain : adanya orang atau pelaksana, uang, dan kemampuan operasional. Oleh karena itu, lebih lanjut Jones merumuskan batasan implementasi sebagai “ *a process of getting additional resources so as to figure out what is to be done* “.

Van Meter dan Van Horn (1974) dalam Widodo (2001), memperinci tentang batasan implementasi sebagai berikut :

“Policy implementation encompasses those actions by public and private individuals (or group) that are directed at the achievement of objectives set forth in prior policy decisions. This includes both one time efforts to transform decisions into operational terms, as well as continuing efforts to achieve the large and small changes mandated by decisions“.

Sedangkan menurut Mazmanian dan Sabatier dalam Wahab (1991 : 51) mempelajari implementasi kebijakan berarti memahami apa yang senjatanya terjadi sesudah suatu program dinyatakan berlaku atau dirumuskan, yakni kejadian-kejadian dan kegiatan-kegiatan yang timbul sesudah disahkannya kebijakan Negara baik itu menyangkut usaha-usaha untuk mengadministrasikannya maupun usaha-usaha untuk memberikan dampak nyata pada masyarakat atau peristiwa-peristiwa. Selanjutnya Wahab (1991 : 23) mengatakan bahwa fungsi implementasi kebijakan adalah untuk membentuk suatu hubungan yang memungkinkan tujuan-tujuan ataupun sasaran-sasaran kebijaksanaan Negara diwujudkan sebagai “*outcome*“ (hasil akhir) kegiatan-kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah. Oleh sebab itu, fungsi implementasi mencakup pula penciptaan apa yang dalam ilmu kebijaksanaan Negara disebut “*policy delivery system*“ (sistem penyampaian/penerusan kebijaksanaan Negara).

Grindle dalam Wahab (1991 : 45) mengemukakan bahwa implementasi kebijakan sesungguhnya bukanlah sekedar bersangkut paut dengan mekanisme penjabaran keputusan-keputusan politik ke dalam prosedur-prosedur rutin lewat saluran-saluran birokrasi, melainkan lebih dari itu, ia menyangkut masalah konflik, keputusan dan siap yang memperoleh apa dari suatu kebijakan. Implementasi kebijakan merupakan salah satu tahap dari seluruh proses kebijakan public yang terjadi.

Berdasarkan pendapat para ahli tersebut, implementasi program merupakan salah satu tahap dari keseluruhan proses kebijakan publik, mulai dari penyusunan agenda sampai dengan evaluasinya. Implementasi program dimaksudkan untuk mencapai tujuan kebijakan yang membawa konsekuensi langsung pada masyarakat yang terkena kebijakan. Keberhasilan suatu implementasi program tidak hanya ditentukan oleh kualitas kebijakan semata, tetapi bagaimana program itu sendiri diimplementasikan. Dalam praktek implementasi kebijakan, Negara cenderung mengalami kegagalan. Kegagalan kebijakan dapat disebabkan tidak diimplementasikan, dapat pula karena implementasi yang tidak berhasil atau eksekusi yang salah serta kebijakan yang salah (Hogwood dan Gunn : 1986).

Selanjutnya, dalam proses implementasi diperlukan adanya persiapan yang perlu dilakukan sebagaimana dikemukakan Darwin (1998) dan Widodo (2001 : 194) setidaknya terdapat empat hal penting dalam proses implementasi kebijakan, yaitu pendayagunaan sumber, pelibatan orang atau sekelompok orang dalam implementasi kebijakan, yaitu pendayagunaan sumber, pelibatan orang atau sekelompok orang dalam implementasi dan manfaat public. Sedangkan menurut Jones (1986), aktivitas implementasi kebijakan public melibatkan tiga hal, yaitu : (1) aktivitas pengorganisasian (*organization*) merupakan suatu upaya menetapkan dan menata kembali unit-unit (*units*), dan metoda-metoda (*methods*) yang mengarah pada upaya mewujudkan kebijakan menjadi hasil (*out come*) sesuai dengan sasaran kebijakan; (2) aktivitas interpretasi (*interpretation*) merupakan aktivitas yang menjelaskan substansi dari suatu kebijakan dalam bahasa yang lebih operasional dan mudah dipahami, sehingga substansi kebijakan dapat dilaksanakan dan diterima oleh para pelaku dan sasaran kebijakan; (3) aktivitas

aplikasi (*application*) merupakan aktivitas penyediaan sarana secara rutin, pembayaran atau lainnya sesuai dengan tujuan dan sarana kebijakan yang ada. Dengan demikian implementasi merupakan proses yang memerlukan tindakan-tindakan sistematis dari pengorganisasian, interpretasi dan aplikasi.

