

**Penilaian Semula Model i-Pulih: Keberkesanan, Cabaran dan  
Penambahbaikan dalam Rawatan dan Pemulihan Pengguna Dadah di  
Malaysia**

***(Re-evaluating the i-Pulih Model: Effectiveness, Challenges and  
Improvements in Drug User Treatment and Rehabilitation in Malaysia)***

**Paramjit Singh Jamir Singh<sup>1\*</sup>, Azlinda Azman<sup>1\*</sup>, Pung Yee Xhin<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Pusat Pengajian Sains Kemasyarakatan, Universiti Sains Malaysia, 11800 Minden, Pulau  
Pinang, Malaysia

\*Corresponding author: Paramjit Singh Jamir Singh (paramjit@usm.my) & Azlinda Azman  
(azlindaa@usm.my)

**ABSTRAK**

Artikel ini membincangkan keberkesanan Model i-Pulih yang dikelolakan oleh Agensi Antidadah Kebangsaan (AADK) sebagai model utama rawatan dan pemulihan pengguna dadah di Malaysia. Walaupun pelaksanaannya bertujuan menyokong dasar *nyah jenayah* penyalahgunaan dadah melalui pendekatan berasaskan kesihatan dan pemulihan komuniti, kadar penagihan berulang (relaps) masih tinggi. Artikel ini meninjau literatur semasa tentang faktor relaps, keberkesanan rawatan, serta cabaran institusi dan sosial yang dihadapi oleh pengguna dadah selepas pemulihan. Analisis menunjukkan bahawa Model i-Pulih mempunyai asas teori kukuh melalui dimensi biologi, psikologi, spiritual dan sosial, namun pelaksanaannya masih boleh ditambah baik. Kajian lepas turut menunjukkan kekurangan integrasi antara intervensi psikososial, stigma sosial yang berterusan, dan ketiadaan sistem pemantauan pascarawatan yang berkesan. Artikel ini mencadangkan pendekatan *bottom-up* berasaskan praktis kerja sosial, pemulihan berorientasikan komuniti, serta pengukuhan jaringan sokongan sosial bagi meningkatkan keberkesanan Model i-Pulih ke arah masyarakat bebas dadah yang inklusif.

Kata kunci: Model i-Pulih, AADK, pemulihan, relaps, pengguna dadah, nyah jenayah, kerja sosial

**ABSTRACT**

This article discusses the effectiveness of the i-Pulih Model administered by the National Anti-Drugs Agency (AADK) as the main framework for drug user treatment and rehabilitation in Malaysia. Although its implementation aims to support the decriminalization policy of drug misuse through a health-based and community rehabilitation approach, relapse rates remain high. This review examines current literature on relapse factors, treatment effectiveness, and the institutional and social challenges faced by drug users after rehabilitation. The analysis reveals that the i-Pulih Model has a strong theoretical foundation encompassing biological, psychological, spiritual, and social dimensions, but its practical implementation can still be improved. Previous studies also indicate insufficient integration between psychosocial interventions, persistent social stigma, and the absence of an effective post-treatment monitoring system. This article proposes a bottom-up approach grounded in social work practice, community-oriented rehabilitation, and the strengthening of social support networks to enhance the effectiveness of the i-Pulih Model towards an inclusive, drug-free society.

**Keywords:** i-Pulih Model, AADK, rehabilitation, relapse, drug users, decriminalization, social work

## 1. Pengenalan

Masalah penyalahgunaan dadah masih menjadi antara isu sosial paling rumit dan membimbangkan di Malaysia walaupun pelbagai dasar dan strategi telah dilaksanakan sejak beberapa dekad lalu. Sejak pengisytiharan dadah sebagai “musuh nombor satu negara” pada tahun 1983, kerajaan Malaysia telah memperkenalkan pelbagai pendekatan pencegahan, rawatan dan pemulihan. Namun, statistik semasa menunjukkan bahawa penyalahgunaan dadah kekal pada tahap membimbangkan, malah cenderung meningkat dalam kalangan belia dan masyarakat umum (Abd Mutalib, 2023). Laporan Agensi Antidadah Kebangsaan (AADK) pada suku pertama tahun 2023 merekodkan sebanyak 103,760 pengguna dadah di seluruh negara, dengan 49,373 daripadanya merupakan kes penagihan berulang (*relaps*) (Wan Mohammad Sudin, 2023). Data ini menunjukkan bahawa walaupun pelbagai program pemulihan telah dijalankan, kadar pengguna dadah yang kembali terjebak masih tinggi, menandakan perlunya penilaian semula terhadap model rawatan dan pemulihan yang sedia ada.

Perubahan paradigma terhadap isu dadah turut berlaku di peringkat global apabila penyalahgunaan dadah semakin dilihat sebagai masalah kesihatan awam dan bukan semata-mata isu jenayah. Negara-negara seperti Portugal, Switzerland dan Kanada telah melaksanakan pendekatan *nyah jenayah* (*decriminalization*), di mana pengguna dadah dirawat sebagai pesakit yang memerlukan intervensi pemulihan, bukan hukuman penjara (Holland et al., 2023). Pendekatan ini terbukti berjaya mengurangkan kadar penahanan, mengurangkan kos sistem keadilan jenayah, dan meningkatkan kadar pemulihan. Selaras dengan trend ini, kerajaan Malaysia juga mula beralih arah ke pendekatan *nyah jenayah penyalahgunaan dadah* dengan menggubal Rang Undang-Undang Penyalahgunaan Dadah dan Substan (Pencegahan, Rawatan dan Pemulihan) bagi menggantikan Akta Penagih Dadah (Rawatan dan Pemulihan) 1983 (Muhamad, 2023).

Dalam konteks dasar baharu ini, Model i-Pulih yang dikelolakan oleh AADK dijadikan kerangka utama bagi pelaksanaan pemulihan pengguna dadah di Malaysia. Model ini menekankan empat dimensi utama iaitu biologi, psikologi, spiritual dan sosial sebagai asas rawatan dan pemulihan menyeluruh (Mursidan, 2023). Dari sudut teori, Model i-Pulih adalah progresif kerana ia merangkumi aspek fizikal dan mental pengguna dadah serta memberi tumpuan kepada penyesuaian semula mereka dalam komuniti selepas rawatan. Walau bagaimanapun, kadar relaps yang masih tinggi menunjukkan bahawa keberkesanan pelaksanaannya memerlukan penilaian semula yang mendalam.

