

BAB I

PENDAHULUAN

Penyalahgunaan narkoba merupakan salah satu masalah global yang sangat perlu diselesaikan. Berbagai bangsa telah bersepakat memberantas narkoba dengan melakukan bermacam-macam strategi. Strategi yang dilakukan berbeda-beda antara satu negara dengan negara lainnya seperti cara mencegah penyalahgunaan narkoba, penanganan pemberian *treatment* dan *therapy* baik yang telah ketergantungan narkoba atau tidak, perbedaan dalam pemberian hukuman maupun perbedaan dalam melenyapkan peredaran narkoba. Taib (2010) mengatakan masalah narkoba akan berlanjut jika pusat penghasil narkoba di dunia yaitu kawasan Segi tiga Emas (*Golden Triangle*) dan Bulan Sabit Emas (*Golden Crescent*) masih menghasilkan narkoba. Seperti gambar berikut:



Gambar 1. Proses Pengedaran Narkoba di Indonesia

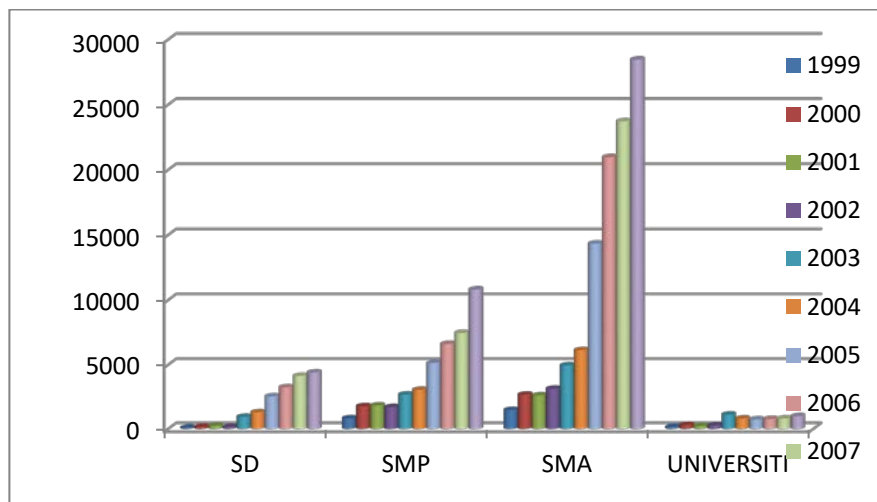
Gambar di atas yang berupa garis hijau menunjukkan narkoba yang masuk ke Indonesia khususnya Jakarta seperti heroin melalui Hong Kong berasal dari negara yang disebut *Golden Crescent* atau negara-negara penghasil narkoba di daerah Bulan Sabit yaitu Iran, Pakistan, Afghanistan dan negara Segi Tiga Emas (*Golden Triangle*) seperti Bangkok, Myanmar dan Laos. Semua narkoba masuk ke Indonesia bermula di Jakarta kemudian diedarkan secara gelap keseluruh wilayah Indonesia dan negara Jiran seperti Malaysia dan Singapura, seperti yang ditunjukkan oleh garis kuning. Manakala narkoba berupa kokain dan heroin yang berasal dari Amerika Selatan seperti Columbia, Peru, dan Bolivia melalui Zimbabwe, transit dan diedarkan di Jakarta kemudian diteruskan ke Ethiopia, Nigeria, sampai ke USA seperti ditunjukkan oleh garis biru.

Perilaku penyalahgunaan narkoba juga telah merebak ke Indonesia. Sinar Indonesia, 15 April 2008 menjelaskan bahwa Indonesia menambah lagi “daftar hitam” negara di kawasan Asia Tenggara karena narkoba. Munculnya realitas tersebut disebabkan Indonesia menjadi salah satu negara khasnya di Jakarta sebagai sasaran sindikat pengedaran narkoba (Kompas, 28 Desember 2011), sehingga makin memperluas dampak yang ditimbulkan dari narkoba.

1. Latar Belakang Masalah Penelitian

Akibat pengedaran narkoba yang telah lama berlangsung di Indonesia semakin terasa efeknya. Korban pengguna narkoba juga tidak terbatas pada masyarakat tertentu tetapi telah melibatkan remaja

khususnya pelajar. Berdasarkan tingkat lembaga pendidikan jumlah penyalahgunaan narkoba tertinggi berada pada pelajar SMA, kemudian pelajar SMP, pelajar SD dan terakhir tingkat Universitas. Hal ini terbukti hasil data statistik Badan Narkotika Nasional Republik Indonesia yang ditunjukkan melalui data gambar :



Gambar 2 Data Kasus Narkoba Berdasarkan Lembaga Pendidikan

Gambar tersebut menjelaskan peringkat tertinggi adalah SMA, terjadi peningkatan yang signifikan yaitu pada tahun 1997 hanya 358 pelajar dan seterusnya mengalami peningkatan berkali-kali setiap tahun sampai 28,470 pelajar pada tahun 2008. Jadi peningkatan yang didapatkan rerata setiap tahun sebanyak 12,161 atau sekitar 79.5% kali lipat pelajar yang terlibat penyalahgunaan narkoba. Peringkat kedua ialah SMP juga mengalami peningkatan yaitu tahun 1999 hanya 835 menjadi 1,776 pada tahun 2000. Jadi jumlah rerata setiap tahun yang terlibat narkoba sebanyak 4,771 pelajar. Seterusnya tingkat SD rerata setiap tahun terjadi peningkatan penyalahgunaan narkoba sejumlah 1,949 pelajar dan peringkat universitas

peningkatan yang jelas tampak terjadi pada tahun 2007 yang hanya 818 menjadi 1,001 di tahun 2008, jadi rerata setiap tahun sebanyak 713 pelajar menggunakan narkoba.

Pada tahun 2009 berdasarkan survey Badan Narkotika Nasional Republik Indonesia menunjukkan lebih dari 920 ribu pelajar terlibat narkoba. Saat ini angka pengguna narkoba di Indonesia, telah mencapai 1.99 %. Pada tahun 2010 telah terjadi peningkatan mencapai 2.21% dari jumlah penduduk Indonesia, sehingga tantangan masa depan adalah bagaimana menyelamatkan 97.79 % penduduk Indonesia dari bahaya penyalahgunaan narkoba (BNN RI, 2010). Jumlah itu merupakan data yang berhasil dicatat oleh Badan Narkotika Nasional tetapi jumlah pengguna narkoba yang tidak resmi dicatat ternyata jauh lebih besar. Hal ini selaras dengan Hawari (2004) yang mengatakan fenomena penyalahgunaan narkoba diibaratkan seperti gunung es yang berarti jumlah sebenarnya sepuluh kali lipat. Sulawesi Selatan berada pada tingkat ke-6 dari 33 provinsi yang terbanyak dan paling aktif menggunakan narkoba. Banyak pemakainya adalah pelajar yang tergolong masih usia remaja, seperti yang tertera pada data statistik berikut.

Tabel 1. Korban Penyalahgunaan Narkoba Berdasarkan Pendidikan

Tingkat Pendidikan	2007	2008	2009	2010	2011
SMP	70	99	35	139	187
SMA	121	152	151	301	285
Universitas	9	17	23	20	34
Jumlah	200	268	209	450	506

Sumber : BNN Provinsi Sulawesi Selatan, 21 Desember 2011

Data Badan Narkotika Nasional Provinsi (BNNP) Sulawesi Selatan menyebutkan penyalahgunaan narkoba berdasarkan tingkat pendidikan, antara tahun 2007-2011 paling banyak berada di Sekolah Menengah Atas (SMA) dengan jumlah 285 pelajar, tetapi terjadi penurunan pada tahun 2009 sebanyak 151 pelajar, kemudian meningkat hampir 100 % di tahun 2010 sejumlah 301 pelajar dan jumlah ini merupakan bilangan tertinggi. Peringkat selanjutnya ialah Sekolah Menengah Pertama (SMP) sejumlah 187 pelajar dan terakhir tingkat universitas yaitu sebanyak 34 pelajar yang dicatat sebagai pengguna narkoba.

Tingginya angka pengguna narkoba di pelajar merupakan realitas sosial yang menunjukkan adanya masalah kemanusiaan yang dialami oleh masyarakat Indonesia. Kenyataan peningkatan kecenderungan penyalahgunaan narkoba ini mendorong semua kalangan untuk melakukan tindakan agar supaya pengguna narkoba pada remaja dapat diminimumkan, dihindari bahkan dicegah. Jumlah pengguna narkoba semakin mengalami peningkatan setiap tahun untuk semua kalangan dan pengguna penyalahgunaan narkoba tertinggi berasal dari remaja. Hart, et al. (2009) mengatakan bahwa penyebab terbesar perilaku antisosial ialah penyalahgunaan narkoba. Beberapa tahun terakhir di data keterlibatan remaja dalam perilaku anti sosial telah menjadi fokus diskusi di peringkat nasional dan internasional.

Remaja di Indonesia juga telah banyak melakukan perilaku antisosial. Banyak para remaja menyalahgunakan narkoba memberikan

persoalan yaitu ada apa dengan remaja. Mengapa dari sebagian besar kasus penyalahgunaan narkoba, remaja menduduki peringkat tertinggi? Faktor pertama adalah karakter khas remaja dan tahap perkembangan yang sedang terjadi di usia ini. Santrock (2007) menemukan beberapa alasan mengapa remaja mengkonsumsi narkoba yaitu karena ingin tahu, untuk meningkatkan rasa percaya diri, solidaritas, adaptasi dengan lingkungan, maupun untuk kompensasi. Lain halnya dengan pendapat Smith & Anderson (dalam Fagan, 2006), menurutnya kebanyakan remaja melakukan perilaku berisiko dianggap sebagai bagian dari proses perkembangan yang normal. Rey (2002) mengatakan perilaku berisiko yang sering dilakukan remaja adalah penggunaan rokok, alkohol dan penyalahgunaan narkoba.

Masa remaja adalah masa yang unik dan kompleks karena berbagai persoalan yang dihadapi, baik perilaku pro sosial maupun perilaku antisosial atau *high risk behavior*. Menurut beberapa pendapat pakar dampak perkembangan menjelaskan bahwa karena remaja pada masa ini mengalami gelora dan tekanan atau *storm and stress* (Santrock, 2007; Rutter, 1995; Khaidzir dan Khairil, 2005; Khaidzir, 2011) dalam jiwa mereka. Mereka berusaha mencari identitas diri, mengutamakan tindakan daripada proses berfikir, penuh dengan tantangan dan selalu mencoba perkara baru yang berada di sekitar mereka.

Mc Wirth, et al. (2007) menjelaskan konflik dan tekanan yang dihadapi remaja sangat terkait dengan soal perilaku berisiko. Kondisi

remaja dengan lingkungan sekitarnya yang saling mempengaruhi menyebabkan mereka berfikir untuk melakukan perilaku anti sosial atau perilaku pro sosial. Jika lingkungan keluarga, sekolah, geng dan lingkungannya menyediakan dukungan yang baik maka tidak akan memberikan peluang kepada remaja berperilaku berisiko seperti dikeluarkan dari sekolah, kenakalan remaja, kehamilan remaja di luar nikah, perilaku penyalahgunaan narkoba, bahkan bunuh diri.

Timbulnya konflik dan tekanan terjadi karena pengaruh dari pertumbuhan dan perkembangan yang dialami remaja (Daradjat, 1993; Hurlock, 1980). Dapat dikatakan remaja mudah terpengaruh oleh sesuatu hal yang merupakan tantangan baginya, seperti yang dikatakan Ahern et.al (2008) bahwa realitas remaja sangat mudah terlibat dengan perilaku berisiko tinggi karena rasa ingin tahu tinggi termasuk mencoba merasakan narkoba. Padahal mereka tidak menyadari dampaknya.

Beberapa penelitian mendapati dampak penyalahgunaan narkoba sangat erat kaitannya dengan kejahatan yang melibatkan remaja dan pelajar (Watts & Wright, 1990; Don & Mohamed, 2002). Keadaan ini menyebabkan keganasan seperti menyerang, merompak, memperkosa bahkan membunuh (Goldstain, 1985; Broody, 1990) sehingga mendorong penggunanya melakukan berbagai tindakan kejahatan yang merugikan pribadi dan sekitarnya Al-Ahmady, 2000) seperti peristiwa seorang pelajar di Makassar setelah menggunakan narkoba kemudian menabrak 15 orang sehingga luka-luka, peristiwa itu terjadi pada 28 Januari 2012 (Fajar, 2012;

Republika, 2012; Tribun Timur, 2012) yang disebabkan kurang kontrol dari pelajar itu karena proses kognisi tidak stabil.