2.5.3 Penataan Landasan Hukum Dan Penciptaan Kondisi

Setiap upaya penanggulangan penyalahgunaan dan peredaran gelap narkoba, psikotropika dan zat adiktif lainnya harus berdasarkan Pancasila dan Undang-Undang Dasar 1945 serta peraturan perundang-undangan yang berlaku. Oleh karena itu dalam rangka upaya penanggulangan di dalam negeri maupun dalam rangka kerjasama internasional, terhadap Undang-Undang Nomor 9 Tahun 1976 tentang Narkotika perlu diperbaiki dan disempurnakan. Disamping itu perlu pula ditata kembali atau disusun peraturan perundang-undangan lain yang mendukung upaya penanggulangan. Penataan dan pemantapan hukum ini dilaksanakan oleh instansi berwenang atau yang menangani masalah tersebut misalnya Lembaga Legislatif, Departemen atau Instansi yang menangani masalah narkotika, psikotropika dan zat adiktif lainnya.

Perlu mendapat perhatian adalah ratifikasi konvensi-konvensi internasional mengenai masalah narkotika, psikotropika dan zat adiktif lainnya sehingga Indonesia menempati posisi yang serasi dalam kerja sama Internasional.

Upaya yang dilakukan akan kurang berhasil apabila tidak didukung oleh iklim penanggulangan yang serasi. Diperlukan keterpaduan serta kemauan nasional yang kuat (*political will*) untuk menciptakan kondisi yang menunjang iklim penanggulangan semesta terhadap penyalahgunaan dan peredaran gelap narkotika, psikotropika dan zat adiktif lainnya dengan sejauh mungkin menghilangkan factor-faktor krimonogen sedini mungkin. Kemudian diperlukan pula *political commitment* dari semua pihak dan *political involvement*. Untuk itu Bakolak Inpres No. 6/1971 perlu peningkatan koordinasi kegiatan instansi yang terkait dan Organisasi Sosial Kemasyarakatan dalam penanggulangan masalah narkotika, psikotropika dan zat adiktif lainnya dengan tidak menunggu sampai menjalar makin meluas.

2.5.4 Strategi Khusus Penanggulangan Korban Narkoba

Strategi khusus penanggulangan penyalahgunaan dan peredaran gelap narkotika, psikotropika dan zat adiktif lainnya pada dasarnya ditujukan untuk mengurangi permintaan supply gelap.

Kegiatan penanggulangan tersebut dapat digolongkan menjadi upaya-upaya :

- a) Pencegahan
- b) Pengendalian pengawasan jalur resmi
- c) Pemberantasan jalur gelap
- d) Terapi dan rehabilitasi medis
- e) Rehabilitasi sosial
- f) Upaya pendukung

Pelaksanaan kegiatan program penanggulangan memerlukan kondisi dan keterpaduan berbagai instansi terkait dengan pembagian tugas, wewenang, mekanisme kerja dan petunjuk operasional yang jelas. Kegiatan penanggulangan perlu didukung oleh aparaturnya pelaksana yang bersih, berwibawa dan bertanggungjawab serta memiliki kemampuan teknis operasional yang dilengkapi dengan sarana yang memadai.

2.5.5 Upaya Pencegahan

Dalam penanggulangan penyalahgunaan dan peredaran gelap narkotika, psikotropika dan zat adiktif lainnya, pencegahan dilakukan secara terus menerus dan berkesinambungan. Hal ini berarti upaya pencegahan dilihat sebagai suatu proses yang dapat berubah dari waktu ke waktu disesuaikan dengan tingkat intensitas permasalahan yang dihadapi serta perkembangan masyarakat.

Pada dasarnya pencegahan mencakup upaya perubahan sikap dalam pola pikir dan pola tindak melalui upaya promotif, preventif, informative, edukatif, intervensi dan mengembangkan alternative yang positif.

Pencegahan bertujuan untuk mengurangi permintaan dengan mempengaruhi factor-faktor penyebab (faktor kausatif), factor pendorong dan factor peluang terjadinya penyalahgunaan.

Sasaran upaya pencegahan adalah terciptanya kesadaran kewaspadaan dan daya tangkal masyarakat terhadap penyalahgunaan dan peredaran gelap narkotika, psikotropika dan zat adiktif lainnya menolak (tabu) terhadap penyalahgunaan zat tersebut.

Metoda pencegahan dapat dilakukan berupa pengembangan lingkungan, pola hidup sehat beriman, pengembangan sarana dan kegiatan positif terutama bagi anak, remaja dan pemuda, yaitu kegiatan yang bersifat produktif, konstruktif dan kreatif seperti kegiatan olahraga, kesenian, keagamaan, organisasi dan rekreasi.

Pelaksanaan upaya pencegahan tersebut dapat dilakukan dengan berbagai jalur, antara lain :

- a) Melalui keluarga dengan sasaran (target group) orang tua, anak, remaja, pemuda dan/serta anggota keluarga lain.
- b) Melalui pendidikan baik jalur pendidikan sekolah maupun pendidikan luar sekolah dengan kelompok sasaran guru/tenaga pendidik lainnya dan peserta didik.
- c) Melalui lembaga keagamaan dengan sasaran pemuka-pemuka agama dan umat.
- d) Melalui berbagai organisasi sosial kemasyarakatan dengan sasaran remaja, pemuda, wanita dan masyarakat.
- e) Melalui organisasi wilayah pemukiman (LKMD, RT, RW) dengan sasaran warga, terutama pemuka masyarakat dan remaja setempat.
- f) Melalui unit kerja dengan sasaran pimpinan dan karyawan.
- g) Melalui berbagai media massa (media cetak, media elektronika, media optik dan media interpersonal (media tatap muka dan tradisional) dengan sasaran masyarakat secara luas maupun secara individu.