Sebagai model pemulihan berasaskan institusi dan komuniti, i-Pulih berfungsi untuk membantu pengguna dadah pulih sepenuhnya melalui program rawatan intensif, bimbingan spiritual, serta aktiviti pengukuhan sosial. Namun, pelaksanaan di lapangan mendedahkan pelbagai cabaran, termasuk kekangan sumber manusia, beban kerja pegawai pemulihan yang tinggi, kekurangan pekerja sosial profesional, dan ketidakselarasan antara pelbagai agensi yang terlibat (Mansor et al., 2023). Tambahan pula, banyak kajian menunjukkan bahawa program pemulihan di bawah model ini masih terlalu berorientasikan pendekatan kawalan (*top-down*), dengan tumpuan kepada disiplin dan pematuhan, sedangkan elemen psikososial dan pemulihan komuniti masih kurang ditekankan (Amat et al., 2020).

## **2. Latar Belakang dan Evolusi Model i-Pulih**

Model i-Pulih merupakan inisiatif strategik Agensi Antidadah Kebangsaan (AADK) dalam memperkukuh sistem rawatan dan pemulihan pengguna dadah di Malaysia. Ia diperkenalkan bagi menggantikan pendekatan tradisional yang lebih berasaskan kawalan dan pematuhan, kepada model yang menekankan pemulihan menyeluruh, bersepadu dan berasaskan komuniti. Pengenalan model ini selaras dengan peralihan dasar kebangsaan daripada pendekatan punitif kepada pendekatan kemanusiaan dan kesihatan awam. Model i-Pulih menegaskan empat dimensi utama dalam intervensi pemulihan iaitu biologi, psikologi, spiritual dan sosial, yang secara keseluruhan membentuk asas teori serta falsafah rawatan holistik terhadap pengguna dadah (Mursidan, 2023).

Dari sudut sejarah, pendekatan pemulihan dadah di Malaysia telah melalui tiga fasa utama. Fasa pertama bermula sekitar 1970-an hingga 1990-an, di mana kerajaan menubuhkan Pusat Pemulihan Penagihan Narkotik (PUSPEN) berasaskan pendekatan institusi tertutup (*residential rehabilitation*). Program pada era ini lebih menekankan aspek disiplin, hukuman dan kawalan tingkah laku, dengan andaian bahawa ketagihan dapat dihapuskan melalui pembatasan persekitaran dan latihan fizikal (Yassin & Ahmad, 2023). Walau bagaimanapun, pendekatan ini dikritik kerana gagal menangani punca psikososial dan struktur yang menyumbang kepada ketagihan, seperti kemiskinan, tekanan hidup, serta kekurangan jaringan sokongan komuniti.

Fasa kedua bermula pada awal tahun 2000 dengan pelaksanaan Program Pemulihan dalam Komuniti (PUSPEN Terbuka dan CCRC) yang memperkenalkan rawatan berasaskan komuniti. Fasa ini memperlihatkan perubahan signifikan dalam dasar, apabila kerajaan mula mengiktiraf kepentingan intervensi psikososial dan sokongan keluarga dalam proses pemulihan (Amat et al., 2020). Namun begitu, kadar relaps masih kekal tinggi, menunjukkan perlunya satu model baharu yang lebih sistematik dan holistik.

Fasa ketiga bermula dengan pengenalan Model i-Pulih pada tahun 2018, hasil daripada kajian semula keberkesanan sistem pemulihan AADK. Model ini dibangunkan dengan objektif memperkukuh empat dimensi utama:

- i. Biologi: Rawatan perubatan, detoksifikasi dan pengurusan simptom fizikal ketagihan.
- ii. Psikologi: Kaunseling individu dan kelompok, terapi kognitif-tingkah laku, serta modul pembangunan sendiri.
- iii. Spiritual: Penghayatan agama dan nilai moral untuk meningkatkan kesedaran diri dan kekuatan dalaman.
- iv. Sosial: Pengukuhan hubungan dengan keluarga, komuniti, dan masyarakat melalui aktiviti sosial serta program ekonomi.

Keempat-empat dimensi ini mencerminkan prinsip keseimbangan antara rawatan klinikal dan sosial, sejajar dengan pendekatan pemulihan berasaskan teori sistem ekologi oleh Bronfenbrenner (1992), yang menekankan hubungan timbal balik antara individu dan persekitaran. Dalam konteks ini, Model i-Pulih bukan sahaja bertujuan memulihkan individu daripada ketagihan, tetapi juga memperkukuh sistem sosial yang menyokong proses kepulihan mereka.

Namun, walaupun reka bentuk teorinya kukuh, pelaksanaan model ini menghadapi pelbagai cabaran di lapangan. Kajian AADK dan penyelidikan akademik (Mansor et al., 2023; Hakim, 2023) menunjukkan bahawa kekangan sumber manusia dan kewangan, kekurangan pekerja sosial profesional, serta ketidakseimbangan antara modul institusi dan komuniti menjejaskan keberkesanan pelaksanaan. Dalam banyak kes, program pemulihan di bawah i-Pulih lebih

menumpukan aspek biologi dan spiritual, manakala dimensi psikologi dan sosial sering kali kurang diberi perhatian. Hal ini berpunca daripada kekurangan fasilitator terlatih dan jurupulih sosial yang mampu melaksanakan pendekatan berasaskan bukti (*evidence-based practice*).

Selain itu, pelaksanaan Model i-Pulih masih didominasi oleh pendekatan *top-down* di mana keputusan dan modul ditetapkan di peringkat pusat tanpa mengambil kira perbezaan konteks tempatan. Perkara ini menyebabkan pegawai pemulihan di lapangan kurang fleksibiliti dalam menyesuaikan intervensi dengan keperluan sebenar pengguna dadah (Jasni & Abu Bakar Ah, 2022). Justeru, penilaian semula terhadap model ini perlu memberi ruang kepada pendekatan *bottom-up* yang menekankan suara komuniti, pegawai pelaksana, dan pengguna dadah sendiri dalam reka bentuk dan penambahbaikan program.