Kasus narkoba tersebut menyebabkan banyak orang telah meneliti tentang narkoba dan dampaknya. Khusus tindakan rawatan dan terapi dikaji Handoyo dan Rusli (2002; Nuzuliah, 2005; Muhamed, 2006; Ibnu Syamsi, 2007; Arkana, 2008; Penyidik Kepolisian Republik Indonesia, 2009; Ana, 2010; dan Purba dan Saragih, 2011). Beberapa penelitian Barat juga dilaksanakan mengenai tindakan rawatan dan terapi oleh Tross, et al. 2011; Grienfield, et al. 2011; Soyka, et al. 2011; Limblad, et al. 2011; Abrams, et al. 2011; Korte, et al. 2011; Pope, et al. 2011; Yin, et al. 2011; Tracy, et al. 2011; Back, et al. 2011; dan Postel, et al. (2011) mengkaji karakteristik narkoba antara program e-terapi versus rawatan semuka. Fauziah, et al. (2011) mengkaji efektifitas program rehabilitasi narkotika di Malaysia.

Akan tetapi tindakan mencegah atau menghindari narkoba lebih baik daripada merawat (Al-ahmady, 2000; Taib, 2010; Kamisah Yusoff et.al, 2011; Badan Narkotikaa Nasional; Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; Gerakan Anti Narkoba Indonesia). Nasrul (2004) mengkaji komunikasi persuasif terhadap perilaku pencegahan penyalahgunaan narkoba atau NAPZA (Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif Lain) pada pelajar SMAN di Palu. Jamaluddin (2005) mengkaji keberkasusanan program pendidikan pencegahan narkoba (Program Intelek Asuhan Rohani-Pintar) guna mencapai zero narkoba 2015. Sucahya, et.al bekerjasama Pusat Penelitian Kasusehatan Universitas Indonesia dan

Badan Narkotika Nasional Republik Indonesia (2010) menilai pengetahuan masyarakat tentang narkoba dan cara menghindarinya. Fauziah et al. (2011) mengkaji peran keluarga terhadap pencegahan narkoba dan hidup bebas tanpa narkoba pada remaja.

Langkah pencegahan atau menghindari penggunaan narkoba lebih efektif dilaksanakan guna mengurangi bahkan menghindari korban. Oleh itu diperlukan tindakan usaha pencegahan narkoba untuk menyelamatkan remaja sebagai generasi penerus bangsa Indonesia. Penelitian ini perlu dilakukan untuk menghindari penyalahgunaan narkoba dari aspek kompetensi psikologis. Kompetensi inilah yang mampu memberikan arah perilaku yang dimiliki remaja untuk menghindari dan menjauhkan diri mereka menyalahgunakan narkoba dengan cara memberdayakan kecakapan kepribadian mereka melalui coping strategy. Penelitian mengenai strategi coping strategy kaitannya dengan narkoba dilakukan Yosephine (2010) yang mengkaji pengaruh dukungan sosial dan strategi coping strategy terhadap *self efficacy* untuk menghadapi situasi beresiko tinggi yang dapat mengarah ke kondisi *relapse*. Hubungan antara *locus of control* dengan strategi coping strategy stres IDU (*Injection Drug User*) di Surabaya telah diselidiki oleh Arkana (2008). Penekanannya bahwa sepatutnya remaja mempunyai strategi coping yang kuat agar terhindar penyalahgunaan narkoba.

2. Rumusan Masalah

Berdasarkan permasalahan penelitian tersebut, muncul persoalan utama penelitian yaitu “bagaimana pengaruh coping strategy terhadap penyalahgunaan narkoba pada remaja”? Fenomena inilah yang memberikan perhatian untuk dilakukan penelitian secara komprehensif. Secara lebih detail persoalan penelitian yang dimaksudkan adalah:

1. Bagaimana profil pengguna narkoba pada remaja di Makassar?
2. Bagaimana pengaruh strategi coping terhadap penyalahgunaan narkoba pada remaja di Makassar?
3. Bagaimana pengaruh penyalahgunaan narkoba berdasarkan jenis kelamin antara remaja laki-laki dan perempuan?

3. Tujuan dan Kegunaan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji pengaruh coping strategy di Makassar. Adapun tujuan penelitian yang ingin dicapai ialah:

1. Mengetahui profil pengguna narkoba pada remaja di Makassar.
2. Mengetahui pengaruh coping strategy terhadap penyalahgunaan narkoba pada remaja.
3. Mengetahui pengaruh penyalahgunaan narkoba berdasarkan jenis kelamin antara remaja laki-laki dan perempuan.

Penelitian ini diharapkan memberikan sumbangan teoritis maupun praktis dalam penelitian ilmu sosial. Manfaat teoritis dari penelitian ini dapat menambah berbagai ilmu pengetahuan khususnya bidang psikologi, sama ada psikologi sosial maupun psikologi pendidikan. Penelitian ini diharapkan boleh mengkaji lebih mendalam mengenai aspek psikologis yaitu coping

strategy terhadap berbagai alternatif pilihan sebagai tindakan menghindari perilaku penyalahgunaan narkoba pada remaja.

1. Menambah wawasan penelitian dalam psikologi sosial, pendidikan, dan kepribadian khususnya mengenai konsep “kompetensi psikologis individu” yang dapat diterapkan pada pelajar agar terlibat pada perilaku penyalahgunaan narkoba.
2. Meningkatkan pemahaman bagi individu (remaja) mengenai pentingnya coping strategy bagi meningkatkan kompetensi psikologis ini untuk tidak menyalahgunakan narkoba.

Manfaat praktis yang diperoleh dari penelitian ini berupa :

1. Pihak pemerintah Indonesia, sebagai “model kompetensi psikologi individu” dalam menetapkan tindakan menghindari penyalahgunaan narkoba yang berasal dari individu seperti coping strategy.
2. Kementerian Pendidikan Nasional dapat mengambil tindakan untuk penyisipan program pendidikan mengenai perilaku berisiko khususnya “penyalahgunaan narkoba dan dampaknya” dalam kurikulum atau ko-kurikulum di semua lembaga pendidikan sekolah.
3. Pihak remaja, sumber rujukan dalam mengembangkan dan menumbuhkan perilaku positif serta memahami pentingnya menghindari perilaku penyalahgunaan narkoba daripada mengobati keterlibatan dengan narkoba.
4. Pihak peneliti, penelitian ini diharapkan memberi data awal yang akan mengkaji lebih mendalam aspek coping strategy sebagai salah satu

bentuk tindakan *preventif* atau menghindari penyalahgunaan narkoba.

4. Hipotesis Penelitian

Berdasarkan penelitian literatur maka diperoleh hipotesis, yaitu :

- Terdapat pengaruh positif *coping strategy* terhadap penyalahgunaan narkoba pada remaja di Makassar. Makin tinggi *coping strategy* semakin rendah penyalahgunaan narkoba remaja.
- Terdapat pengaruh penyalahgunaan narkoba berdasarkan jenis kelamin (remaja laki-laki dengan perempuan). Pelajar laki-laki memiliki perilaku penyalahgunaan narkoba lebih tinggi daripada pelajar perempuan.

5. Defenisi Operasional Variabel Penelitian

1. Penyalahgunaan Narkoba Menurut Undang-Undang Republik Indonesia No. 22 Tahun 1997, penyalahgunaan adalah penggunaan narkoba (narkotika, psikotropika dan zat adiktif lainnya) tanpa sepengetahuan dan pengawasan dokter. Yunita (2010) mengatakan penyalahgunaan adalah suatu pemakaian non medisal narkoba yang dapat merusak kesehatan dan kehidupan produktif manusia. Penyalahgunaan narkoba yang dimaksudkan dalam kajian ini adalah penggunaan narkoba yang bertentangan dengan kepentingan rawatannya atau tingginya minat remaja kepada proses penggunaan narkoba tanpa petunjuk dokter.

2. Coping strategy, Folkman & Lazarus (1986; Greenglass, et al. 2006; Bushman, 2011) coping strategy adalah usaha dalam bentuk kognitif dan perilaku melawan tekanan & masalah yang merupakan proses tuntutan internal dan external yang dinilai sebagai beban individu. Beberapa penelitian menunjukkan individu cenderung melaksanakan coping strategy jika menerima situasi yang bermasalah atau menekan (Spangenberg & Theron, 1998; Heiman & Kariv, 2005). Coping strategy kajian ialah respon remaja melawan kondisi yang penuh tekanan dan konflik, baik tuntutan yang berasal dari external maupun internal untuk tidak terlibat penyalahgunaan narkoba.
3. Remaja menurut Daradjat (1993) ialah merupakan saat-saat perpindahan dari masa kanak-kanak ke masa dewasa antara 13-21 tahun. Manakala Owens (2010) individu yang berusia 10-20 tahun. Remaja dalam kajian ini berusia 13-24 tahun di Makassar.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Bab kedua dijelaskan mengenai perilaku penyalahgunaan narkoba, seperti pengertian narkoba, jenis-jenis narkoba (Narkotika, Psicotropika, Zat Adiktif Lainnya), pengertian perilaku penyalahgunaan narkoba, proses perilaku penyalahgunaan narkoba. Selanjutnya pembahasan coping strategy berupa pengertian coping strategy, bentuk-bentuk coping strategy, dan faktor-faktor yang mempengaruhi coping strategy. Pembahasan terakhir diuraikan mengenai penelitian terdahulu dan selanjutnya kerangka konsep penelitian.

1. Penyalahgunaan Narkoba

A. Pengertian Narkoba

Kamus Besar Bahasa Indonesia (Poerwadarminta, 1982) menyebut narkoba adalah akronim dari Narkotika dan Obat Berbahaya. Narkoba mempunyai banyak macam, bentuk, warna dan pengaruh terhadap tubuh. Tetapi dari sekian banyak persamaan, salah satunya adalah sifat ketergantungan terhadap obat tersebut. Sifat ketergantungan dapat menimbulkan berbagai macam dampak yang merugikan akibat dari adanya pengaruh zat-zat yang terkandung didalam zat narkotik tersebut (Adisti, 2007). Istilah narkoba muncul sekitar tahun 1998 karena pada saat itu banyak terjadi peristiwa penggunaan atau penggunaan barang-barang yang termasuk narkotika dan obat-obatan aditif yang terlarang. Istilah ini digunakan untuk memudahkan orang berkomunikasi tanpa menyebutkan istilah yang tergolong panjang (Supramono, 2004).

Penggunaan istilah narkoba di Indonesia sangat bervariasi. Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Direktur Jendral Bimbingan Kesehatan Masyarakat yaitu Direktorat Kesehatan Jiwa Masyarakat bahwa napza, naza, narkoba, narkotika, madat dan obat terlarang ialah tidak terbatas golongan obat "zat" atau *substances* yang dapat menimbulkan ketergantungan karena mengandung zat adiktif tetapi juga mengubah aktivitas otak karena didalamnya terdapat zat psikoaktif merupakan zat yang membahayakan tubuh.

Napza (narkotika, psikotropika dan zat adiktif lainnya) adalah bahan/zat yang bila masuk ke dalam tubuh akan mempengaruhi tubuh terutama susunan saraf pusat/otak, sehingga menyebabkan gangguan fisik, psikis dan fungsi sosial karena terjadi melalui kebiasaan, ketagihan (*addiction*) serta ketergantungan (*dependency*) terhadap napza. Mengacu kepada Narkotika dan Psikotropika, Undang-undang No.5 tahun 1997 tentang Psikotropika dan Undang-undang No.22 tahun 1997 tentang Narkotika (narkoba, psikotropika dan obat/bahan berbahaya) adalah istilah lain sangat populer di masyarakat, media dan aparat hukum yang sebetulnya mempunyai makna yang sama dengan napza. Ada juga menggunakan istilah madat untuk napza, tetapi istilah madat tidak disarankan karena hanya berkaitan dengan satu jenis narkotika saja, yaitu turunan opium. Napza sering disebut juga sebagai zat psikoaktif, yaitu zat yang bekerja pada otak sehingga menimbulkan perubahan perilaku, perasaan, dan pikiran.

B. Jenis - Jenis Narkoba

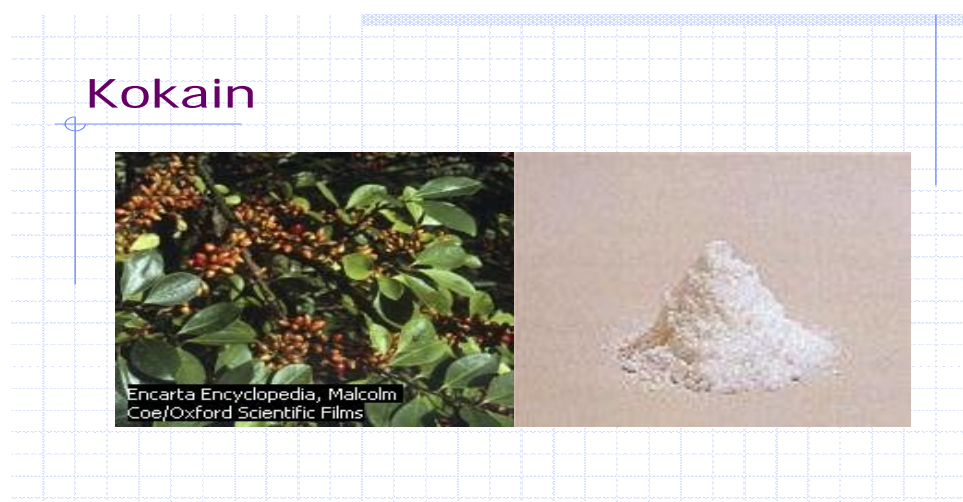
I. Narkotika

Menurut Undang-Undang RI Nomor 22 tahun 1997 narkotika adalah zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman baik sintesis maupun semisintesis yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa, mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri, dan dapat menimbulkan ketergantungan. Narkotika dibedakan kedalam beberapa golongan :

A. Golongan I :

Narkotika yang hanya dapat digunakan untuk tujuan ilmu pengetahuan, dan tidak ditujukan untuk terapi serta mempunyai potensi sangat tinggi menimbulkan ketergantungan. Contoh narkotika golongan ini heroin/putauw, kokain, dan ganja

Gambar. Narkotika Golongan 1



Ganja, hashis, kanabis



Heroin, putauw



Sumber : Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Direktur Jendral Bimbingan Kesehatan Masyarakat.