2.5.6 Upaya Pengendalian Dan Pengawasan Jalur Resmi

Narkotika, psikotropika dan zat adiktif lainnya telah lama digunakan dan sampai saat ini masih diperlukan dalam pengobatan. Namun di lain pihak apabila digunakan secara tidak tepat dapat menimbulkan ketergantungan yang mengakibatkan gangguan fisik, mental, sosial, kamtibmas dan ketahanan nasional.

Atas dasar kenyataan tersebut di atas, sasaran pengendalian dan pengawasan narkotika, psikotropika dan zat adiktif lainnya pada garis besarnya adalah sebagai berikut :

- a) Menjamin agar jenis dan jumlah narkotika dan psikotropika yang tersedia sesuai dengan kebutuhan nyata.
- b) Menjamin ketepatan dan kerasionalan penggunaannya sehingga tidak menjurus pada ketergantungan.
- c) Menggunakan narkotika sebagai pilihan terakhir dalam pengobatan
- d) Mencegah kebocoran dari saluran resmi.

Ruang lingkup pengendalian dan pengawasan pada jalur resmi mencakup impor-ekspor, kultivasi/penanaman, produksi, distribusi, penyimpanan, pengangkutan, pelayanan, penggunaan, pemanfaatan dan pemusnahan. Sebagai landasan hukum dalam pengendalian dan pengawasan narkotika jalur resmi adalah Peraturan Perundang-undangan dibidang narkotika dan psikotropika sebagaimana tercantum dalam lampiran 7. Dalam pengendalian dan pengawasan narkotika, Indonesia terikat pula pada kewajiban internasional, sebagaimana diatur dengan Konvensi Tunggal Narkotika Tahun 1961 dan protocol 1972 yang mengubahnya yang telah diatur diratifikasi dengan Undang-Undang Nomor 8 tahun 1976.

2.5.7 Upaya Pemberantasan Jalur Gelap

Kondisi geografi Indonesia yang terdiri dari ribuan pulau dengan garis pantai yang panjang dan terbuka ini merupakan wilayah dengan tingkat kerawanan yang tinggi bagi lalu lintas gelap narkotika dan daerah produsen di sekitar Indonesia seperti Golden Triangle, Golden Crescent serta didaerah Main Land/Cina Selatan maupun dari daerah penghasil lain untuk menuju ke daerah konsumen seperti di Australia, Amerika dan Eropa, yang memanfaatkan Indonesia sebagai daerah transit peredaran gelap narkotika.

Peredaran gelap narkotika, psikotropika dan zat aditif lainnya dilingkup internasional dilakukan oleh sindikat internasional tanpa mengenal batas Negara. Demikian juga dilingkup nasional peredarannya dilakukan oleh sindikat-sindikat dengan menggunakan modus operandi berganti-ganti yang disesuaikan dengan

situasi kondisi saat itu yang terasa semakin sulit untuk dideteksi, sehingga penanganannya diperlukan suatu keterpaduan dari segenap potensi yang ada.

Sasaran dari upaya pemberantasan jalur gelap ini secara umum diarahkan antara lain untuk :

- a) Memutuskan jalur peredaran gelap narkotika, psikotropika dan zat adiktif lainnya di wilayah ini dari daerah produsen ke daerah konsumen.
- b) Mengungkap kegiatan sindikat peredaran gelap narkotika, psikotropika dan zat adiktif lainnya dengan mengetahui berbagai modus operandi yang dilakukan, status serta hal-hal yang berkaitan dengan kegiatan sindikat itu.
- c) Mengungkap motivasi yang melatarbelakangi peredaran gelap narkotika, psikotropika dan zat adiktif lainnya yang ada di wilayah ini.

Ruang lingkup pemberantasan jalur gelap ini pada garis besarnya adalah sejalan dengan upaya-upaya represif/penegakan hukum yang dilakukan selama ini dengan mengacu kepada segenap ketentuan yang mengatur dan prosedur yang berlaku baik di lingkup nasional, regional maupun internasional.

2.6. Kerangka Pemikiran

Pada dasarnya akibat penyalahgunaan narkoba dapat dibagi menjadi akibat fisik dan psikis. Akibat yang terjadi tentu tergantung kepada jenis narkoba yang digunakan, cara penggunaan, dan lama penggunaan. Beberapa akibat fisik ialah kerusakan otak, gangguan hati, ginjal, paru-paru, dan penularan HIV/AIDS melalui penggunaan jarum suntik bergantian. Di Indonesia, sejak beberapa tahun terakhir ini jumlah kasus HIV/AIDS yang tertular melalui penggunaan jarum suntik di kalangan pengguna narkotik tampak meningkat tajam. Akibat lain juga timbul sebagai komplikasi cara penggunaan narkoba melalui suntikan, misalnya infeksi pembuluh darah dan penyumbatan pembuluh darah.