Selain AADK, pelbagai pihak lain turut memainkan peranan dalam pelaksanaan Model i-Pulih, termasuk Jabatan Kebajikan Masyarakat (JKM), Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM), Jabatan Agama Islam Negeri (JAIN), serta pertubuhan bukan kerajaan (NGO) seperti Persatuan Mencegah Dadah Malaysia (PEMADAM) dan Drug Intervention Community (DIC). Walaupun kerjasama pelbagai agensi ini penting, penyelidikan mendapati masih wujud kekurangan koordinasi antara agensi yang menyebabkan pertindihan fungsi serta jurang komunikasi (Hakim, 2023). Keadaan ini menyukarkan kesinambungan rawatan antara institusi dan komuniti, sekaligus melemahkan keberkesanan model secara keseluruhan.

Dari perspektif dasar sosial, pelaksanaan Model i-Pulih juga selaras dengan aspirasi Malaysia MADANI, yang menekankan nilai-nilai ihsan, kesejahteraan dan pemberdayaan komuniti. Ini bermakna pemulihan pengguna dadah tidak boleh dilihat semata-mata sebagai proses rawatan perubatan, tetapi juga sebagai usaha pembangunan manusia (*human development*) yang berteraskan empati dan inklusiviti. Pengguna dadah yang pulih perlu diberi peluang kedua untuk bekerja, berinteraksi dan berfungsi semula dalam masyarakat tanpa stigma.

Secara keseluruhannya, evolusi Model i-Pulih menggambarkan transformasi dasar negara ke arah sistem pemulihan yang lebih seimbang antara pendekatan kesihatan, sosial dan spiritual. Namun, kejayaan model ini amat bergantung kepada sejauh mana pelaksanaannya dapat disesuaikan dengan keperluan lapangan, disokong oleh tenaga profesional kerja sosial, dan diperkuat melalui jaringan sokongan komuniti yang berterusan. Penilaian semula terhadap model ini adalah penting agar ia tidak hanya kekal sebagai kerangka dasar di atas kertas, tetapi benar-benar berfungsi sebagai instrumen perubahan sosial yang efektif dan mampan.

### **3. Isu dan Cabaran dalam Pelaksanaan Model i-Pulih**

Walaupun Model i-Pulih dianggap sebagai pendekatan yang lebih progresif dalam usaha memulihkan pengguna dadah di Malaysia, pelaksanaannya di lapangan masih berdepan pelbagai kekangan yang menjejaskan keberkesanan dan kelestarian proses pemulihan. Berdasarkan analisis literatur, cabaran utama yang dihadapi boleh dikategorikan kepada empat aspek utama: (1) kadar relaps yang tinggi, (2) stigma sosial, (3) kelemahan struktur institusi dan sumber manusia, serta (4) ketidaksepadanan antara dasar, pelaksanaan dan realiti komuniti.

#### **3.1. Kadar Relaps yang Tinggi**

Masalah utama yang dihadapi oleh AADK dalam konteks Model i-Pulih ialah kadar penagihan berulang atau *relaps* yang masih berada pada tahap membimbangkan. Data AADK menunjukkan hampir separuh daripada pengguna dadah yang melalui proses pemulihan kembali menggunakan

dadah dalam tempoh satu tahun selepas keluar daripada pusat rawatan (Wan Mohammad Sudin, 2023). Fenomena ini menunjukkan bahawa proses pemulihan tidak dapat memastikan perubahan tingkah laku yang berpanjangan.

Kajian Dasris et al. (2023) menjelaskan bahawa relaps bukan sekadar disebabkan oleh kelemahan peribadi pengguna, tetapi juga dipengaruhi oleh faktor persekitaran seperti tekanan sosial, ketiadaan pekerjaan, hubungan keluarga yang renggang, serta ketiadaan tempat tinggal yang stabil. Dalam konteks Malaysia, Amat et al. (2020) menekankan bahawa kelemahan dalam program *aftercare* atau pascarawatan menjadi punca utama kepada kadar relaps yang tinggi. Walaupun Model i-Pulih menekankan kesinambungan rawatan antara institusi dan komuniti, pelaksanaannya masih belum menyeluruh kerana kekurangan mekanisme pemantauan yang sistematik.

Selain itu, pengguna dadah sering terdedah kepada persekitaran lama yang mempunyai pengaruh negatif selepas keluar daripada pusat pemulihan. Tanpa sistem pemantauan berterusan dan sokongan komuniti yang kukuh, usaha untuk mengekalkan kepulihan menjadi sukar. Hal ini menunjukkan bahawa keberkesanan Model i-Pulih bergantung bukan hanya kepada intervensi dalam pusat, tetapi juga kepada kekuatan ekosistem sosial di luar institusi.

### **3.2. Stigma Sosial**

Salah satu cabaran terbesar dalam proses pemulihan ialah stigma masyarakat terhadap pengguna dadah. Stigma ini wujud dalam pelbagai bentuk, termasuk diskriminasi di tempat kerja, penolakan komuniti, serta stereotaip negatif yang melabel mereka sebagai penjenayah atau tidak bermoral (Jasni & Abu Bakar Ah, 2022). Kajian Abd Wahab (2023) mendapati bahawa kebanyakan majikan masih ragu-ragu untuk menggaji bekas pengguna dadah walaupun mereka telah pulih sepenuhnya. Keadaan ini menyebabkan ramai bekas pengguna berasa terpinggir dan kehilangan arah hidup, yang akhirnya meningkatkan risiko relaps.

Dari perspektif psikososial, stigma bukan sahaja menjejaskan imej diri tetapi juga merosakkan kesejahteraan mental individu. Kajian Mustapha et al. (2023) mendapati bahawa tekanan sosial dan stigma yang dialami selepas rawatan menjadi punca utama kepada kembalinya pengguna kepada dadah sebagai mekanisme daya tindak terhadap kesakitan emosi dan rasa kecewa. Tambahan pula, marginalisasi sosial yang berterusan menyebabkan mereka sukar membina semula identiti sosial yang positif.