B. Golongan II:

Narkotika yang berkhasiat pengobatan digunakan sebagai pilihan terakhir dan dapat digunakan dalam terapi atau tujuan pengembangan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi tinggi mengakibatkan ketergantungan. Sebagai contoh adalah morfin, petidin.

C. Golongan III:

Narkotika yang berkhasiat pengobatan dan banyak digunakan dalam terapi atau tujuan pengembangan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi ringan yang mengakibatkan ketergantungan. Contoh ialah codein.

Gambar 4. Narkotika Golongan II



<http://www.google.com/search?qataujenisjenis+narkotika%2C+psikotropika%2C+dan+obat+berbahya+lainnya>

Narkotika yang sering disalahgunakan adalah Narkotika Golongan I :

- Opiat : morfin, heroin (putauw), petidin, candu, dan lain-lain
- Ganja atau kanabis, marijuana, hashis
- Kokain, yaitu serbuk kokain, pasta kokain, daun koka.

II. Psikotropika

Berdasarkan Undang – Undang Republik Indonesia No. 5 tahun 1997 menjelaskan bahwa psikotropika adalah zat atau obat, aliamiah maupun sintetis bukan narkotika , berkhasiat psikoaktif melalui pengaruh selektif pada susunan saraf pusat yang menyebabkan perubahan khas pada aktivitas mental dan perilaku. Penggolongan psikotropika dibagi:

Gambar 5. Jenis-jenis Psikotropika



<http://www.google.com/search?qataujenisjenis+narkotika%2C+psikotropika%2C+dan+obat+berbahya+lainnya>

Psikotropika Golongan I

Psikotropika yang hanya dapat digunakan untuk kepentingan ilmu pengetahuan dan tidak digunakan dalam terapi serta mempunyai potensi amat kuat mengakibatkan sindroma ketergantungan. Contoh golongan I adalah ekstasi, shabu, LSD.

Gambar 6. Jenis Psikotropika Golongan I



<http://www.google.com/search?qatauflunitrazepam%2C+diazepam%2C+bramazepam%2>

Psikotropika Golongan II :

Psikotropika yang berkhasiat pengobatan dan dapat digunakan dalam terapi, dan/atau tujuan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi kuat mengakibatkan sindroma ketergantungan. Contoh golongan II ini adalah amfetamin, metilfenidat atau ritalin.

Gambar 7. Amfetamin Jenis Psikotropika Golongan II

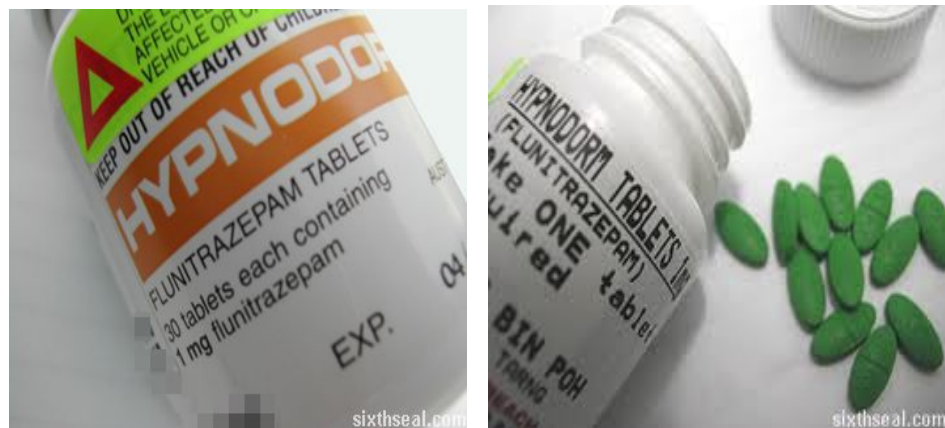


<http://www.google.com/search?qataujenisjenis+narkotika%2C+psikotropika%2C+dan+obat+berbahaya+lainnya>

Psikotropika Golongan III :

Psikotropika yang berkhasiat pengobatan dan banyak digunakan dalam terapi dan / atau untuk tujuan ilmu pengetahuan serta mempunyai **potensi sedang** mengakibatkan sindroma ketergantungan. Contohnya adalah fetamin, flunitrazepam.

Gambar 8. Jenis Psikotropika Golongan III



<http://www.google.com/search?qataufunitrazepam%2Cdiazepam%2C+bromazepam%2>

Psikotropika Golongan IV :

Psikotropika yang berkhasiat pengobatan dan sangat luas digunakan dalam terapi dan/atau untuk tujuan ilmu pengetahuan dan memiliki potensi ringan yang mengakibatkan sindrom ketergantungan. Seperti diazepam, bromazepam, klonazepam, klordiazepoxide, nitrazepam, seperti (pil BK, pil Koplo, Rohip, Dum, MG).

Gambar 9. Bromazepam Jenis Psikotropika Golongan IV



<http://www.google.com/search?qataufunitrazepam%2Cdiazepam%2C+bromazepam%2>

Psikotropika yang sering disalahgunakan antara lain psiko stimulan yang berupa amfetamin, ekstasi, shabu. Sedatif dan hipnotika (obat penenang/obat tidur) seperti MG, BK, DUM, dan pil koplo. Halusinogenika seperti Lysergic Acid Diethylamide (LSD), mushroom.

III. Zat Adiktif Lain

Zat adiktif lain yang dimaksud ialah bahan atau zat yang berpengaruh psikoaktif diluar yang disebut narkotika dan psikotropika:

- 1) Minuman beralkohol, mengandung etanol etil alkohol, yang berpengaruh menekan susunan syaraf pusat, dan sering menjadi kebutuhan sehari-hari dalam kebudayaan tertentu. Jika digunakan sebagai campuran dengan narkotika atau psikotropika, memperkuat pengaruh obat/zat itu dalam tubuh manusia. Ada 3 golongan minuman beralkohol, yaitu Golongan A : kadar etanol 1-5%, (*Bir*), Golongan B : kadar etanol 5-20%, (Berbagai jenis *minuman anggur*), Golongan C : kadar etanol 20-45 %, (Whiskey, Vodca, TKW, Manson House, Johny Walker, Kamput).

Gambar 10. Jenis Zat Adiktif Lainnya : Minuman Beralkohol



<http://www.google.com/search?qataujenisjenis+narkotika%2C+psikotropika%2C+dan+obat+berbahya+lainnya>

- 2) Inhalansia atau gas yang dihirup dan solven (zat pelarut) mudah menguap berupa senyawa organik, yang terdapat pada berbagai barang keperluan rumah tangga, kantor dan sebagai pelumas mesin. Yang sering disalah gunakan, antara lain lem, thinner, penghapus cat kuku, dan bensin.
- 3) Tembakau, penggunaan tembakau yang mengandung nikotin sangat luas di masyarakat. Sebagai usaha penanggulangan napza penggunaan rokok dan alkohol terutama pada remaja karena rokok dan alkohol sering menjadi pintu masuk penyalahgunaan narkoba yang lebih berbahaya.

Gambar 11. Zat Adiktif Lainnya : Rokok



<http://www.google.com/search?qataujenisjenis+narkoba%2C+psikotropika%2C+dan+obat+berbahaya+lainnya>

Berdasarkan efek perilaku yang ditimbulkan napza dibagi tiga jenis:

1. Golongan Depresan (*Downer*), jenis napza yang berfungsi mengurangi aktifitas fungsional tubuh. Jenis ini membuat pemakainya tenang, pendiam bahkan tertidur dan tidak sadarkan diri. Golongan ini termasuk opioida (morfin, heroin/putauw, kodein), sedatif/penenang, hipnotik atau otot tidur, tranquilizer/anti cemas.
2. Golongan Stimulan (*Upper*), jenis napza yang dapat merangsang fungsi tubuh dan meningkatkan gairah kerja. Jenis ini membuat pemakainya jadi aktif, segar dan bersemangat. Zat yang termasuk golongan ini adalah amfetamin (shabu, esktesi), kafein dan kokain.
3. Golongan Halusinogen, jenis napza yang dapat menimbulkan efek halusinasi serta bersifat merubah perasaan dan pikiran. Seringkali menciptakan daya pandang yang berbeda sehingga seluruh perasaan terganggu. Golongan ini tidak digunakan dalam terapi medis. Golongan ini termasuk : Kanabis (ganja), LSD, Mescaline.

Gambar 12. Jenis Narkoba Golongan Halusinogen



<http://www.google.com/search?qatauflunitrazepam%2Cdiazepam%2C+bromazepam%2>

Jenis Narkotika dan Psikotropika yang terdapat di masyarakat serta akibat penggunaannya :

- © Opioida, dibagi tiga golongan yaitu : 1) Opioida alamiah (opiat): morfin, Opium, kodein; 2) Opioida semi sintetik : heroin / putauw, hidromorfin; 3) Opioida sintetik : meperidin, propoksipen, metadon. Nama populernya putauw, ptw, black heroin, brown sugar. Heroin yang murni berbentuk bubuk putih, sedangkan heroin yang tidak murni berwarna putih keabuan. Dihasilkan dari cairan getah opium poppy yang diolah menjadi morfin kemudian dengan proses tertentu menghasil putauw, dimana putauw mempunyai kekuatan 10 kali melebihi morfin. Opioid sintetik yang mempunyai kekuatan 400 kali lebih kuat dari morfin. Opiat atau opioid biasanya digunakan dokter untuk menghilangkan rasa sakit yang sangat (analgetika kuat). Berupa pethidin, methadon, talwin, kodein dan lain-lain. Reaksi dari penggunaan ini sangat cepat yang kemudian timbul rasa ingin menyendiri untuk menikmati efeknya dan pada taraf kecanduan si pemakai kehilangan rasa percaya diri hingga tak ingin bersosialisasi. Mereka mulai membentuk dunia sendiri, lingkungan adalah musuh. Mulai sering melakukan manipulasi dan akhirnya kesulitan keuangan sehingga melakukan kriminal.
- © Kokain memiliki dua bentuk yaitu kokain hidroklorid dan *free base*. Kokain berupa kristal putih. Rasa sedikit pahit dan lebih mudah larut daripada *free base*. *Free base* tidak berwarna / putih, tidak berbau

dan rasanya pahit. Nama pasaran dari kokain adalah koka, coke, happy dust, charlie, srepet, dan salju putih. Biasanya dalam bentuk bubuk putih. Cara penggunaannya dengan membagi setumpuk kokain menjadi beberapa bagian berbaris lurus diatas permukaan kaca atau benda-benda yang memiliki permukaan datar kemudian dihirup dengan menggunakan penyedot. Cara lain dibakar bersama tembakau yang sering disebut *cocopuff*. Ada juga yang melalui suatu proses menjadi bentuk padat untuk dihirup asapnya yang populer disebut freebasing. Penggunaan dengan cara dihirup akan berisiko kering dan luka pada sekitar lubang hidung bagian dalam. Efeknya membuat segar, kehilangan nafsu makan, menambah rasa percaya diri, juga dapat menghilangkan rasa sakit dan lelah.

- © Kanabis, nama lain yang sering digunakan ialah grass, cimeng, ganja, gelek, hasish, marijuana, dan bhang. Ganja berasal dari tanaman canabis sativa dan canabis indica. Pada tanaman ganja mengandung tiga zat utama yaitu tetrahidro kanabinol, kanabinol dan kanabidiol. Cara penggunaannya adalah dihisap dengan cara dipadatkan mempunyai rokok atau dengan menggunakan pipa rokok. Efek rasa dari kanabis tergolong cepat, si pengguna akan cenderung merasa lebih santai, rasa gembira berlebih (euforia), sering berfantasi. Aktif berkemonikasi, selera makan tinggi, sensitif, kering pada mulut dan tenggorokan.