Di samping akibat tersebut di atas, terjadi juga pengaruh terhadap irama hidup yang menjadi kacau seperti tidur, makan, minum, mandi, dan kebersihan lainnya. Lebih lanjut, kekacauan irama hidup memudahkan timbulnya berbagai penyakit.

Akibat psikis yang mungkin terjadi ialah sikap yang apatis, euforia, emosi labil, depresi, kecurigaan yang tanpa dasar, kehilangan kontrol perilaku, sampai mengalami sakit jiwa. Akibat fisik dan psikis tersebut dapat menimbulkan akibat lebih jauh yang mungkin mengganggu hubungan sosial dengan orang lain. Bahkan acapkali pula merugikan orang lain. Sebagai contoh, perkelahian dan kecelakaan lalu lintas yang terjadi karena pelaku tidak berada dalam keadaan normal, baik fisik maupun psikis.

Setelah beban fisik pengguna narkoba suntikan dapat diatasi, maka masih ada beban psikologis dan sosial. Beban psikologis dan sosial ini kadang-kadang amat berat sehingga dapat menyebabkan remaja kambuh kembali menggunakan narkoba. Oleh karena itu, perlu diwujudkan lingkungan yang mendukung. Di Indonesia lingkungan yang paling penting adalah keluarga. Kesiediaan keluarga untuk menerima remaja yang pernah menggunakan narkoba di tengah keluarga merupakan dukungan yang amat berharga. Sebagian remaja dapat meneruskan pendidikannya dan memperoleh pekerjaan. Namun, sebagian lagi tak mungkin meneruskan sekolah dan harus menghadapi kenyataan bahwa mereka harus berjuang untuk hidup dengan bekal pendidikan yang terbatas.

Banyak faktor yang mempengaruhi mantan pecandu narkoba untuk kembali menyalahgunakan narkoba (relaps) itu berasal dari dalam diri pecandu sendiri dan dari luar dirinya. Dari dalam diri pecandu sendiri antara lain adalah keyakinan diri, hasil yang diharapkan, motivasi, penanganan, keadaan emosi, kecanduan. Sedangkan dari luar diri pecandu adalah dukungan sosial dari orang disekitarnya seperti keluarga, tempat perawatan rehabilitasi dan lingkungan tempat tinggal pecandu.

Untuk itu dalam penelitian ini akan dievaluasi apakah faktor-faktor yang berasal dari dalam dan luar diri individu akan mempengaruhi mantan pecandu untuk kemabali menyalahgunakan narkoba (relaps).

BAB IV

PROFIL PUSAT REHABILITASI BNN LIDO

4.1 Sejarah Berdirinya Pusat Rehabilitasi BNN Lido

Pusat Rehabilitasi BNN Lido dulunya bernama Balai Kasih Sayang Pamardi Siwi. BKS Pamardi Siwi pada awal berdirinya dikenal dengan nama Wisma Pamardi Siwi, yang didirikan tahun 1969 dan diprakarsai oleh Ibu Tien Soeharto (Alm). Pada saat itu beliau beserta ibu-ibu pembangunan lainnya mengunjungi sebuah tempat tahanan anak nakal dan korban narkoba di jalan Tambak, Jakarta. Pada perkembangan selanjutnya dengan pertimbangan bahwa jumlah anak nakal dan korban narkoba di wilayah Kepolisian Daerah (Polda) Metro Jaya dan sekitarnya seperti Jakarta, Bogor, Tangerang dan Bekasi semakin bertambah dan meningkat drastis, maka diperlukan upaya penanganan yang lebih serius.

Namun mengingat lokasi di jalan Tambak terlalu kecil dan sudah tidak memadai lagi menampung anak-anak nakal dan korban narkoba lebih banyak, maka tempat penampungan dipindahkan ke lokasi sekarang yaitu di daerah Cawang, Jakarta Timur. Kemudian Ibu Tien Soeharto (Alm) memberi nama dengan “Rumwatic Pamardi Siwi” yang berasal dari bahasa Jawa kuno yaitu Pamardi berarti pembinaan dan Siwi berarti anak. Jadi Pamardi Siwi berarti pembinaan terhadap anak. Rumwatic Pamardi Siwi dipelopori dan sekaligus diresmikan oleh Ibu Tien Soeharto (Alm) pada tanggal 31 Oktober 1974, yang dibangun di atas tanah seluas 2 ha di jalan Letjen MT. Haryono No. 11 Cawang Jakarta Timur. Rumwatic Pamardi Siwi melakukan kegiatan pembinaan bagi para remaja yang terlibat masalah kenakalan remaja dan penyalahgunaan narkoba yang pada saat itu berada dibawah pengawasan Direktorat Bimbingan Masyarakat Kepolisian Daerah Metro Jaya (Dit Bimmas Polda Metro Jaya). Pamardi Siwi semula sebagai pilot proyek bersama antara Polda Metro Jaya dan Pemda DKI Jakarta, dan pada saat itu menjadi tanggung jawab dari Polda Metro Jaya yaitu berdasarkan SK Kapolda Metro Jaya, Nomor Polisi : Skep/08/VII/1985, tanggal 1 Juli 1985, dan pendanaan dibantu oleh Pemda DKI Jakarta sampai tahun 1996.