Dalam konteks Model i-Pulih, isu stigma ini menuntut pendekatan yang lebih menyeluruh dalam membina semula penerimaan sosial terhadap pengguna dadah. Sokongan keluarga dan komuniti harus menjadi elemen utama dalam strategi pemulihan kerana penerimaan sosial mempunyai pengaruh langsung terhadap motivasi dan ketahanan diri pengguna. Tanpa penglibatan aktif masyarakat, Model i-Pulih akan terus berfungsi secara terpisah daripada ekosistem sosial sebenar yang menentukan kejayaan pemulihan jangka panjang.

### **3.3. Kelemahan Struktur Institusi dan Sumber Manusia**

Cabaran ketiga ialah kekangan struktur organisasi dan sumber manusia dalam pelaksanaan Model i-Pulih. AADK berperanan besar dalam menyelaras pelbagai bentuk intervensi rawatan, kaunseling, dan pemulihan. Namun, kajian Mansor et al. (2023) menunjukkan bahawa pegawai pemulihan sering berhadapan dengan beban kerja tinggi serta kekurangan latihan profesional dalam pendekatan berasaskan psikososial dan *harm reduction*. Selain itu, bilangan pekerja sosial

profesional dalam AADK masih terhad, menyebabkan intervensi sosial sering digantikan oleh pegawai am yang tidak memiliki latihan khusus dalam kerja sosial klinikal.

Kekurangan kepakaran ini menyebabkan pelaksanaan dimensi psikologi dan sosial dalam Model i-Pulih tidak dapat dijalankan secara optimum. Fokus rawatan sering tertumpu kepada disiplin, aktiviti rutin, dan elemen spiritual, sedangkan intervensi psikologi mendalam seperti terapi tingkah laku kognitif (*CBT*), terapi trauma, atau terapi keluarga masih jarang diaplikasikan (Hakim, 2023). Ini bertentangan dengan prinsip kerja sosial moden yang menekankan intervensi berasaskan bukti (*evidence-based intervention*).

Tambahan pula, struktur hierarki AADK yang berpusat (*centralized decision-making*) mengurangkan fleksibiliti pegawai lapangan dalam menyesuaikan intervensi kepada keperluan setempat. Banyak pegawai pemulihan berpendapat bahawa modul yang digubal di peringkat pusat tidak sentiasa sesuai dengan konteks komuniti tertentu, khususnya di kawasan luar bandar yang mempunyai faktor budaya dan agama berbeza (Mansor et al., 2023). Oleh itu, kebergantungan kepada pendekatan *top-down* perlu dikaji semula bagi memastikan keberkesanan pelaksanaan Model i-Pulih dapat dipertingkatkan.

### **3.4. Ketidaksepadanan antara Dasar, Pelaksanaan dan Realiti Komuniti**

Walaupun Model i-Pulih selaras dengan aspirasi dasar *nyah jenayah* penyalahgunaan dadah, terdapat jurang antara idealisme dasar dan realiti pelaksanaan di lapangan. Pada peringkat dasar, pendekatan ini menekankan pemulihan berasaskan kesihatan dan hak asasi manusia; namun, pada tahap pelaksanaan, banyak institusi masih beroperasi dalam paradigma lama yang berorientasikan kawalan dan hukuman (Adnan, 2023). Pegawai pelaksana kadang kala terikat dengan peraturan pentadbiran yang ketat, menyebabkan pelaksanaan intervensi lebih menjurus kepada kepatuhan prosedur daripada pendekatan pemulihan berpusatkan individu.

Selain itu, realiti komuniti setempat yang pelbagai dari segi sosioekonomi dan budaya turut mempengaruhi penerimaan program i-Pulih. Di kawasan luar bandar, misalnya, stigma terhadap pengguna dadah masih kuat dan penerimaan komuniti terhadap bekas pengguna amat rendah (Singh, 2023). Ini menjadikan strategi integrasi sosial dalam Model i-Pulih sukar dilaksanakan tanpa intervensi kesedaran masyarakat yang menyeluruh. Dalam keadaan sebegini, peranan pemimpin tempatan, masjid, surau, dan NGO amat penting sebagai jambatan untuk membina semula kepercayaan antara bekas pengguna dan komuniti.

Selain daripada itu, cabaran kewangan turut menjadi faktor utama yang menghalang pelaksanaan yang konsisten. Kajian Ibrahim (2023) menjelaskan bahawa tanpa peruntukan mencukupi bagi latihan, pemantauan dan pembangunan kapasiti sumber manusia, mana-mana model pemulihan tidak dapat mencapai matlamatnya. Oleh itu, AADK perlu memperkukuh kerjasama antara sektor awam dan swasta, khususnya dalam program pemulihan komuniti dan penempatan pekerjaan selepas rawatan.

Secara keseluruhannya, isu-isu yang dibincangkan ini menunjukkan bahawa keberkesanan Model i-Pulih bukan hanya bergantung kepada reka bentuk teorinya, tetapi juga kepada kekuatan sistem pelaksanaannya di lapangan. Kadar relaps yang tinggi, stigma sosial, kelemahan institusi dan jurang antara dasar dan realiti komuniti menggambarkan keperluan untuk menilai semula pendekatan sedia ada. Penambahbaikan ke arah pendekatan *bottom-up*, integratif dan berasaskan kerja sosial profesional amat diperlukan agar Model i-Pulih benar-benar dapat berfungsi sebagai model pemulihan yang inklusif, mampan dan berkesan.

#### **4. Penilaian Semula Model i-Pulih: Perspektif Teori dan Amalan**

Model i-Pulih merupakan kerangka utama rawatan dan pemulihan pengguna dadah di Malaysia yang dirangka berasaskan empat dimensi iaitu biologi, psikologi, spiritual dan sosial. Secara teorinya, model ini mencerminkan pendekatan holistik yang selaras dengan teori Sistem Ekologi Bronfenbrenner (1992) dan prinsip bio-psiko-sosio-spiritual dalam kerja sosial moden. Pendekatan ini menegaskan bahawa tingkah laku manusia, termasuk penyalahgunaan dadah, dipengaruhi oleh interaksi kompleks antara individu dan persekitarannya. Oleh itu, intervensi rawatan tidak seharusnya hanya menumpukan pada aspek biologi atau perubatan, tetapi juga meliputi dimensi psikososial dan struktur komuniti yang mempengaruhi proses kepulihan (Amat et al., 2020; Yassin & Ahmad, 2023).