- © Amphetamines, nama generik amfetamin adalah D-pseudo epinefrin berhasil disintesa tahun 1887, dan dipasarkan tahun 1932 sebagai obat. Nama populernya adalah seed, meth, crystal, uppers, whizz dan sulphate. Ada yang berbentuk bubuk warna putih dan keabuan, digunakan dengan cara dihirup. Sedangkan yang berbentuk tablet biasanya diminum dengan air. Ada dua jenis amfetamin yaitu MDMA (methylene dioxy methamphetamine), mulai dikenal sekitar tahun 1980 dengan nama ekstasi atau ecstasy. Nama lain adalah xtc, fantasy pills, inex, cece, dan cein. Terdiri dari berbagai macam jenis antara lain white doft, pink heart, snow white, petir yang dikemas dalam bentuk pil atau kapsul. Methamphetamine ice, dikenal sebagai shabu. Nama lainnya shabu-shabu. SS, ice, crystal, crank. Caranya dibakar menggunakan kertas aluminium foil dan asapnya dihisap, atau dibakar dengan botol kaca yang dirancang khusus (bong).
- © LSD (lysergic acid), termasuk dalam golongan halusinogen, dengan nama jalanan adalah acid, trips, tabs, kertas. Bentuk yang bisa didapatkan seperti kertas berukuran kotak kecil sebesar seperempat perangko dalam banyak warna dan gambar, ada juga yang berbentuk pil, dan kapsul. Caranya letakkan LSD pada permukaan lidah dan bereaksi setelah 30-60 menit sejak penggunaan dan hilang setelah 8-12 jam. Efek rasa ini bisa disebut *tripping* yang bisa digambarkan seperti halusinasi terhadap tempat, warna dan waktu.

Biasanya halusinasi ini digabung menjadi satu, timbul obsesi terhadap halusinasi yang ia rasakan dan keinginan untuk hanyut didalamnya, menjadi sangat indah atau bahkan menyeramkan dan membuat paranoid.

- © Sedatif – Hipnotik (Benzodiazepin), digolongkan zat sedatif atau obat penenang dan hipnotika atau obat tidur. Nama jalanan dari Benzodiazepin : *BK, Dum, Lexo, MG, Rohyp*. Penggunaan benzodiazepin dapat melalui oral, intra vena dan rectal. Penggunaan dibidang medis untuk pengobatan kecemasan dan stres serta sebagai hipnotik.
- © Solvent / Inhalansia, adalah uap gas yang digunakan dengan cara dihirup. Sebagai contoh aerosol, aica aibon, isi korek api gas, cairan untuk dry cleaning, tiner,uap bensin. Biasanya dicoba-coba anak dibawah umur golongan kurang mampu atau anak jalanan. Efeknya pusing, kepala terasa berputar, halusinasi ringan, mual, muntah, gangguan fungsi paru, liver dan jantung.
- © Alkohol, merupakan salah satu zat psikoaktif yang sering digunakan manusia. Diperoleh dari proses fermentasi madu, gula, sari buah dan umbi-umbian. Dari proses fermentasi tersebut diperoleh alkohol dengan kadar tidak lebih dari 15%, dengan proses penyulingan di pabrik dapat dihasilkan kadar alkohol yang lebih tinggi bahkan mencapai 100%. Nama lain daripada alkohol adalah booze, drink. Konsentrasi maksimum alkohol dicapai 30-90 menit setelah tegukan

terakhir. Sekali diabsorpsi, etanol didistribusikan keseluruh jaringan tubuh dan cairan tubuh. Sering dengan peningkatan kadar alkohol dalam darah maka orang akan menjadi euforia, namun sering dengan penurunannya pula orang menjadi depresi.

Gambar 13. Jenis-Jenis Narkotika dan Zat Adiktif Lainnya



<http://www.google.com/search?qatau%27kodein%2Camfetamin%2Cpento%2Cbarbital%2Cflunitrazepam%2Cdiazepam%2C+bromazepam%2C&tbm=isch&hl=tauid&imgsz=atau&imga>

C. Pengertian Penyalahgunaan Narkotika

Gardon (2000) mendefinisikan penyalahgunaan adalah seseorang yang mempunyai masalah yang secara langsung berhubungan dengan narkoba. Masalah tersebut bisa muncul dalam ranah fisik, mental, emosional maupun spiritual. Widjono, et.al (dalam Kuntari, 2011) mengatakan penyalahgunaan obat sebagai pemakaian obat secara terus menerus, atau sesekali tetapi berlebihan dan tidak menurut petunjuk dokter atau praktik kedokteran. Hal ini selaras dengan definisi dari Kementerian Sosial yang menyebutkan penyalahgunaan narkoba adalah penggunaan

oleh seseorang di luar tujuan pengobatan dan atau ilmu pengetahuan (Departemen Sosial, 2003).

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia No. 22 Tahun 1997, penyalahgunaan adalah penggunaan *narkoba* (narkotika, psikotropika dan zat adiktif lainnya) tanpa sepengetahuan dan pengawasan dokter. Yunita (2010) menjelaskan penyalahgunaan narkoba adalah suatu pemakaian *non medical* yang dinamakan narkotik dan obat-obatan adiktif yang dapat merusak kesehatan dan kehidupan produktif manusia pemakainya. Menurut Throop & Castellucci (2005) mengatakan penyalahgunaan narkoba adalah penggunaan narkoba di luar medis di mana hasil tersebut sangat membahayakan fisik dan psikologis.

D. Proses Perilaku Penyalahgunaan Narkoba

Irwanto (1983) dan Yatim (1991) mengemukakan pada masyarakat ada lima jenis orang yang berkaitan dengan penyalahgunaan narkoba yaitu bukan pengguna narkoba, pemakai narkoba secara coba-coba, pemakai narkoba secara *having fun*, pengguna narkoba secara tetap, dan pengguna narkoba secara ketergantungan. Penjelasan lebih detail dikemukakan oleh Hadjam (1988) dan Furhmann (1990) bahwa proses kecenderungan keterlibatan individu dalam penyalahgunaan narkoba melalui beberapa tahap, yaitu: 1) berkenalan dengan narkoba ialah menunjuk kepada tingginya minat individu terhadap informasi tentang kenikmatan narkoba, 2) Mencoba-coba menggunakan narkoba, yaitu menunjuk kepada tingginya minat individu guna mencoba pertama sekali setelah memperoleh informasi

mengenai narkoba sama ada karena *curiosity*, desakan dari kawan mahupun dorongan daripada lingkungan persekitaran, 3) menggunakan narkoba secara *having fun*, menunjuk kepada tingginya minat individu menggunakan narkoba secara berkala khususnya pada masa pesta bersama kawan-kawan, 4) menggunakan narkoba secara teratur tanpa adanya ketergantungan, tingginya minat individu menggunakan narkoba secara tetap pada waktu tertentu, 5) menggunakan narkoba secara tetap karena adanya unsur ketergantungan, yaitu ketergantungan fisik dan psikologis, 6) menghentikan penggunaan narkoba dengan kegiatan terapi, yaitu tingginya minat individu untuk menghentikan perilakunya terhadap penyalahgunaan narkoba.

Senada pendapat di atas, Faupel (dalam Ratnasingam & Rahman, 1990) mencadangkan empat tipologi proses individu menggunakan narkoba, yaitu 1) pengguna kadangkala/ *occasional user*, 2) pengguna biasa stabil/*stabilized junkie*; 3) pengguna biasa yang tidak rutin/*free-wheeling junkie*; dan 4) pengguna yang tidak dapat mengawal dirinya/*street junkie*. Menurut Cohen (dalam Ratnasingam & Rahman, 1990) menguraikan 5 jenis proses individu menjadi pengguna narkoba :

- a. Pengguna yang mengalami penyakit emosi, individu ini dianggap mengalami masalah emosi sejak muda seperti sering murung, mencoba bunuh diri, dan pernah menerima rawatan psikiatri.
- b. Pengguna normal yaitu individu yang memiliki kelebihan sosial seperti pendidikan dan taraf sosioekonomi tinggi.

- c. Pengguna professional yang juga menjadi kriminalitas, individu ini pernah melanggar undang-undang sejak remaja.
- d. Pengguna yang kekurangan sosialisasi yaitu individu dari keluarga bermasalah dan kurang dididik.
- e. Pengguna yang mencari sensasi, yaitu berasal dari keluarga stabil tetapi memiliki masalah adaptasi seperti suka bergaduh, sering bolos sekolah, dan bersifat hiperaktif.

Penyalahgunaan narkoba dalam kajian ini adalah menekankan kepada proses keterlibatan remaja terhadap penggunaan narkoba dengan tidak menurut petunjuk dokter. Penyalahgunaan obat tersebut dapat menimbulkan gangguan baik fisik maupun jiwa seseorang, diikuti dengan akibat sosial yang tidak diinginkan.

E. Faktor-faktor Penyebab Penyalahgunaan Narkoba

Siswanto (1993) mengemukakan beberapa faktor yang berkaitan sehingga individu melakukan penyalahgunaan narkoba, yaitu :

1. Faktor kemudahan narkoba tersebut diperoleh. Pada hakekatnya narkoba telah dilakukan pengawasan yang ketat, namun realitanya masih juga sampai kepada penyalahguna narkoba. Berdasarkan hal tersebut perlu dilaksanakan tinjauan lebih komprehensif apakah makin longgarnya pengawasan atau semakin cerdas para pengedar sehingga sampai kepada pecandu narkoba.
2. Faktor khasiat narkoba, individu menyalahgunakan narkoba karena mengharapkan efek narkoba tersebut. Walaupun banyak diantara

pecandu narkoba yang sebenarnya telah mengakui akibat buruk tetapi mereka berani mengambil resiko. Pecandu menjelaskan bahwa mereka ingin lepas daripada penderitaan psikis serta menghindari persolan hidup yang sulit diatasi, akan tetapi banyak pula diantara remaja ingin mencoba dan mau menampilkan rasa soloidaritas terhadap rekan sebaya.

3. Faktor individu, meliputi fator kepribadian dan factor biologis mereka yang saling terkait. Ketergantungan narkoba senang terjadi kepada mereka yang memiliki kepribadian lemah yang tergolong berisiko tinggi dengan sifat-sifat seperti mudah putus asa, ecewa, mudah bosan, dan mengutamakan kenikmatan sesaat.
4. Faktor lingkungan seperti lingkungan yang memiliki kontrol social minim, tokoh masyarakat kurang peduli, lingkungan keluarga disharmonis, kurangnya poster-poster yang menstimulus individu untuk tidak mendekati apalagi terlibat penyalahgunaan narkoba.

Capuzzi (dalam Fuhrmann, 1990) mengatakan penyebab kecenderungan perilaku Penyalahgunaan narkoba dibagi menjadi 2 yaitu :

- a. Determinan social seperti pengaruh keluarga, afiliasi religius, pengaruh teman sebaya dan pengaruh teman di sekolah.
- b. Dtereminan personal yang meliputi rasa inferior, rasa curiosity, petulanagn dan dorongan impulsive.

Selanjutnya Johnston mendeskripsikan bahwa remaja yang sudah lebih serius dalam Penyalahgunaan narkoba melakukan tersebut bukan

karena hanya tekana daripada rekan sebaya akan tetapi guna melarikan diri dari persoalan-persoalan hidup yang dihadapi. Beberapa pendapat tersebut dapat dipahami bahwa berbagai factor remaja adanya kecenderungan melakukan perilaku penyalhgunaan narkoba karena dpengaruhi oleh factor eksternal dan faktor internal mereka sendiri.

1. Coping Strategy

A. Pengertian Coping Strategy

Para ahli menyebut berbagai istilah coping strategy, ada yang hanya mengatakan coping strategy, metode coping serta kemahiran coping strategy. Apa pun penamaan itu tetap berasal dari satu kata yaitu *cope* berdasarkan pendapat Sarafino, *coping* berasal dari kata "*cope*" yang berarti melawan atau mengatasi (Smet 1994) coping strategy sebagai suatu proses di mana individu mencoba untuk mengelola stres yang ada dengan cara tertentu. Menurut Kalimo (1987) coping strategy diartikan suatu usaha yang mengarah pada tindakan untuk mengatur lingkungan dan tuntutan dari dalam terhadap konflik di mana beban sudah terlampaui dari akal seseorang.

Breakwell (Folkman et al, 1986) menyatakan bahwa coping strategy merupakan segala fikiran dan perilaku yang berhasil mengurangi atau menghilangkan ancaman, baik secara sadar dikenali oleh individu maupun tidak. Chaplin (2004) mengartikan perilaku coping strategy sebagai suatu tingkah laku di mana individu melakukan interaksi dengan lingkungan

sekitarnya dengan tujuan menyelesaikan masalah. Greenglass, et al (2006) mengemukakan coping strategy ialah suatu cara yang dilakukan individu untuk menghadapi dan mencegah situasi dan kondisi yang bersifat menekan atau mengancam baik fisik maupun psikis. Baumiester dan Bushman (2011) mendefinisikan coping strategy ialah istilah umum untuk mengatasi atau usaha orang menangani trauma dan kembali berfungsi secara efektif dalam hidup. Pendapat sama dari Coyne, et al (1981) menyatakan coping strategy ialah usaha kognitif yang bertujuan untuk mengelola tuntutan lingkungan dan internal, serta mengelola konflik-konflik yang mempengaruhi individu melampaui kapasitas individu.