Kemudian pada tanggal 25 Januari 2002 operasionalisasi Rumwattik Pamardi Siwi diserahkan dari Dit Bimmas Polda Metro Jaya ke Badan Koordinasi Narkotika Nasional (BKNN) yang saat ini menjadi Badan Narkotika Nasional (BNN). Kemudian Rumwattik Pamardi Siwi berubah namanya menjadi Balai Kasih Sayang Pamardi Siwi, dan pada saat itu Struktur belum diatur dalam Kep.02/VI/2002/BNN, sehingga pelaksanaannya pun menggunakan struktur intern tersendiri.

Baru pada tanggal 31 Desember 2004 berdasar Kep Ketua BNN Nomor : KEP/20/XII/2004/BNN akhirnya Pamardi Siwi sebagai salah satu unit dibawah Pusat Laboratorium Terapi dan Rehabilitasi Lakhar BNN, dengan nama Unit Pelayanan Terapi dan Rehabilitasi Balai Kasih Sayang Pamardi Siwi.

Karena semakin banyaknya residen yang harus diterapi dan BKS Pamardi Siwi tidak dapat menampung karena kapasitas yang kurang memadai, akhirnya Pamardi Siwi di pindahkan ke Lido dan berganti nama menjadi Unit Terapi dan Rehabilitasi Lakhar BNN (Kampus Unitra BNN).

4.2 Visi dan Misi

Unit pelaksana teknis terapi dan rehabilitasi Lakhar BNN dalam melaksanakan tugasnya mempunyai Visi dan Misi sebagai berikut :

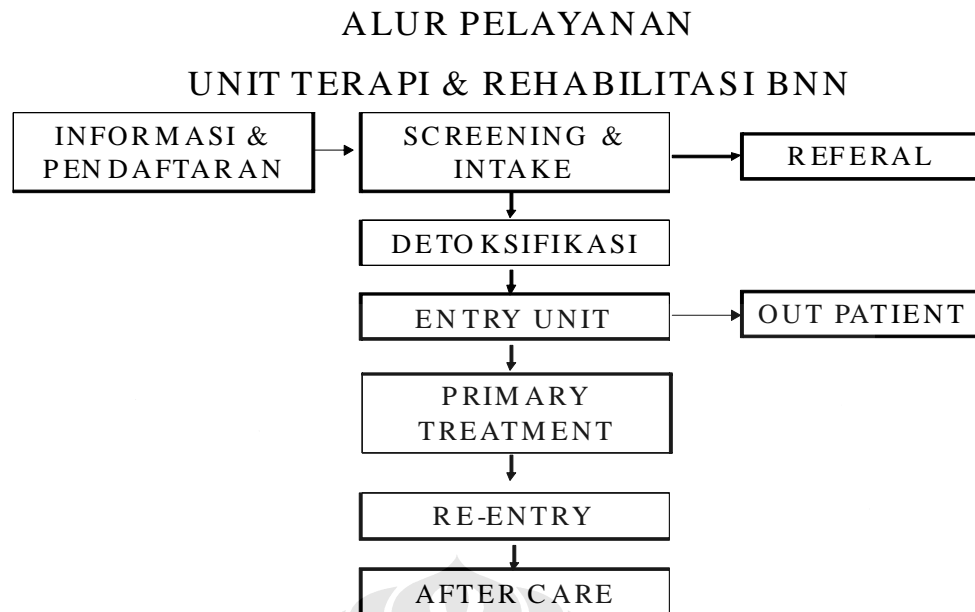
Visi : “Menjadi unggulan pelayanan terpadu terapi rehabilitasi, pendidikan latihan dan riset ketergantungan narkoba “

- Misi : - mengembangkan terapi dan rehabilitasi berdasarkan perkembangan IPTEK
- Mengembangkan terapi alternatif berdasarkan penelitian
 - Memberikan pendidikan konselor dan diklat SDM

4.3 Strategi

Badan Narkotika Nasional telah menetapkan strategi terapi dan rehabilitasi yaitu : “meningkatkan kualitas terapi dan rehabilitasi dengan mengoptimalkan dan memberdayakan sarana dan prasarana rumah sakit, puskesmas, poliklinik serta panti terapi dan rehabilitasi milik pemerintah maupun swasta serta masyarakat dalam penyelenggaraan terapi dan rehabilitasi dengan berpedoman pada standarisasi pelayanan terapi dan rehabilitasi yang ditentukan”. (BNN : 2005).