Namun begitu, tinjauan literatur menunjukkan wujudnya jurang ketara antara teori dan pelaksanaan sebenar Model i-Pulih di lapangan. Dalam kebanyakan kes, pelaksanaan program rawatan masih didominasi oleh elemen disiplin dan kawalan, sedangkan aspek pemberdayaan (*empowerment*) dan penglibatan komuniti masih lemah (Mansor et al. 2023). Situasi ini menunjukkan bahawa walaupun reka bentuk model mencerminkan nilai-nilai kerja sosial yang progresif, pelaksanaannya masih terikat dengan paradigma lama yang berorientasikan kepatuhan dan hukuman.

##### **4.1. Dimensi Biologi: Fokus kepada Rawatan Fizikal**

Aspek biologi dalam Model i-Pulih menumpukan kepada rawatan perubatan, detoksifikasi, dan pengurusan simptom ketagihan. Pendekatan ini penting untuk mengawal kesan fisiologi bahan psikoaktif dalam tubuh pengguna. Namun, Amat et al. (2020) menegaskan bahawa rawatan yang terlalu menumpukan kepada aspek perubatan tanpa diimbangi dengan sokongan psikososial cenderung menghasilkan pemulihan jangka pendek sahaja. Dalam banyak kes, pengguna dadah yang telah melalui rawatan fizikal masih mudah terdedah kepada relaps apabila kembali ke persekitaran sosial lama yang tidak menyokong proses kepulihan. Ini memperlihatkan keperluan integrasi lebih kuat antara intervensi biologi dan intervensi sosial.

##### **4.2. Dimensi Psikologi: Keperluan Intervensi Kaunseling dan Terapi Klinikal**

Komponen psikologi dalam Model i-Pulih bertujuan membantu pengguna mengenal pasti punca ketagihan, mengawal impuls, dan membina kemahiran daya tindak positif. Walau bagaimanapun, literatur menunjukkan pelaksanaan modul kaunseling dan terapi dalam kebanyakan pusat AADK masih bersifat umum dan tidak berasaskan bukti (*evidence-based*). Pendekatan seperti Terapi Tingkah Laku Kognitif (CBT), Terapi Motivasi (MET), dan Terapi Berasaskan Trauma masih kurang diaplikasikan secara sistematik (Hakim, 2023).

Kajian Dasris et al. (2023) mencadangkan bahawa intervensi psikologi yang berkesan perlu memberi tumpuan kepada perubahan kognitif, pengurusan tekanan, serta pembangunan kemahiran hidup. Kelemahan dalam aspek ini menjelaskan mengapa ramai pengguna gagal mengekalkan perubahan tingkah laku selepas tamat rawatan. Oleh itu, integrasi peranan pekerja sosial dan kaunselor terlatih amat penting bagi memastikan proses terapi dapat dilaksanakan dengan pendekatan profesional dan berterusan.

#### **4.3. Dimensi Spiritual: Pengukuhan Nilai dan Keinsafan Diri**

Salah satu kekuatan Model i-Pulih ialah penekanan terhadap aspek spiritual dan keagamaan. Pendekatan ini dilihat sejajar dengan budaya Malaysia yang menilai agama sebagai sumber moral dan kekuatan diri. Kajian Saidin et al. (2023) mendapati bahawa pendekatan terapi psikospiritual seperti Program Inabah di Malaysia membantu meningkatkan kesedaran diri dan mengurangkan kecenderungan relaps melalui penghayatan nilai keagamaan.

Namun, pendekatan spiritual ini perlu disesuaikan dengan keperluan pelbagai latar belakang agama dan budaya. Model i-Pulih sering dikritik kerana terlalu menekankan elemen keagamaan tertentu tanpa modul universal yang sesuai untuk semua pengguna (Ishak et al., 2021). Oleh itu, elemen spiritual harus didefinisikan secara lebih inklusif sebagai komponen yang membina makna hidup, kekuatan dalaman dan nilai kemanusiaan, bukan sekadar ritual keagamaan.

#### **4.4. Dimensi Sosial: Pemulihan Melalui Komuniti dan Struktur Sokongan**

Aspek sosial merupakan dimensi paling mencabar dalam pelaksanaan Model i-Pulih. Matlamat utama dimensi ini ialah membantu pengguna dadah menyesuaikan diri semula dalam masyarakat dan memperoleh kehidupan yang produktif. Walau bagaimanapun, banyak kajian menunjukkan bahawa intervensi sosial masih kurang tersusun dan tidak disokong dengan rangka kerja pascarawatan yang jelas (Mustapha et al., 2023).

Ketiadaan sistem pemantauan bersepadu menyebabkan ramai pengguna hilang hubungan dengan fasilitator selepas keluar dari pusat pemulihan. Tambahan pula, peluang pekerjaan yang terhad serta diskriminasi sosial menyebabkan mereka kembali ke kitaran ketagihan. Ini menunjukkan keperluan mendesak untuk memperkukuh peranan komuniti, NGO, dan sektor swasta dalam proses pemulihan sosial. Pendekatan pemulihan berasaskan komuniti (Community-Based Rehabilitation, CBR) telah terbukti berkesan di banyak negara, khususnya apabila digabungkan dengan program mentor rakan sebaya (*peer mentoring*) dan sokongan keluarga (Holland et al., 2023).

#### **4. Jurang antara Teori dan Amalan**

Tinjauan terhadap pelaksanaan Model i-Pulih menunjukkan bahawa jurang antara teori dan realiti pelaksanaan masih ketara. Di peringkat teori, model ini menegaskan integrasi multidimensi; namun di lapangan, pelaksanaannya cenderung tidak seimbang dengan fokus berlebihan pada disiplin dan modul spiritual, manakala komponen psikologi dan sosial kurang ditekankan (Mansor et al., 2023). Tambahan pula, mekanisme penilaian keberkesanan program masih tidak konsisten antara pusat-pusat pemulihan.