Selain itu Cohen dan Lazarus (Folkman, 1984) menambahkan tujuan perilaku coping strategy untuk mengurangi kondisi lingkungan yang menyakitkan, menyesuaikan dengan peristiwa dan kenyataan yang negatif, mempertahankan keseimbangan emosi, mempertahankan *self image* yang positif, serta untuk meneruskan hubungan yang memuaskan dengan orang lain. Beberapa penelitian menunjukkan individu cenderung melaksanakan coping strategy yang sama untuk menerima situasi yang bermasalah atau menekan (Spangenberg & Theron, 1998; Heiman & Kariv, 2005). Menurut Aldwin & Revenson (1997) coping strategy ialah suatu cara yang ditempuh individu untuk mengatasi dan mengendalikan situasi yang dipandang hambatan, tantangan, dan ancaman. Coping strategy didefinisikan secara detail oleh Folkman (1984; Resick, 2001) yaitu suatu bentuk usaha kognitif dan perilaku yang dilakukan seseorang untuk mengatur tuntutan internal

dan eksternal yang timbul dari hubungan individu dengan lingkungan yang dinilai sebagai stressor.

Berdasarkan beberapa pendapat dari para ahli tersebut, dapat disimpulkan bahwa pengertian coping strategy yang dikemukakan oleh para ahli sangat bervariasi. Namun intinya coping strategy merupakan suatu penerimaan khas yang dilakukan oleh individu dalam bentuk kognitif dan perilaku, bertujuan menghilangkan, mengurangi ancaman, *stressor* yang ditimbulkan oleh masalah internal maupun external. Peneliti menggunakan kata coping strategy karena langsung merujuk pada usaha yang dilakukan individu untuk mengatasi masalah yang dihadapinya.

B. Bentuk-Bentuk Coping Strategy

Hasil penelitian mendapatkan individu menggunakan berbagai cara untuk mengatasi masalah yang menekan dalam berbagai ruang lingkup kehidupan (Lazarus & Folkman, 1984). Strategi mana yang efektif sangat tergantung kepribadian individu. Menurut Santrock (1996) berdasarkan tingkah laku yang muncul, coping strategy dibagi dua:

1. Strategi mendekat (*approach strategy*) yaitu individu cenderung melakukan usaha kognitif untuk memahami sumber penyebab hambatan dalam menyesuaikan diri dan berusaha menghadapi hambatannya secara langsung.
2. Strategi menghindar (*avoidance strategy*) yaitu seseorang cenderung untuk memperkecil hambatan dalam menyesuaikan diri

secara kognitif kemudian memunculkan usaha dalam bentuk perilaku untuk meminimalkan sumber hambatan itu.

Pendapat berbeda dikatakan Brandstadter (dalam Lopez & Snyder, 2003) bentuk coping strategy ada dua jenis yaitu *Assimilative coping* ialah bentuk strategi yang lebih menekankan pada proses penyesuaian yang kuat dengan cara mengubah atau mengendalikan lingkungan untuk disesuaikan dengan keadaan individu dan *Accommodative coping* ialah bentuk strategi yang sifatnya fleksibel dengan cara mengubah perilaku sendiri kemudian disesuaikan kondisi lingkungan yang terjadi. Freydenberg & Ramon (1993) membagi aspek coping strategy menjadi:

1. *Problem focus (solving the problem)* yaitu suatu cara coping strategy yang dilakukan untuk fokus pada penyelesaian masalah seperti berfokus pada cara penyelesaian masalah atau *focus on solving the problem*, mencari situasi relaks/*seek relaxing diversions*, melenturkan fisik/*physical recreation*, bekerja dengan giat untuk pencapaian tujuan/*work hard and achieve* dan selalu berfikir positif terhadap soalan yang dihadapi/*focus on the positive*.
2. *Reference to others* ialah suatu cara coping strategy yang dilaksanakan individu guna mencari bantuan daripada orang lain terhadap masalah yang dihadapi seperti mencari dukungan persekitaran/*seek social support*, mencari dukungan keagamaan dari Tuhan/*seek spiritual support* , memperoleh batuan daripada

pihak professional/*seek professional help* dan berinteraksi dengan lingkungan masyarakat/*social action*.

3. *Non productive coping* adalah cara coping strategy yang dilakukan individu dengan melakukan hal yang tidak produktif terhadap persoalan hidup yang dihadapi seperti, mencemaskan suatu hal/*worry*, menutup diri darikawan/*invest in close friends*, mencari milik pribadi / *seek to belong*, berfikir keajaiban akan terjadi/*wishful thinking*, tidak melakukan coping strategy / *not coping*, membiarkan masalah terjadi atau *ignore the problem*, mengurangi ketegangan/*tension reduction* , menyimpan masalah / *keep to self*, dan menyalahkan diri sendiri /*self-blame*.

Amir Khan membedakan tiga tipe coping strategy yaitu *problem solving coping*, *social seeking support*, dan *avoidance coping*. Spirito dan Strak (1993) membagi jenis coping menjadi :

1. *Avoidant coping*, coping strategy menghindar ini meliputi penggunaan pengalihan/*distraction*, penarikan diri sosial/*social withdrawal*, berkhaya /*wishful thinking*, dan pengunduran diri / *resignation*.
2. *Negative coping*, di khas dengan mengkritik diri/*self criticism*, mencari kompensasi negatif seperti penyalahgunaan narkoba/*substance abuse*, menyalahkan orang lain (*blaming others*) ketika menghadapi situasi yang bermasalah atau menekan.

3. *Active coping*, individu menggunakan pemecahan masalah, regulasi emosi, membentuk kembali kognitif/*cognitive restructuring*, dan dukungan sosial/*social seeking support*.

Jenis-jenis coping strategy yang diusulkan Aldwin & Yancura (2004) yaitu (1) *Problem focused coping* : tindakan instrumental, meliputi perilaku dan kognitif bertujuan untuk memecahkan masalah, (2) *Emotional focused coping* : suatu strategi yang menekankan pada aspek emosi. seperti pesan yang menunjukkan kasih, perhatian dan penghargaan, (3) *Sosial support coping* : coping strategy dalam konteks sosial, berupa dukungan nyata dari orang lain, (4) *Religious coping* yaitu suatu strategi di mana seseorang memiliki hubungan baik dengan Allah, tekun berdoa, membaca kitab suci memiliki hubungan yang positif dengan kasusehatan mental, (5) *Meaning making* mencari dan melakukan hal-hal yang bermakna.

Rice (1999) mengemukakan *coping strategy* yang efektif bergantung pada sumber-sumber yang dimiliki individu untuk menunjang usahanya dalam melakukan coping strategy. Sumber-sumber ini terdiri daripada kepribadian, fisik individu dan sumber sosial. Carver, et al (1989) menyebutkan aspek-aspek coping strategy antara lain 1) keaktifan diri, suatu tindakan untuk mencoba menghilangkan atau meminimumkan penyebab stres secara langsung. 2) perencanaan, memikirkan tentang bagaimana mengatasi penyebab stress. 3) kontrol diri, individu membatasi keterlibatan nya dalam aktiviti kompetitif atau persaingan dan tidak bertindak terburu-buru. 4) mencari dukungan sosial yang bersifat

instrumental, yaitu sebagai nasehat, bantuan atau informasi. 5) mencari dukungan sosial yang bersifat emosional, yaitu melalui dukungan moral, simpati atau pengertian. 6) penerimaan, sesuatu yang penuh dengan stres dan keadaan yang memaksanya untuk mengatasi masalah tersebut. 7) keagamaan, sikap individu menenangkan dan menyelesaikan masalah secara religious. Komponen coping strategy secara lengkap dikatakan Folkman, et al (1986):

- a. *Confrontive coping*, mengubah situasi secara agresif dan adanya keberanian mengambil risiko.
- b. *Distancing*, mengeluarkan upaya kognitif untuk melepaskan diri dari masalah atau membuat harapan positif. Carver, Scheier dan Weintraub (dalam Sarafino, 1998) menyebut bicara coping strategy sebagai suatu usaha individu untuk menyangkal bahwa dirinya dihadapkan pada suatu masalah.
- c. *Self control*, mencoba untuk mengatur perasaan diri sendiri atau tindakan dalam hubungannya untuk menyelesaikan masalah.
- d. *Seeking sosial support*, mencoba untuk memperoleh informasi atau dukungan secara emosional.
- e. *Accepting responsibility*, menerima untuk menjalani masalah yang dihadapi sambil mencoba untuk memikirkan jalan keluarnya.
- f. *Planful problem solving*, memikirkan suatu rencana tindakan untuk mengubah dan memecahkan situasi.

- g. *Positive reappraisal*, mencoba untuk membuat suatu arti positif dari situasi dalam masa perkembangan keperibadian, kadang-kadang dengan sifat yang religious. Individu berusaha mengambil sisi positif dari permasalahan yang dihadapinya yang dapat membantu pertumbuhan peribadinya.
- h. *Escape avoidance*, individu menghindari untuk menghadapi masalah yang dihadapinya. Biasanya individu mengambil tindakan menghindar terhadap masalahnya dengan tidur terus menerus, keluar rumah, merokok atau minuman beralkohol.

Dapat dikatakan bahwa aspek-aspek coping strategy adalah suatu usaha yang dilakukan individu dalam mengatasi masalah yang dialami dengan memaksimalkan potensi diri keaktifan diri, perencanaan, kontrol diri, penerimaan, *Confrontive coping, distancing, escape avoidance, self control* dan *accepting responsibility, painful problem solving*), mengoptimumkan peran lingkungan, *seeking sosial support*, serta usaha yang bersifat religious (*positive reappraisal*) tidak melakukan cara coping strategy yang tidak produktif.

C. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Coping Strategy

McCrae (1984) menyatakan perilaku menghadapi tekanan adalah suatu proses yang dinamis ketika individu bebas menentukan bentuk perilaku yang sesuai dengan keadaan diri dan pemahaman terhadap masalah yang dihadapi. Hal ini memberikan pengertian ada faktor-faktor

yang mempengaruhi sehingga individu menentukan bentuk perilaku tertentu. Faktor-faktor tersebut adalah :

1. Kepribadian. Carver, et al (1989) membahagi kepribadian berdasarkan type nya. Type A dengan ciri-ciri ambisi, kritis terhadap diri sendiri, tidak sabar, melakukan pekerjaan yang berbeda dalam waktu yang sama, mudah marah dan agresif, akan cenderung menggunakan coping strategy yang berorientasi emosi (*emotion focused coping*). Sebaliknya seseorang dalam kepribadian Type B, dengan ciri-ciri suka relaks, tidak terburu-buru, tidak mudah terpancing amarah, berbicara dan bersikap dengan tenang, serta lebih suka untuk memperluas pengalaman hidup, cenderung menggunakan coping strategy yang berorientasi pada *problem focused coping*.
2. Jenis kelamin. Penelitian Folkman & Lazarus (1985) menemukan laki-laki dan perempuan sama-sama menggunakan kedua bentuk *coping strategy* yaitu *emotion focused coping* dan *problem focused coping*. Pendapat berbeda Billings dan Moos (1984) menjelaskan wanita lebih cenderung berorientasi pada emosi manakala lelaki lebih berorientasi pada tugas sehingga wanita lebih sering menggunakan *emotion focused coping*.
3. Tingkat pendidikan. Folkman & Lazarus (1985) mengatakan subjek dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi cenderung menggunakan *Problem Focused Coping* dalam mengatasi masalah

mereka. Menurut Menaghan (dalam McCrae, 1984) seseorang dengan tingkat pendidikan tinggi akan semakin tinggi pula kompleksitas kognitifnya, demikian sebaliknya.

4. Konteks lingkungan dan sumber individual. Folkman & Lazarus (1985) menjelaskan individu berinteraksi dengan sekitarnya melalui pengalaman, persepsi, kemampuan intelektual, kesehatan, kepribadian, pendidikan dan situasi yang dihadapi.
5. Status sosial ekonomi. Menurut Westbrook (Billings & Moos, 1984) seseorang dengan status sosial ekonomi rendah akan menampilkan coping strategy yang kurang aktif, kurang realistis, dan lebih fatal atau menampilkan perilaku menolak, dibandingkan status ekonomi tinggi.
6. Dukungan sosial. Pramadi dan Lasmono (2003) mengatakan dukungan sosial terdiri atas informasi atau nasehat verbal atau nonverbal, bantuan nyata atau tindakan yang diberikan oleh keakraban sosial atau didapat karena kehadiran mereka dan mempunyai manfaat emosional atau efek perilaku bagi individu.

Yenjeli (2008) berpendapat bahwa cara individu menangani situasi yang penuh tekanan ditentukan oleh sumber daya individu berupa :

- a. Kesehatan fisik, kesehatan merupakan hal yang penting, karena selama dalam usaha mengatasi tekanan individu dituntut untuk mengerahkan tenaga yang besar.