4.4 Alur Pelayanan Unit Pelaksana Teknis Terapi dan Rehabilitasi BNN



Gambar 3. Alur Pelayanan UPT T&R BNN

4.5. Gambaran Umum Pelayanan Medis

Pelayanan Rehabilitasi Medis adalah pelayanan yang secara komprehensif memfokuskan diri pada status kesehatan dengan pendekatan ilmu kedokteran dan keperawatan serta memberikan terapi obat-obatan herbal maupun kimiawi pada pagi, siang, dan malam hari, diracik dan diberikan oleh perawat dengan memperhatikan ketepatan waktu untuk memastikan residen bersih dari narkoba secara fisik dan mempersiapkan residen ke tahap rehabilitasi selanjutnya. Dalam lampiran UU Nomor 5 tahun 1997 tentang Psikotropika, yang dimaksud dengan rehabilitasi medis adalah suatu proses kegiatan pelayanan kesehatan secara utuh dan terpadu melalui pendekatan medis agar pengguna narkoba yang menderita sindroma ketergantungan dapat mencapai kemampuan fungsional semaksimal mungkin. Tugas pokok dan fungsi bidang medis yang tertuang dalam Kep Ketua BNN No. 02/XI/2007 adalah melaksanakan pelayanan kegawatdaruratan, detoksifikasi, rawat inap dan rawat jalan, terapi alternatif, penunjang medis, dan komplikasi medis.

Pelayanan kegawatdaruratan adalah kegiatan pelayanan terhadap pengguna narkoba yang mengalami kondisi gawat darurat yaitu kondisi fisik dan mental yang dapat menimbulkan kecacatan bahkan kematian. Kondisi kegawatdaruratan umumnya dialami oleh pengguna narkoba yang memakai narkoba dalam dosis yang berlebihan dari kemampuan tubuh untuk mentoleransi zat tersebut. Pelayanan kegawatdaruratan bertujuan untuk meminimalisir kecacatan dan menghindari kematian. Pelayanan kegawatdaruratan harus dilaksanakan dalam waktu cepat dan tepat sesuai prosedur dengan bantuan alat medis dan tenaga medis yang kompeten serta prosedur yang tepat.

Terapi alternatif pada bidang rehabilitasi medis meliputi terapi akupunktur medis (*medical acupunctur*) dan terapi herbal dari China. Terapi alternatif saat ini masih merupakan terapi suportif yang berfungsi untuk mempercepat pemulihan pengguna narkoba dari kondisi ketagihan (*withdrawal*) serta meningkatkan daya tahan tubuh pengguna narkoba yang baru saja lepas dari masa ketagihan. Selain itu terapi alternatif juga bertujuan untuk menurunkan sampai menghilangkan rasa sakit berlebihan yang biasa muncul pada pengguna narkoba yang baru saja menghentikan pemakaiannya.

Salah satu tugas dan fungsi bidang medis menurut Kep Ketua BNN Nomor 02/XI/2007 adalah menjalankan pelayanan rawat inap dan rawat jalan. Pelayanan rawat inap adalah pelayanan terhadap pasien yang masuk pusat pelayanan kesehatan yang menempati tempat tidur untuk keperluan observasi, diagnosa, terapi dan rehabilitasi medis maupun pelayanan medis lainnya (Depkes RI, 1987). Kegiatan pelayanan rawat inap meliputi penerimaan pasien (*admission*), pelayanan medis, pelayanan penunjang medis, pelayanan perawatan, pelayanan obat, pelayanan makanan dan pelayanan administrasi keuangan. Sementara pelayanan rawat jalan adalah pelayanan terhadap pasien yang bersifat *ambulatoar* atau pasien datang, menerima pelayanan medis dan pulang pada hari yang sama.

Dalam melaksanakan penegakan diagnosis bidang rehabilitasi medis mempunyai unit penunjang medis yang terdiri dari bagian laboratorium, brain mapping, elektro cardiografi, rontgen dan apotik. Penunjang medis menjalankan fungsi membantu dokter dan tenaga medis yang lain dalam menegakkan diagnosis serta memonitoring perkembangan perjalanan penyakit yang dialami oleh pasien.

Oleh karena itu bagian ini mempunyai kontribusi yang cukup besar dalam proses pelayanan pada bidang rehabilitasi medis.

Pengguna narkoba pada umumnya mempunyai penyakit ikutan yang menyertai penggunaan narkoba. Penyakit ikutan ini, yang biasa disebut dengan komorbiditas, yang sering terjadi adalah infeksi HIV, infeksi Tuberculosis, penyakit kulit, serta penyakit lain yang muncul akibat daya tahan tubuh yang rendah (infeksi oportunistik). Selain itu komorbiditas yang sering muncul adalah komorbiditas psikiatri yang meliputi gangguan jiwa mulai dari tingkat yang ringan sampai berat. Dalam hal komplikasi medis ini UPT Terapi dan Rehabilitasi BNN berusaha untuk mendeteksi sedini mungkin penyakit-penyakit yang mungkin timbul supaya pasien bisa segera mendapatkan perawatan dan pengobatan sehingga mengurangi potensi kefatalan.