Masalah ini berpunca daripada ketiadaan kerangka pemantauan dan penilaian standard (*standardized monitoring framework*) yang dapat mengukur tahap kepulihan pengguna secara longitudinal. Dalam keadaan ini, keberkesanan Model i-Pulih sukar dibuktikan secara empirikal. Oleh itu, penambahbaikan perlu dibuat dengan memperkenalkan indikator keberhasilan yang berasaskan data seperti kadar pekerjaan selepas rawatan, kestabilan emosi, dan keterlibatan sosial dalam komuniti.

#### **6. Penilaian Berdasarkan Prinsip Kerja Sosial**

Dari perspektif kerja sosial, penilaian semula Model i-Pulih perlu menekankan tiga prinsip utama:

- i. Pendekatan berpusatkan klien (*client-centered approach*) – pengguna dadah harus dilihat sebagai individu dengan potensi, bukan sekadar pesalah yang perlu dikawal.
- ii. Pemberdayaan (*empowerment*) – proses pemulihan perlu memberi ruang kepada pengguna untuk menyuarakan pandangan dan membina semula identiti sosial.
- iii. Keadilan sosial (*social justice*) – model ini mesti memastikan tiada diskriminasi terhadap pengguna dalam mendapatkan peluang pekerjaan, pendidikan dan perkhidmatan sosial.

Pendekatan berasaskan kerja sosial bukan sahaja meningkatkan keberkesanan intervensi tetapi juga menyokong aspirasi Malaysia MADANI, yang mengutamakan nilai ihsan dan kesejahteraan insan (Ibrahim, 2023). Integrasi prinsip ini akan membantu AADK melangkaui pendekatan konvensional dan menjadikan Model i-Pulih sebagai wadah transformasi sosial yang berkesan.

## **7. Implikasi terhadap Amalan Kerja Sosial dan Cadangan Penambahbaikan**

Pelaksanaan Model i-Pulih bukan sahaja berperanan sebagai strategi pemulihan kesihatan, tetapi juga mempunyai implikasi besar terhadap bidang kerja sosial, khususnya dalam aspek intervensi psikososial, pemberdayaan komuniti, dan advokasi dasar sosial. Sebagai satu model pemulihan bersepadu, keberkesanan i-Pulih amat bergantung kepada sejauh mana prinsip dan amalan kerja sosial dapat diintegrasikan secara sistematik dalam proses rawatan, bimbingan dan pemulihan pascarawatan pengguna dadah di Malaysia.

### **7.1. Peranan Kerja Sosial dalam Sistem Pemulihan**

Kerja sosial menekankan pendekatan holistik dan berpusatkan klien, di mana setiap individu dilihat bukan hanya sebagai penerima bantuan, tetapi sebagai subjek yang memiliki keupayaan dan potensi untuk berubah. Dalam konteks Model i-Pulih, pekerja sosial boleh memainkan peranan penting sebagai penghubung antara pengguna, keluarga, komuniti, dan institusi (Yassin & Ahmad, 2023). Mereka bukan sekadar penyedia khidmat kaunseling, tetapi juga fasilitator perubahan sosial yang menyelaras pelbagai sistem sokongan bagi memastikan pengguna yang telah pulih dapat kembali berfungsi dalam masyarakat.

Pekerja sosial juga mempunyai kompetensi dalam penilaian kes menyeluruh (*comprehensive case assessment*) yang membolehkan mereka mengenal pasti faktor risiko relaps seperti tekanan ekonomi, konflik keluarga, dan ketiadaan sokongan sosial. Melalui penilaian berasaskan kekuatan (*strengths-based assessment*), pekerja sosial dapat membantu pengguna membina strategi daya tindak positif serta menghubungkan mereka dengan sumber komuniti seperti program latihan vokasional, perumahan sementara, atau peluang pekerjaan. Dalam banyak negara maju, pekerja sosial menjadi komponen wajib dalam pasukan pemulihan dadah, bersama-sama doktor, ahli psikologi dan kaunselor (Holland et al., 2023). Malaysia juga perlu menelusuri arah yang sama dengan memperkukuh pengiktirafan profesional kerja sosial dalam struktur AADK.

### **7.2. Pemberdayaan dan Penglibatan Komuniti**

Pendekatan *bottom-up* yang disarankan dalam literatur antarabangsa (Daniel, 2023; Dasris et al., 2023) menunjukkan bahawa program pemulihan lebih berkesan apabila komuniti terlibat secara aktif dalam setiap peringkat pelaksanaan daripada pencegahan hingga ke sokongan pascarawatan. Dalam konteks Model i-Pulih, pemberdayaan komuniti boleh dilaksanakan melalui program pemulihan berasaskan komuniti (*Community-Based Rehabilitation, CBR*) yang menggabungkan peranan keluarga, rakan sebaya, institusi agama, dan NGO tempatan.

Contohnya, program mentor rakan sebaya (*peer support and mentoring*) yang melibatkan bekas pengguna dadah berjaya telah terbukti berkesan dalam meningkatkan motivasi peserta baharu serta membina kepercayaan sosial (Mustapha et al., 2023). Komuniti juga boleh berfungsi sebagai sistem pengawasan sosial tidak formal yang membantu mencegah relaps melalui hubungan positif dan aktiviti kemasyarakatan yang bermakna. Peranan pekerja sosial dalam konteks ini adalah untuk melatih dan memudahkan cara penglibatan komuniti agar tidak lagi melihat pengguna dadah sebagai beban sosial, tetapi sebagai anggota masyarakat yang sedang melalui proses pemulihan dan pembangunan diri.

### **7.3. Advokasi Dasar dan Keperluan Sistem Sokongan Bersepadu**

Selain peranan intervensi mikro, pekerja sosial juga memainkan peranan penting di peringkat makro melalui advokasi dasar. Dalam usaha memperkukuh Model i-Pulih, advokasi diperlukan untuk memastikan dasar-dasar sosial yang berkaitan dengan pekerjaan, pendidikan, perumahan dan kesihatan mental selaras dengan keperluan bekas pengguna dadah. Tanpa jaminan sosial minimum, proses pemulihan akan menjadi rapuh.