- b. Keterampilan memecahkan masalah meliputi kemampuan untuk mencari informasi, menganalisis situasi, mengidentifikasi masalah dengan tujuan menghasilkan alternatif tindakan, kemudian mempertimbangkan alternatif tersebut selanjutnya melaksanakan rencana dengan melakukan suatu tindakan yang tepat.
- c. Keyakinan atau pandangan positif, keyakinan menjadi sumber daya yang sangat penting.
- d. Keterampilan sosial, meliputi kemampuan untuk berkomunikasi dan bertingkah laku dengan cara-cara yang sesuai dengan nilai-nilai sosial yang berlaku di masyarakat.
- e. Dukungan sosial meliputi dukungan emosional pada diri individu yang diberikan oleh orangtua, ahli keluarga, saudara, teman, dan lingkungan masyarakat sekitarnya.
- f. Materi, dukungan ini seperti sumber daya berupa uang, barang-barang atau layanan yang biasanya dapat dibeli.

Pendapat di atas didukung Parker (1986) bahwa ketika individu melakukan coping strategy ada 3 faktor utama yang mempengaruhi yaitu karakteristik situational; faktor lingkungan fisik dan psikososial; dan aktor personal atau perbedaan individu yang mempengaruhi manifestasi coping strategy meliputi jenis kelamin, usia, aras pendidikan, status sosial ekonomi, persepsi terhadap stimulus yang dihadapi, dan tingkat perkembangan kognitifnya. Taylor (2003) mengatakan faktor yang mempengaruhi coping strategy setiap individu lebih banyak berasal dari

dukungan sekitar seperti saudara, orangtua, suami atau isteri, anak, teman, atau menggunakan jasa tenaga profesional seperti psikolog dan konselor. Beberapa pendapat tersebut dapat diketahui faktor-faktor yang mempengaruhi coping strategy adalah kepribadian, jenis kelamin, tingkat pendidikan, konteks lingkungan dan sumber individual, status sosial ekonomi, dan dukungan sosial.

3.Remaja

Perkataan remaja atau *adolescence* berasal dari bahasa Latin *adolescere* yang bererti *to grow up* atau menjadi dewasa (Berzonsky, 1981) bahwa alam remaja adalah tahap di antara alam kanak-kanak dan alam dewasa. Senada pendapat Garison dan Garison (dalam Hasselt dan Hersen 1987) bahwa remaja adalah '*in between periode*', yaitu alam individu tidak bisa digolongkan lagi sebagai anak-anak, namun belum matang jika digolongkan menjadi orang dewasa.

A. Definisi dan Batasan Usia Remaja.

Istilah *adolescence* menurut Hurlock (1980) berasal dari bahasa Latin *adolecsere* (kata bendanya, *adolescencia* yang berarti remaja) yang berarti "tumbuh" atau " tumbuh menjadi dewasa". Pendapat yang sama dikemukakan Berzonsky (1981) bahwa kata remaja atau *adolescence* berasal dari bahasa Latin *adolescere* yang berarti *to grow up* atau menjadi dewasa. Istilah *adolescence* seperti yang dipergunakan saat ini, memiliki arti yang lebih luas yang mencakup kematangan mental, emosional, sosial dan fisik. Pandangan ini dikemukakan oleh Piaget (dalam Hurlock, 1980)

yang mengatakan secara psikologis, masa remaja adalah usia dimana individu berintegrasi dengan masyarakat dewasa, usia dimana anak tidak lagi merasa dibawah tingkat orang-orang yang lebih tua melainkan berada dalam tingkatan yang sama, sekurang-kurangnya dalam masalah...Integrasi dalam masyarakat (dewasa) memiliki banyak aspek afeksi, kurang lebih berhubungan dengan masa puber... Termasuk juga perubahan intelektual yang mencolok... Transformasi intelektual yang lebih khas dari cara berfikir remaja ini memungkinkannya untuk mencapai integrasi dalam hubungan sosial orang dewasa, yang kenyataannya merupakan ciri khas umum dari periode perkembangan ini.

Masa remaja dimulai pada waktu anak menunjukkan tanda-tanda pubertas dengan terjadinya kemasakan seksual, pertumbuhan tinggi badan yang maksimum. Pendapat ini didukung oleh Leoner dan Spainer (1980) mengatakan masa remaja dimulai dengan datangnya pubertas yang ditandai dengan adanya perubahan fisik seseorang. Menurut Adams & Gullota (dalam Aaro, 1997), masa remaja meliputi usia antara 11 hingga 20 tahun. Sedangkan Hurlock (1980) membagi masa remaja menjadi remaja awal (13 hingga 16 atau 17 tahun) dan masa remaja akhir (16 atau 17 tahun hingga 18 tahun). Masa remaja awal dan akhir dibedakan oleh Hurlock karena pada masa remaja akhir individu telah mencapai transisi perkembangan yang lebih mendekati masa dewasa.

Menurut Ramsey (1987), rentang usia remaja dimulai pada usia 10-13 tahun dan berakhir pada usia 19-21 tahun. Turner dan Helms (1991)

membagi usia remaja antara 13-19 tahun. *World Health Organization* (WHO) menghadkan usia remaja antara 12-24 tahun dan membahagi menjadi tiga tahap yaitu remaja awal (*early adolescence*) usia 10-14 tahun, remaja madya (*middle adolescence*) usia 15-17 tahun dan remaja akhir (*late adolescence*) usia 18-25 tahun. Sementara itu, di Indonesia batas usia remaja adalah umur 14-24 tahun (Sarwono, 2008). Secara garis besar, masa remaja dapat dibagi kedalam empat periode, yaitu periode pra-remaja, remaja awal, remaja tengah, dan remaja akhir.

Remaja laki-laki memiliki tahap perkembangan yang berbeda dengan remaja perempuan. Bagi perempuan remaja awal berusia 13-15 tahun, remaja pertengahan 16-18 tahun, dan remaja akhir 19-21 tahun. Hurlock (1980) mengemukakan bahwa umur remaja dimulai dari umur 13-18 tahun untuk remaja perempuan dan umur 14-18 tahun untuk remaja laki-laki. Sarwono (2008) memberikan batasan usia remaja di Indonesia yaitu sekitar 12-24 tahun dan belum menikah.

Menurut Asrori (2008) karakteristik untuk setiap periode adalah

- ☉ Periode Pra-remaja, terjadi gejala yang hampir sama antara remaja pria maupun wanita. Perubahan fisik belum begitu tampak jelas, tetapi pada remaja putri biasanya memperlihatkan penambahan berat badan yang cepat sehingga mereka merasa kegemukan. Gerakan-gerakan mereka mulai menjadi kaku. Perubahan ini disertai sifat kepekaan terhadap stimulus dari luar, respon biasanya

berlebihan sehingga mereka mudah tersinggung dan cengeng, tetapi juga cepat merasa senang bahkan meledak-ledak.

- ☉ Periode Remaja Awal, perkembangan gejala fisik yang semakin tampak jelas adalah perubahan fungsi alat kelamin semakin nyata, remaja seringkali mengalami kesulitan dalam menyesuaikan diri dengan perubahan itu. Akibatnya, tidak jarang mereka cenderung menyendiri sehingga tidak jarang pula merasa terasing, kurang perhatian dari orang lain, atau bahkan merasa tidak ada orang yang mau memperdulikannya. Kontrol bertambah sulit dan mereka cepat marah untuk meyakinkan dunia sekitarnya. Perilaku ini sesungguhnya terjadi kerana adanya kecemasan terhadap dirinya sehingga muncul reaksi yang terkadang tidak wajar.
- ☉ Periode Remaja Tengah, tuntutan peningkatan tanggungjawab tidak hanya datang dari orang tua atau anggota keluarga juga dari masyarakat, terkadang masyarakat juga terbawa menjadi masalah bagi remaja. Melihat fenomena yang sering terjadi dalam masyarakat seringkali juga menunjukkan adanya kontradiksi antara nilai-nilai moral yang mereka ketahui, maka tidak jarang pula remaja mulai meragukan apa yang disebut baik atau buruk. Akibatnya, remaja seringkali ingin membentuk nilai-nilai mereka sendiri yang mereka anggap benar, baik, dan pantas untuk dikembangkan di kalangan mereka sendiri terlebih jika orang tua atau orang dewasa disekitarnya ingin memaksakan nilai-nilainya agar dipatuhi oleh

remaja tanpa disertai dengan alasan yang masuk akal menurut mereka.

- ☉ Periode Akhir Remaja, mulai memandang dirinya sebagai orang dewasa dan mulai mampu menunjukkan pemikiran, sikap dan perilaku yang semakin dewasa. Oleh sebab itu, orang tua dan masyarakat mulai memberikan kepercayaan yang selayaknya kepada mereka. Interaksi dengan orang tua juga menjadi semakin lebih bagus dan lancar karena mereka sudah semakin memiliki kebebasan yang relative terkendali serta emosinya pun mulai stabil. Pilihan arah hidup sudah semakin jelas dan mulai mampu mengambil pilihan serta keputusan tentang arah hidupnya secara lebih bijaksana meskipun belum bisa secara penuh. Mereka juga mulai memilih cara-cara hidup dipertanggungjawabkan terhadap dirinya sendiri, orang tua, dan masyarakat.

Berdasarkan pendapat tersebut dapat dipahami batas usia remaja berbeda setiap ahli disebabkan karena perbedaan perspektif mereka.

B.Pertumbuhan dan Perkembangan Remaja

Menurut Noraini (2000) masa remaja memiliki pertumbuhan dan perkembangan yang menyeluruh seperti 1) aspek fisik mengalami pertumbuhan organ dan kelenjar seks yang menyebabkan naluri seks dan ketertarikan kepada jenis kelamin, 2) aspek mental merujuk kepada remaja sudah mengetahui hal abstrak ketika berusia 12 tahun dan usia 14 tahun menolak perkara-perkara yang tidak logik, tahap ini juga orang dewasa

sedar akan sikap suka membantah dan mengkritik, 3) aspek sosial, ketika berusia 16-18 tahun mulai menunjukkan perkembangan sosial. Persekitaran sosial remaja tidak terbatas dalam keluarga saja tapi lebih beragam lagi seperti pada lingkungan masyarakat dan teman sebaya. Monks, et.al (1989) mengemukakan bahwa pada perkembangan sosial remaja terdapat dua gerak yaitu memisahkan diri dari orang tua dan menuju rakan sebaya untuk menemukan identiti dirinya. 4) aspek moral, akan membentuk tingkah laku mereka, pada remaja awal tingkah laku yang dipamerkan adalah menarik perhatian sekitarnya, kemudian terbina kemantapan agama yang mempengaruhi perilakunya. Hurlock, (1980) mengatakan perubahan fisik yang terjadi pada masa remaja, berupa :

- ✓ Tinggi badan, rata-rata anak perempuan mencapai tinggi dewasanya pada usia 17/18 tahun dan bagi anak laki-laki satu tahun lebih dari usia tersebut.
- ✓ Berat badan, Perubahan berat tubuh seiring dengan waktu sama dengan perubahan tinggi badan, hanya saja sekarang lebih menyebar ke seluruh tubuh.
- ✓ Proporsi tubuh, berbagai bagian tubuh secara bertahap mencapai proporsinya. Misal: badan lebih lebar dan lebih kuat.
- ✓ Organ seksual, pada laki-laki dan perempuan organ seksual mencapai ukuran dewasa pada periode remaja akhir, namun fungsinya belum matang sampai beberapa tahun kemudian.

- ✓ Karakteristik sex sekunder, terutama mengalami perkembangan pada level dewasa yaitu periode remaja akhir.

Perkembangan psikologi pada masa remaja tidak lepas dari pengaruh situasi dan kondisi lingkungan. Perkembangan psikik mencakup perkembangan emosi, intelektual, minat, moral bahkan religiosities. Emosi adalah gambaran perasaan mendalam yang menimbulkan suatu perbuatan. Pada saat remaja kepekaan emosi meningkat sehingga dapat menimbulkan luapan emosi (Haditono, 1989). Perkembangan intelektual remaja mulai berkembang dan memiliki kemampuan berfikir abstrak yang menunjukkan perhatian besar pada kejadian dan peristiwa yang tidak konkrit seperti memilih pasangan hidup dan pekerjaan (Gunarsa & Gunarsa, 1988). Pikiran sering dipengaruhi teori dan idea yang menyebabkan sikap kritis terhadap situasi serta berkembang pula rasa ingin tahu dan mencoba melakukan sesuatu hal tentang apa yang dilakukan orang dewasa. Furter (dalam Monks dkk, 1989) mengatakan bahwa kehidupan moral merupakan permasalahan yang pokok bagi remaja maka akan terlihat remaja seolah-olah kehilangan arah dan tujuan.

Berdasarkan uraian di atas maka dapat disimpulkan bahwa masa remaja merupakan masa seseorang banyak mengalami perubahan dan perkembangan baik secara fisik, psikologi dan sosial. Masa remaja sering pula disebut sebagai masa seseorang mengalami krisis identitas. Lingkungan sangat menentukan pembentukan identitas pribadi dan berperan mengarahkan perilaku remaja.