4.6 Sumber Daya Manusia

Sumber daya manusia dalam pelayanan di UPT Terapi dan Rehabilitasi Lakhar BNN terdiri dari; Terapi Medis terdiri dari Dokter Umum, Dokter Gigi, Dokter Spesialis Kesehatan Jiwa, Dokter Ahli Akupuntur, Paramedis, Analis Kesehatan, Analis Kimia, Asisten Apoteker. Rehabilitasi Sosial terdiri dari Pembimbing Kemasyarakatan, Pekerja Sosial, Psikolog, Konselor, Pembimbing keagamaan, Penyuluh Hukum, Instruktur Ketrampilan (vokasioanl). Sedangkan untuk pelayanan umum terdiri dari Staf Tata Usaha, Staf Administrasi, Staf Personalia, Staf Keamanan, Staf Kebersihan dan rumah tangga. SDM yang diperlukan bagi pelaksanaan terapi medis dan rehabilitasi serta pelayanan umum merupakan satu kesatuan yang saling terkait.

1. Jenis Kelamin

Tabel 4.1

Penyebaran Jenis Kelamin Staf

Jenis Kelamin	Frekuensi	%
Laki-laki	108	61.4
Perempuan	68	38.6
Total	176	100.0

Sumber : UPT T&R Lakhar BNN

Dari data diatas maka dapat diketahui bahwa staf UPT T&R BNN terdiri dari 176 orang meliputi seluruh staf POLRI, PNS, CPNS, PHL dan BKO, terdiri dari 108 orang laki-laki atau 61,4% dari total populasi dan 68 orang perempuan atau 38,6% dari total populasi.

2. Status Kepegawaian

Tabel 4.2
Status Kepegawaian

Status Kepegawaian	Frekuensi	%
POLRI	11	6.3
PNS	27	15.3
CPNS	44	25.0
PHL	86	48.9
BKO	8	4.5
Total	176	100.0

Sumber : UPT T&R Lakhar BNN

Dari bagan di atas dapat diketahui bahwa jumlah terbesar staf UPT Terapi & Rehabilitasi BNN adalah staf yang bestatus Pegawai Harian Lepas (PHL) berjumlah 86 orang atau 48,9%, sedangkan diurutan kedua adalah staf yang berstatus Calon Pegawai Negeri Sipil (CPNS) berjumlah 44 orang atau 25%, diurutan ketiga adalah staf berstatus Pegawai Negeri Sipil (PNS) berjumlah 27 orang atau 15,3%, kemudian staf berstatus POLRI sejumlah 11 orang atau 6,25% dan yang terakhir adalah staf yang berstatus BKO sejumlah 8 orang atau 4,55% dari seluruh jumlah staf yang ada.

3. Tingkat Pendidikan

Tabel 4.3
Tingkat Pendidikan Staf

Tingkat Pendidikan	Frekuensi	%
SD	5	2.8
SMP	3	1.7
SMA (setara)	66	37.5
D1 s/d D4	49	27.8
S1	31	17.6
Profesi Dokter	20	11.4
Magister S2	2	1.1
Total	176	100.0

Sumber : UPT T&R Lakhar BNN

Dari bagan diatas dapat diketahui perbedaan tingkat pendidikan staf UPT Terapi dan Rehabilitasi BNN. Tingkat pendidikan staf terbanyak adalah staf yang memiliki pendidikan setara dengan SMA (SMEA, SPK, SMF, STM, PGA) yaitu 66 orang atau 37,5%, diurutan kedua staf dengan tingkat pendidikan Diploma I sampai dengan Diploma IV yaitu 49 orang atau 27,8%, urutan ketiga adalah staf yang memiliki tingkat pendidikan Strata satu (S1) yaitu 31 orang atau 17,6% kemudian staf yang memiliki pendidikan Profesi Dokter yaitu 20 orang atau 11,4%, staf yang memiliki tingkat pendidikan Dasar (SD) berjumlah 5 orang yaitu 2,8%, staf yang memiliki tingkat pendidikan Menengah Pertama (SMP) berjumlah 3 orang atau 1,7% dan yang terakhir staf yang memiliki tingkat pendidikan Strata Dua (S2) hanya 2 orang atau 1,1%.

4. Jumlah Staf di Masing-masing Bagian

Tabel 4.4
Staf di Setiap Bagian

Staf Bagian	Frekuensi	%
Umum	67	38.1
Yan Medis	78	44.3
Yan Sosial	31	17.6
Total	176	100.0

Sumber : UPT T&R Lakhar BNN

Dari bagan dan grafik diatas staf terbanyak bekerja di bagian pelayanan medis yaitu 78 orang atau 44,3%, staf bagian umum sebanyak 51 orang atau 38,1% kemudian staf pelayanan sosial sebanyak 31 orang atau 17,6%.