Dasar-dasar seperti Program Reintegrasi Sosial (PRS) dan Program Sokongan Pascarawatan (Aftercare) perlu diperkasa agar pengguna yang telah pulih tidak terputus hubungan dengan sistem pemulihan. Pekerja sosial dapat menyumbang dengan membangunkan jaringan rujukan bersepadu (*integrated referral network*) yang menyelaraskan peranan antara AADK, Jabatan Kebajikan Masyarakat (JKM), Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM), institusi agama, dan sektor swasta. Usaha ini penting bagi mewujudkan kesinambungan antara intervensi institusi dan komuniti, sejajar dengan matlamat Dasar *Nyah Jenayah* Penyalahgunaan Dadah (Muhamad, 2023).

### **7.4. Cadangan Penambahbaikan Model i-Pulih**

Berdasarkan hasil dapatan literatur dan kerangka teori kerja sosial, beberapa langkah penambahbaikan konkrit disarankan bagi memperkukuh keberkesanan pelaksanaan Model i-Pulih secara menyeluruh. Setiap pusat pemulihan wajar menempatkan sekurang-kurangnya seorang pekerja sosial profesional yang berperanan sebagai penyelar kes (*case manager*). Pekerja sosial ini memainkan peranan penting dalam memastikan proses penilaian, intervensi dan pemantauan pascarawatan dijalankan dengan lebih sistematik dan holistik, seterusnya menjamin kesinambungan rawatan antara institusi dan komuniti.

Selain itu, pembangunan sistem pemantauan digital dan pangkalan data longitudinal perlu diperkenalkan bagi menjejak perkembangan pengguna dadah selepas tamat rawatan. Sistem ini akan membolehkan AADK mengenal pasti risiko relaps dengan lebih awal, selain memperkukuh kemampuan agensi tersebut dalam penilaian berasaskan bukti (*evidence-based evaluation*). Melalui data yang bersepadu, keputusan dasar dan program boleh disesuaikan berdasarkan trend sebenar kepulihan dan cabaran sosial yang dihadapi oleh pengguna.

Seterusnya, pembangunan kapasiti pegawai pemulihan harus diberi keutamaan melalui latihan berterusan dalam bidang terapi tingkah laku, kaunseling psikologi, dan intervensi trauma. Latihan ini berupaya mengubah paradigma pelaksanaan daripada pendekatan kawalan yang rigid kepada pendekatan pemulihan yang berasaskan empati, kepercayaan, dan hubungan terapeutik yang positif antara pegawai dengan pengguna.

Kerjasama strategik dengan sektor industri dan pertubuhan bukan kerajaan (NGO) juga perlu diperluas. Bekas pengguna dadah yang telah pulih wajar disokong melalui program latihan kemahiran dan penempatan pekerjaan yang diselaraskan dengan inisiatif *Corporate Social Responsibility (CSR)*. Langkah ini bukan sahaja membantu menyediakan peluang pekerjaan yang inklusif tetapi juga mengurangkan diskriminasi sosial terhadap bekas pengguna dadah.

Di samping itu, pelaksanaan pendekatan berasaskan komuniti yang berpaksikan nilai Malaysia MADANI perlu dijadikan asas dalam semua strategi pemulihan. Nilai-nilai ihsan, kesejahteraan dan kemanusiaan hendaklah diterjemahkan dalam dasar dan amalan intervensi yang bebas daripada stigma dan menekankan *hak untuk pemulihan (right to recovery)*. Pendekatan ini menggalakkan komuniti tempatan menjadi rakan strategik dalam membimbing, memantau, dan menyokong proses kepulihan pengguna.

Penyelidikan berterusan dan penilaian impak sosial harus menjadi sebahagian daripada agenda institusi dan universiti awam yang bekerjasama dengan AADK. Kajian longitudinal amat penting untuk menilai keberkesanan jangka panjang Model i-Pulih serta mengukur kesannya terhadap kadar relaps, kesejahteraan psikososial, dan pembangunan komuniti inklusif. Melalui penilaian impak sosial (*social impact assessment*), keberhasilan program dapat dinilai bukan sahaja berdasarkan statistik, tetapi juga terhadap perubahan kualitatif dalam kehidupan individu dan masyarakat.

Secara keseluruhannya, langkah-langkah penambahbaikan ini diharap dapat memperkukuh pelaksanaan Model i-Pulih sebagai satu pendekatan pemulihan berasaskan bukti, berpaksikan kerja sosial profesional dan berorientasikan komuniti ke arah membentuk masyarakat bebas dadah yang lebih inklusif dan berperikemanusiaan.

## **8. Hubungan dengan Agenda Pembangunan Lestari dan Malaysia MADANI**

Penambahbaikan Model i-Pulih juga seharusnya dikaitkan dengan Matlamat Pembangunan Lestari (SDG 3.5) yang menekankan pencegahan dan rawatan penyalahgunaan bahan, termasuk dadah. Malaysia komited mencapai sasaran ini melalui pelaksanaan dasar yang memfokuskan kesejahteraan kesihatan mental dan sosial. Dalam konteks Malaysia MADANI, Model i-Pulih boleh dilihat sebagai satu bentuk pelaksanaan nilai-nilai *ihsan* dan *kesejahteraan* bukan sahaja terhadap individu yang terlibat, tetapi juga terhadap keluarga dan komuniti yang terkesan.

Pendekatan yang berasaskan empati ini dapat mengubah persepsi awam terhadap pengguna dadah daripada stigma negatif kepada penerimaan sosial yang lebih matang. Oleh itu, amalan kerja sosial bukan sekadar melaksanakan intervensi rawatan, tetapi juga berperanan sebagai agen perubahan sosial dan moral, sejajar dengan misi Malaysia MADANI untuk membina masyarakat penyayang dan inklusif.