C.Karakteristik Masa Remaja

Sama halnya dengan semua masa perkembangan manusia setiap periodenya, masa remaja juga memiliki ciri khas dan karakteristik tertentu yang akan dijelaskan berikut berdasarkan teori yang dilontarkan Hurlock (1980) seperti:

1. Masa remaja sebagai periode yang penting. Meski semua periode kehidupan manusia adalah penting tetapi pada masa remaja keduanya sangat penting yaitu pertumbuhan fisik dan perkembangan psikologis. Tanner (Hurlock (1980) mengatakan sebagian besar remaja usia antara 12 dan 16 tahun merupakan tahun kehidupan yang penuh kejadian menyangkut pertumbuhan dan perkembangan. Pertumbuhan fisik yang cepat disertai dengan perkembangan mental khususnya pada awal masa remaja. Semua pertumbuhan dan perkembangan diperlukan proses adaptasi untuk membentuk sikap, nilai dan minat pada remaja.
2. Masa remaja sebagai periode peralihan, yang berarti apa yang telah terjadi sebelumnya akan meninggalkan bekas pada apa yang terjadi sekarang dan yang akan datang. Tetapi perlu disadari bahwa apa yang telah terjadi akan meninggalkan bekas dan akan mempengaruhi pola perilaku yang baru. Seperti dijelaskan Osterrieth (Hurlock, 1980) yaitu struktur psikis remaja berasal dari masa kanak-kanak dan banyak ciri yang umumnya dianggap sebagai ciri khas masa remaja sudah ada pada akhir masa kanak-kanak. Perubahan fisik yang

terjadi selama tahun awal masa remaja akan mempengaruhi tingkat perilaku individu dan mengakibatkan penialian kembali penyesuaian nilai-nilai yang telah bergeser. Pada setiap periode peralihan, status seseorang tidaklah jelas dan terdapat keraguan peran apa yang harus dilakukan. Jika remaja berperilaku seperti anak-anak maka akan diajari untuk “bertindak sesuai umurnya” sebaliknya jika berperilaku seperti orang dewasa maka seringkali dituduh “terlalu besar untuk celananya” dan dimarahi karena mencoba bertindak seperti orang dewasa.

3. Masa remaja sebagai periode perubahan. Jika perubahan fisik terjadi dengan pesat maka perubahan perilaku juga berlangsung pesat. Ada lima bentuk perubahan yang sama yang hampir bersifat universal 1) meningkatnya emosi yang intensitasnya tergantung pada tingkat perubahan fisik dan psikologis yang terjadi; 2) perubahan tubuh, minat, dan peran yang diharapkan oleh kelompok sosial akan menimbulkan masalah baru yang lebih banyak dan lebih sulit diselesaikan dibandingkan masalah yang dihadapi sebelumnya. Para remaja akan tetap merasa dibebani masalah sampai ia sendiri menyelesaikannya; 3) dengan berubahnya minat, dan pola perilaku maka nilai-nilai juga akan berubah. Hal yang dianggap penting pada masa kanak-kanak, sekarang setelah hampir dewasa dianggap tidak penting lagi. Sekarang mereka mengerti bahwa kualitas lebih penting daripada kuantitas; 4) sebagian besar remaja bersikap ambivalen

terhadap setiap perubahan. Mereka membingungkan dan menuntut kebebasan tetapi seringkali mereka takut bertanggungjawab.

4. Masa remaja sebagai usia bermasalah. Setiap periode kehidupan manusia tentunya memiliki masalah tersendiri. Namun masalah yang terjadi pada masa remaja seringkali menjadi masalah sulit teratasi baik oleh remaja laki-laki maupun perempuan. Ada dua alasan bagi kesulitan tersebut. Pertama, sepanjang masa anak-anak persoalan yang timbul sebegini besar diselesaikan oleh orang tua dan para guru sehingga kebanyakan remaja tidak berpengalaman untuk mengatasi masalah. Kedua, para remaja merasa dirinya mandiri sehingga mereka ingin menyelesaikan masalahnya sendiri dan menolak bantuan para orang tua dan guru.
5. Masa remaja sebagai masa mencari identitas. Pada awal masa remaja, penyesuaian diri dengan kelompok masih tetap penting bagi remaja laki-laki dan perempuan. Lama kelamaan mereka mulai mendambakan identitas diri dan tidak puas lagi dengan menjadi sama dengan teman-teman kelompoknya dalam segala hal seperti sebelumnya. Seperti perkataan Erikson bahwa identitas diri yang diinginkan remaja berupa usaha untuk menjelaskan siapa dirinya, apa peranannya dalam masyarakat. Apakah dia seorang anak atau seorang yang sudah dewasa? Apakah nanti dia dapat menjadi suami/istri atau ayah/ibu?... Apakah ia sanggup percaya diri sekalipun latar belakang ras, agama, nasionalismenya membuat

beberapa orang merendahnya? Secara keseluruhan apakah dia akan berhasil ataukah gagal?

Menurut Hasan (2006) salah satu tugas perkembangan sosial masa remaja yang sangat penting adalah pembentukan identitas diri. Pembentukan identitas ini bukanlah hal mudah. Pembentukan ini dapat terjadi melalui proses perdebatan atau konflik berupa berbagai pertanyaan yang harus dijawab satu persatu. Alquran mendeskripsikan konflik manusia yaitu : ... *dan jiwa serta penyempurnaan (ciptaannya), maka Allah mengilhamkan kepada jiwa itu (jalan) kefasikan dan ketakwaannya. Sesungguhnya beruntunglah orang yang mensucikan jiwa itu dan merugilah orang yang mengotorinya. QS. Al-Syams : 7-10); ... Dan Kami telah menunjukkan kepadanya dua jalan. Tetapi dia tidak menempuh jalan yang mendaki lagi sukar (QS. Al-Balad : 10-11).*

James Marcia (dalam Hasan, 2006) telah melakukan wawancara terstruktur dan mengklasifikasikan individu kepada empat status identitas yaitu *Identity Diffusion* atau keaburan identitas, individu digolongkan pada tahap ini jika dia belum memecahkan masalah identitas dan gagal untuk menentukan tujuan dan arah masa depan; *Identity Fore-closure* atau pinjaman identitas, individu yang tergadaikan identitasnya jika dia memiliki identitas tertentu dan membuat komitmen pada identitas tersebut tanpa mengalami krisis untuk menentukan apa yang paling baik untuk

mereka; *Identity moratorium* atau penangguhan identitas, individu pada kategori ini mengalami masalah krisis identitas dan dengan secara aktif menanyakan komitmen kehidupannya dan mencari jawaban; *Identity Achievement* atau pencapaian identitas, berarti individu tersebut telah mencapai identitas tertentu dan telah menyelesaikan masalah identitas dengan membuat komitmen pribadi pada tujuan, kepercayaan dan nilai-nilai tertentu.

6. Masa remaja sebagai usia yang menimbulkan ketakutan. Adanya anggapan stereotip budaya bahwa remaja adalah seorang yang tidak rapih, tidak dapat dipercaya, dan cenderung berperilaku merusak maka menyebabkan orang dewasa yang harus membimbing dan mengawasi kehidupan remaja. Anggapan tersebut yang pada dasarnya memberikan pandangan negatif terhadap diri mereka sehingga menyebabkan para remaja merasa takut dan menghindar dari periode ini.
7. Masa remaja sebagai masa yang tidak realistik. Remaja cenderung memandang dirinya sendiri dan orang lain sebagaimana yang ia inginkan dan bukan sebagaimana adanya, apalagi dalam hal cita-cita. Cita-cita yang tidak realistik ini menyebabkan meningkatnya tingkat emosi yang merupakan ciri dari masa remaja. Semakin tidak realistik cita-citanya maka ia makin marah. Remaja akan sakit hati dan kecewa jika orang lain mengecewakannya atau ia tidak berhasil mencapai tujuan yang diinginkannya. Menjelang akhir remaja, pada

umumnya baik laki-laki maupun perempuan sering terganggu oleh idealism yang berlebihan bahwa mereka harus segera melepaskan kehidupan mereka yang bebas, yang penuh bahagia akan hilang selamanya setelah memasuki usia dewasa.

8. Masa remaja sebagai pintu gerbang masa dewasa. Makin meningkatnya usia kematangan, remaja mulai memfokuskan diri terhadap perilaku yang dikaitkan dengan stautus orang dewasa yaitu dengan cara merokok, minum minuman keras, menggunakan obat-obat terlarang dan terlibat dengan perbuatan seks. Mereka menganggap bahwa perilaku ini akan memberikan citra yang mereka inginkan sebagai orang dewasa.

Masa remaja adalah merupakan salah satu masa perkembangan yang dialami oleh manusia dalam kehidupannya dan masa remaja merupakan peralihan dari masa anak-anak kemasa dewasa. Para ahli memiliki pandangan yang berbeda mengenai kapan masa remaja itu berlangsung karena memang pekembangan manusia itu bersifat individual artinya ada perkembangan cepat atau lambat.

BAB III

METODE PENELITIAN

Suatu penelitian dilakukan guna mencoba menjawab penyelesaian masalah dari sesuatu fenomena yang ada disekitar manusia. Sesungguhnya suatu penelitian yang baik harus berdasarkan tahap-tahapan kaidah penelitian ilmiah. Kebenaran hasil penelitian dan kesimpulan penelitian yang diperoleh sangatlah ditentukan oleh kaidah penelitian yang diterapkan selama masa penelitian berlangsung.

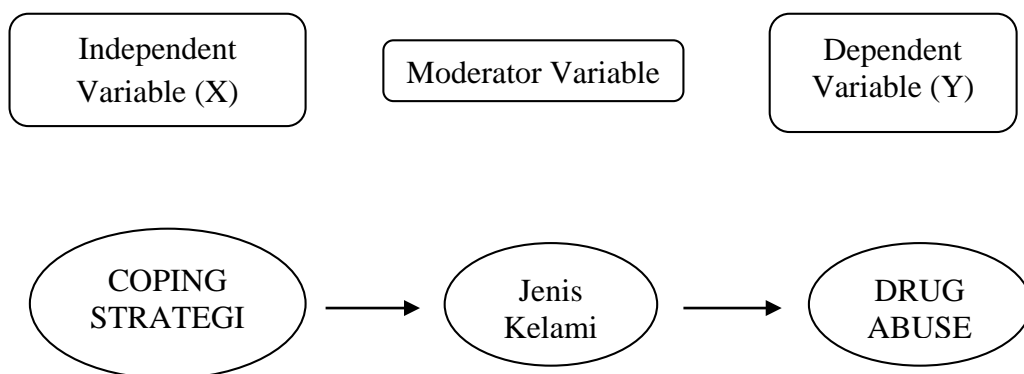
1. Jenis Penelitian

Bentuk penelitian yang digunakan pada penelitian ini ialah penelitian kuantitatif *cross sectional study* dengan menggunakan bentuk skala/kuisisioner. Gilbert dan Pope (1990) mengatakan bahwa kaidah kuantitatif adalah berdasarkan kepada strategi yang telah ditetapkan melalui variabel dimanipulasikan dalam situasi eksperimen. Kaidah ini juga berfungsi untuk membuat generalisasi tentang sesuatu fenomena, oleh itu ujian statistik digunakan secara meluas (Cohen dan Manion, 1985). Adapun tujuan yaitu untuk memperoleh pengetahuan dan pemahaman mengenai faktor – faktor psikologis sebagai kemahiran seperti coping strategy sehingga dapat menghindari tingkah laku mereka untuk tidak terlibat penyalahgunaan narkoba.

Penelitian kuantitatif dilaksanakan karena data penelitian lebih menekankan pada angka (*numerical*) dan sampel penelitian yang melibatkan bilangan yang ramai (Azwar 2005). Adapun *independent*

variable adalah coping strategy dan *dependent variable* adalah penyalahgunaan narkoba. Sedangkan *moderator variable* adalah jenis kelamin. Lebih jelasnya digambarkan pada kerangka konsep di bawah ini.