5. Domisili Pegawai

Tabel 4.5
Penyebaran Domisili Staf

Propinsi	Frekuensi	%
DKI Jakarta	97	55.1
Jawa Barat	73	41.5
Banten	6	3.4
Total	176	100.0

Sumber : UPT T&R Lakhar BNN

Dari data dan gambar diatas maka dapat terlihat bahwa sebageian besar staf berdomisili di Propinsi DKI Jakarta sejumlah 97 orang atau 55,1%, kemudian disusul oleh staf yang berdomisili di Propinsi Jawa Barat sejumlah 73 orang atau 41,5% dan terakhir staf yang berdomisili di Propinsi Banten sejumlah 6 orang atau 3,4%.

6. Keyakinan Agama yang dianut Pegawai

Tabel 4.6
Keyakinan Agama Pegawai

Agama	Frekuensi	%
Islam	151	85.8
Kristen	21	11.9
Hindu	3	1.7
Budha	1	0.6
Total	176	100.0

Sumber : UPT T&R Lakhar BNN

Dari bagan dan grafik diatas dapat diketahui jumlah terbanyak adalah agama Islam jumlah 151orang atau 85,8% kemudian staf yang memeluk agama Kristen adalah 21 orang atau 11,9% sedangkan staf yang memeluk agama Hindu sejumlah 3 orang atau 1,7% kemudian hanya 1 orang staf yang memeluk agama Budha atau 0,6%.

7. Status Pernikahan Pegawai

Tabel 4.7
Status Pernikahan Staf

Status Pernikahan	Frekuensi	%
Menikah	85	48.3
Belum Menikah	91	51.7
Total	176	100.0

Sumber : UPT T&R Lakhar BNN

Dari data diatas maka dapat diketahui jumlah staf yang sudah menikah yaitu 91 orang atau 51,7% sedangkan staf yang belum menikah berjumlah 85 orang atau 48,3%.

4.7 Residen

Residen adalah sebutan untuk klien yang sedang mengikuti program rehabilitasi sosial Narkoba dengan metode *Theapeutic Community*. Residen merupakan sasaran pelayanan Unit Terapi dan Rehabilitasi Badan Narkotika Nasional.

1. Data Residen berdasarkan Usia

Tabel 4.8
Residen Berdasarkan Usia

USIA	JUMLAH	(%)
15-20	1	1
20-25	38	32
26-30	52	44
31-35	26	22
35-40	1	1
TOTAL	118	100.00

Sumber : UPT T&R Lakhar BNN

Dari data diatas dapat diketahui 44% residen unit terapi dan rehabilitasi berusia antara 26-30 tahun, sedangkan usia 20-25 tahun sebanyak 32% dan 22% diantaranya adalah usia 31-35 tahun, kemudian usia 15-20 tahun sekitar 1% dan usia 35-40 tahun sekitar 1%.

2. Data Residen Berdasarkan Agama

Tabel 4.9
Residen Berdasarkan Agama

Agama	Frekuensi	%
Islam	90	76
Kristen	18	15
Katholik	6	5
Hindu	2	2
Budha	2	2
Total	118	100.0

Sumber : UPT T&R Lakhar BNN

Dari data diatas dapat diketahui sebanyak 76% mayoritas residen beragama Islam sedangkan Nasrani yang terdiri dari Kristen Protestan dan

Katholik masing-masing sebesar 15% dan 4% sebagian kecil adalah penganut agama lain seperti Hindu dan Budha masing-masing 1%.

3. Data Residen Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Tabel 4.10
Residen Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Pendidikan	Frekuensi	%
SD	3	3
SMP	10	8
SMA	76	64
Diploma	6	5
Mahasiswa	13	11
Sarjana (S1)	10	8
TOTAL	118	100

Sumber : UPT T&R Lakhar BNN

Latar belakang pendidikan Residen di Unit Terapi dan Rehabilitasi adalah sebanyak 64% yang pendidikan terakhirnya adalah SMU, artinya sebagian besar penyalahgunaan narkoba yang mengikuti program adalah para remaja, residen yang dikategorikan sebagai mahasiswa sebanyak 11% sedangkan residen yang memiliki pendidikan akademis yang paling tertinggi di Unit Terapi dan Rehabilitasi adalah 8% lulusan Sarjana, pendidikan formal seperti Diploma (D3) sebanyak 5%, SMP 8% dan SD 3%.

4. Data Residen Berdasarkan Penggunaan Zat

Tabel 4.11
Data Residen Berdasarkan Jenis Penggunaan

Jenis Penggunaan	Frekuensi	%
Morphine	25	21
Shabu	10	8
Ganja	14	12
Putaw	60	51
Alkohol	4	3
Metadon	5	4
TOTAL	118	100

Sumber : UPT T&R Lakhar BNN

Data tersebut menerangkan 51% dari total residen adalah para penyalahgunaan narkoba jenis Putaw sedangkan 21% terdiri dari penyalahguna morphine penyalahguna lainnya terdiri dari Ganja sebanyak 12%, Shabu 8% sedangkan sebagian kecil para penyalahguna jenis Metadon 4% dan Alkohol 3%.