## **9. Kesimpulan**

Artikel ini menegaskan bahawa Model i-Pulih merupakan satu inisiatif penting dalam evolusi sistem rawatan dan pemulihan pengguna dadah di Malaysia. Ia mencerminkan perubahan paradigma daripada pendekatan punitif kepada pendekatan kesihatan awam dan kemanusiaan yang berteraskan prinsip kesejahteraan, ihsan, dan pemberdayaan sosial. Secara teorinya, model ini berasaskan pendekatan bio-psiko-sosio-spiritual yang komprehensif, namun pelaksanaannya masih menghadapi pelbagai cabaran struktur, sosial dan institusi.

Tinjauan literatur menunjukkan bahawa kadar relaps yang tinggi berpunca daripada pelbagai faktor yang saling berkait termasuk kekangan pascarawatan, stigma masyarakat, kekurangan tenaga profesional terlatih, dan kelemahan koordinasi antara agensi. Keadaan ini menandakan keperluan untuk menilai semula keberkesanan Model i-Pulih bukan sahaja dari segi reka bentuk teorinya, tetapi juga dalam konteks pelaksanaan dan pemantauan lapangan.

Pendekatan *bottom-up* yang menggabungkan suara pengguna, pegawai pemulihan dan komuniti perlu diutamakan agar dasar dan intervensi yang dibangunkan benar-benar mencerminkan keperluan sebenar masyarakat. Integrasi kerja sosial profesional dalam AADK, pengukuhan sistem pemantauan digital, serta kolaborasi strategik dengan sektor swasta dan NGO mampu memperkukuh lagi impak Model i-Pulih.

Dari perspektif dasar, penambahbaikan ini selaras dengan aspirasi Malaysia MADANI yang menekankan keadilan sosial dan kesejahteraan insan, serta menyumbang kepada Matlamat Pembangunan Lestari (SDG 3.5) iaitu mengurangkan penyalahgunaan bahan melalui rawatan dan pemulihan berkesan. Secara keseluruhannya, Model i-Pulih perlu terus berkembang sebagai kerangka pemulihan dinamik yang bukan sahaja memulihkan pengguna dadah, tetapi juga memulihkan hubungan sosial, membina komuniti penyayang, dan memperkukuh asas kemanusiaan dalam pembangunan negara.

## **Penghargaan**

Kajian ini disokong oleh pembiayaan daripada Kementerian Pendidikan Tinggi Malaysia melalui Skim Geran Penyelidikan Fundamental (FRGS/1/2024/SS09/USM/02/1).

## **References**

- Abd Mutalib, Z. (2023). *Lebih 10,000 belia positif dadah tahun lalu*. Berita Harian.
- Abd Wahab, D. S. (2023). *Tawar peluang kerja kepada bekas pengguna dadah, banduan*. Utusan Malaysia.
- Adnan, A. S. (2023). *Pengguna dadah perlu dirawat dan dipulih, bukan dipenjara*. Berita Harian.
- Amat, M. A. C., Ahmad, J., Jailani, O., Jaafar, W. M. W., & Zaremohzzabieh, Z. (2020). Relapse among drug users in East Coast Malaysia: A qualitative study of risk factors. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 10(12), 432–447.
- Bronfenbrenner, U. (1992). Ecological systems theory. In R. Vasta (Ed.), *Six theories of child development* (pp. 187–249). Jessica Kingsley Publishers.
- Daniel, C. (2023). The impact of decriminalizing enhancement drugs on society. *Journal of Addiction Research*, 7(1), 20–23.
- Dasris, M. D., Razali, A., & Wahab, N. E. T. A. (2023). Models and theories of relapse among former drug users. *Journal of Social Transformation and Regional Development*, 5(1), 15–26.
- Hakim, M. (2023). Penyeludupan dadah di Malaysia: Modus operandi dan strategi pencegahan. *Human Sustainability Procedia*, 3(2), 70–84.
- Holland, A., Stevens, A., Harris, M., & Hickman, M. (2023). Analysis of the UK Government's 10-year drugs strategy. *Journal of Public Health*, 45(2), e215–e224.
- Ibrahim, A. (2023). *Membangun Negara MADANI: Visi dan Kerangka Dasar Reformasi*. IDE Research Centre.

- Ishak, N. A., Kamsani, S. R., Bakar, M. Z. A., Ismail, N. S., Ghani, M. S. A., & Omar, Z. (2021). Indeks Antidadah Kebangsaan (IADK): Tinjauan di Malaysia. *Jurnal Antidadah Malaysia*, 13(2), 24–45.
- Jasni, M. A., & Abu Bakar Ah, S. H. (2022). *Stigma sosial dan marginalisasi bekas banduan: Konsep, implikasi dan tindakan intervensi*. UUM Press.
- Mansor, A. B. A., Yassin, K. M., & Ahmad, S. (2023). Satu analisis tematik terhadap kaedah rawatan pemulihan dadah di Malaysia. *Journal of Islamic Social Sciences and Humanities*, 8(3), 56–74.
- Mursidan, S. M. (2023). *Aplikasi Model i-Pulih dalam pengekalan kepulihan klien*. Agensi Antidadah Kebangsaan (AADK).
- Mustapha, R., Mahmud, M., Paris, T. N. S. T., Musa, M. S., Awang, H., & Burhan, N. M. (2023). The factors of drug user relapse in Malaysia: The experts' views and consensus. *Open Journal of Social Sciences*, 11(4), 160–173.
- Muhamad, S. (2023). *Rang Undang-Undang baharu penyalahgunaan dadah dibentang di Parlimen awal tahun depan*. Astro Awani.
- Saidin, M., Amin, M. Z. M., & Hassan, S. N. S. (2023). Terapi psikospiritual dalam rawatan penagihan dadah: Kajian kes Pondok Remaja Inabah 1 Malaysia. *Journal of Islamic, Social, Economics and Development (JISED)*, 8(2), 45–57.
- Singh, P. (2023). *Nilai hidup belia dan hubungannya dengan penyalahgunaan dadah*. AADK Research Report.
- Wan Mohammad Sudin, W. Z. A. (2023). *Angka pengguna dadah tiga bulan pertama 2023 hampir sama jumlah tahun lalu*. Buletin TV3.
- Yassin, K. M., & Ahmad, S. (2023). A thematic analysis of drug rehabilitation treatment methods in Malaysia. *Abqari Journal*, 2(1), 1–24.