Gambar 14. Kerangka Konsep Penelitian



2. Instrumen Penelitian

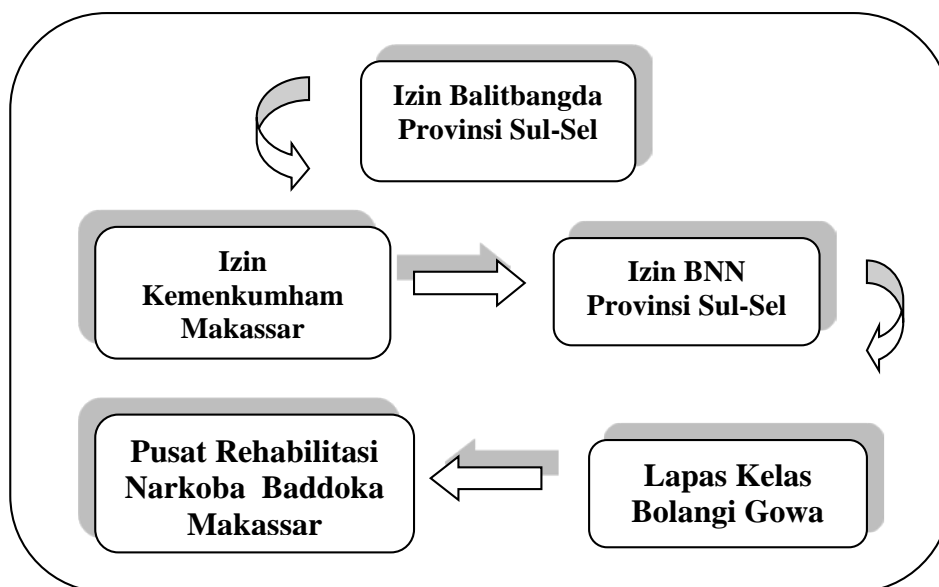
Penelitian menggunakan kuisisioner jenis Likert empat skala karena menghindari subjek memilih jawaban tidak pasti. Skala itu meliputi :

1. Identitas subjek misalnya jenis kelamin, umur, agama, suku, dan sebagainya.
2. Skala coping strategy yang dimodifikasi dari Freydenberg dan Lewis (1993) berdasarkan jenis-jenis coping strategy yang dikemukakan Folkman & Lazarus (1986) yang terdiri 18 aitem. Jenis item berbentuk skala Likert dengan kesesuaian (1) sangat tidak setuju, (2) tidak setuju, (3) setuju (4) sangat setuju.

3. Skala penyalahgunaan narkoba yang digunakan berdasarkan teori Skinner yang mengandung 28 aitem dengan mengikut kesesuaian (1) sangat tidak setuju, (2) tidak setuju, (3) setuju (4) sangat setuju.

3. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan pada Pusat Rehabilitasi Penyalahgunaan Narkoba Baddoka Makassar, dan Lembaga Pemasyarakatan Kelas II B khusus narkoba laki-laki dan perempuan di Bolangi Gowa, provinsi Sulawesi Selatan, Indonesia. Penelitian dilaksanakan pada bulan Juni hingga Agustus 2013. Arah proses penelitian pada gambar di bawah :



Gambar 15. Kerangka Proses Penelitian

Proses penelitian yang akan dilaksanakan berdasarkan gambar tersebut bermula permohonan izin dari pihak kampus lalu surat izin dari Lembaga Penelitian dan Pengembangan Provinsi Sulawesi Selatan. Selanjutnya memohon surat izin kepada Kementerian Hukum dan Hak

Azasi Manusia di Makassar lalu diteruskan ke Badan Narkotika Nasional Provinsi Sul-Sel. Tahap seterusnya ke Lembaga Pemasyarakatan untuk uji coba skala. Hasil dari angket atau skala yang mempunyai keabsahan dan reliabilitas yang baik lalu disebarakan ke Pusat Rehabilitasi Narkoba Baddoka sebagai tempat penelitian.

4. Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi penelitian ini adalah seluruh remaja yang terdaftar di Pusat Rehabilitasi Penyalahgunaan Narkoba Baddoka di Makassar . Subjek remaja dilakukan ditempat ini karena berdasarkan data dari Badan Narkotika Nasional Provinsi Sulawesi Selatan bahwa pengguna narkoba yang terbanyak berasal dari lembaga ini.

Teknik sampling yang digunakan ialah *purposive random sampling*. Menurut Creswell (2008) *purposive random sampling* yaitu teknik memilih sampel dari populasi yang terdiri daripada tujuan (*purposive*) dan diperoleh sampel secara acak. Penelitian ini menggunakan teknik sampling secara *sampling purposive*. *Sampling purposive* dilakukan dengan cara mengambil orang-orang terpilih betul menurut ciri spesifik yang dimiliki oleh sampel itu. Sampel dipilih dengan cermat dan sesuai dengan desain penelitian (Mantra, 2004). Mengikut Narbuko & Achmadi (2004) teknik ini berdasarkan pada ciri atau sifat-sifat tertentu yang diperkirakan mempunyai kaitan erat dengan ciri atau sifat-sifat yang ada dalam populasi yang sudah diketahui sebelumnya.

Berdasarkan hal tersebut kumpulan sampel berasal dari Lembaga Pemasyarakatan khusus narkoba di Bolangi Sungguminasa. Setiap sampel diambil secara acak dari setiap kumpulan tersebut. Remaja yang menjadi sampel dari penelitian adalah memiliki ciri-ciri remaja berusia 16-24 tahun dan dikenal pasti menyalahgunakan narkoba. Jumlah sampel penelitian pada saat ujicoba atau try out sebanyak 35, akan tetapi yang dapat dianalisis hanya 30 subyek.

5. Cara Pengumpulan Data

Ada beberapa kaidah yang digunakan untuk memperoleh tujuan penelitian. Adapun kaidah pengumpulan data tersebut adalah:

1. Skala atau angket sebagai kaidah utama, yang terdiri daripada skala coping strategy yang telah dimodifikasi dari Freydenberg dan Lewis (1993) berdasarkan jenis-jenis coping strategy dari Folkman & Lazarus (1986) dan skala Penyalahgunaan narkoba yang berdasarkan teori Skinner (1982).
2. Wawancara digunakan bagi mendapatkan data tambahan dari kepala lembaga pemasyarakatan, kepala pusat rehabilitasi, para pegawai dan para remaja. Temu bual ini dilakukan untuk memperoleh informasi yang lebih jelas terhadap topik penelitian.
3. Dokumentasi diperoleh melalui buku, artikel, jurnal dan surat kabar serta data setiap lokasi yang menjadi tempat penelitian.

6. Validitas dan Reliabilitas

Sebelum skala pengukuran digunakan, terlebih dahulu dilakukan uji coba skala yaitu uji validitas dan uji reliabilitass. Tujuan uji coba ini untuk mengetahui alat pengukuran tersebut layak digunakan dalam suatu penelitian. Tahap uji coba skala penelitian akan dilakukan kepada Lembaga Pemasyarakatan khusus penyalahgunaan narkoba Makassar. Subyek dalam uji coba disesuaikan dengan ciri-ciri sampel penelitian.

Validitas merupakan kemampuan alat ukur mencapai tujuan pengukuran yang hendak dicapai dengan tepat. Sesuatu alat ukur yang valid jika mampu melaksanakan fungsi ukur sesuai maksud dilakukannya pengukuran. Uji validitas dalam penelitian ini ialah validitas butir yang bertujuan mengetahui apakah butir atau item yang digunakan baik atau tidak. Validitas butir dilaksanakan dengan mengkorelasikan skor butir dengan skor total (Azwar, 2005).

Reliabilitas ialah kepercayaan instrumen penelitian sebagai alat untuk mengumpulkan data. Reliabilitas dinyatakan dalam koefisien reliabilitas dengan angka 0 hingga 1,00. Makin tinggi angka koefisien mendekati angka 1,00 berarti reliabilitas alat ukur makin tinggi. Sebaliknya reliabilities alat ukur yang rendah ditandai oleh angka koefisien reliabilitas yang mendekati angka 0 (Azwar 2005). Adapun validitas dan reliabilitas masing-masing skala adalah:

1. *Adolescence Coping Scale* oleh Freydenberg dan Ramon (1993) ialah 0.768 Alpha Cronbach. Menurut Frankel dan Wallen (2007)

reliabilitas skor sekurang-kurangnya 0.7 Alpha Cronbach. Jadi koefisien nilai reabilitas yaaang diperoleh melebihi nilai minimum yaitu 0.786 Alpha Croncabh. Secara lengkap ditunjukkan tabel.

Tabel 2. Reliability Statistics Coping Strategy

Cronbach's Alpha	N of Items
.768	18

Tabel 3. Item-Total Statistics Coping Strategy

No Aitem	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
A1	50.4000	41.903	.207	.767
A2	50.3667	38.930	.495	.748
A3	50.2667	41.306	.379	.758
A4	50.7667	40.323	.349	.758
A5	51.6667	38.851	.317	.761
A6	50.4667	40.326	.414	.755
A7	50.8667	40.533	.186	.773
A8	52.1667	38.351	.346	.759
A9	51.7333	36.340	.571	.737
A10	50.7000	39.390	.372	.756
A11	51.6000	37.766	.397	.754
A12	51.6000	36.524	.482	.745
A13	51.3333	40.920	.170	.774
A14	50.1333	41.637	.369	.760
A15	50.2000	40.441	.543	.751
A16	50.5333	39.292	.433	.752
A17	50.8667	41.292	.173	.771
A18	50.0667	41.651	.412	.759

Tabel di atas menggambarkan nilai koefisien masing-masing aitem dari variabel coping strategy dengan memperhatikan *Cronbach's Alpha if Item Deleted*, terdiri 18 aitem.

Tabel 4. Scale Statistics Coping Strategy

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
53.8667	43.982	6.63186	18

Tabel tersebut menunjukkan bahwa validitas dan reliabilitas dari skala coping strategy yang telah diujicobakan mencapai 0.768 Alpha Cronbach. Hal ini bermakna keabsahan dari skala yang digunakan dapat dipercayai karena koefisien angka mau mendekati nilai 1.0. Jumlah indikator sebanyak 18 aitem boleh digunakan semua. Koefisien mean rata-rata subyek adalah 53.8667 dan nilai variansinya 43.982.

2. *Drug Abuse Screening Test* oleh Skinner (1982), yang terdiri 28 aitem. Hasil validitas dan reliabilitas dijelaskan tabel di bawah ini.

Tabel 5. Reliability Statistics Penyalahgunaan Narkoba

Cronbach's Alpha	N of Items
.932	28

Tabel 6. Item-Total Statistics Penyalahgunaan Narkoba

No Aitem	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
A1	74.2000	244.855	.421	.932
A2	74.2667	243.789	.410	.932
A3	74.4333	236.185	.699	.928
A4	73.6000	253.766	.114	.936
A5	73.1667	243.523	.563	.930
A6	74.5667	233.082	.738	.927
A7	73.7667	241.633	.473	.931
A8	73.6667	248.368	.375	.932
A9	73.5000	244.741	.487	.931
A10	73.1333	241.016	.573	.930
A11	73.4333	244.461	.481	.931
A12	73.4000	237.766	.615	.929
A13	74.3667	245.206	.349	.933
A14	73.5333	235.499	.613	.929
A15	73.5333	236.740	.613	.929
A16	73.5667	237.357	.699	.928
A17	73.5333	237.568	.709	.928
A18	74.1000	236.369	.660	.928
A19	73.4333	239.289	.645	.929
A20	74.2000	235.890	.677	.928
A21	74.3667	242.378	.447	.932
A22	73.6000	241.766	.730	.928
A23	73.9000	241.610	.633	.929
A24	74.2000	239.821	.618	.929
A25	74.1000	239.541	.655	.929
A26	74.5667	243.840	.615	.930
A27	74.3000	241.183	.637	.929
A28	74.6667	242.092	.498	.931

Tabel menjelaskan mengenai koefisien reliabilitas pada setiap item penyalahgunaan narkoba yang terdiri 28 item, di mana pernyataan nilai koefisien yang diperhatikan pada *Cronbach's Alpha if Item Deleted*.

Tabel 7. Scale Statistics Penyalahgunaan Narkoba

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
76.6333	258.585	16.08058	28

Hasil uji coba yang telah dilakukan kepada 30 sampel diperoleh nilai keabsahan dari skala *Drug Abuse Screening Test* adalah 0.932 sangat dipercaya karena nilai koefisien hampir sempurna mencapai angka signifikansi 1.000 Alpha Cronbach. Hal ini berarti skala yang digunakan untuk mengetahui tingkat penyalahgunaan narkoba pada sampel penelitian sangat bagus untuk memberikan pengukuran dan penilaian terhadap keabsahan data.

Reliabilitas menunjukkan konsistensi hasil pengukuran suatu alat ukur. Hal ini ditunjukkan konsistensi skor yang diperoleh subyek yang diukur dengan alat yang sama. (Neuman, 2000; Suryabrata, 2000). Reliabilitas dinyatakan dalam koefisien reliabilitas (r_{xx}) dengan angka antara 0 sampai 1,00. Berdasarkan pengujian yang telah dilakukan di mana nilai koefisien variabel coping strategy adalah 0.768 alpha Cronbach dan Koefisien penyalahgunaan narkoba adalah 0.932 di mana kedua variabel tersebut masing-masing bergerak menghampiri 1.00 yang berarti keabsahannya dapat dipercayai.

7. Analisis Data

Data yang telah terkumpul dianalisis menggunakan beberapa analisis, dengan menggunakan program SPSS 16.00 for Windows, yaitu :

1. Analisis deskriptif untuk menjawab tujuan penelitian pertama.

2. *Multi Regression Analysis (Multivariate)* adalah digunakan untuk mengukur pengaruh dan sumbangsih terbesar *independent variabel* terhadap *dependent variabel*.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Setting Penelitian

A. Gambaran Umum Balai Rehabilitasi BNN Baddoka

Balai Rehabilitasi BNN Baddoka Makassar diresmikan pada tanggal 26 Juni 2012 yang bertepatan dengan Hari Anti Narkotika Internasional (HANI) oleh Prof. Dr. Boediono selaku Wakil Presiden Republik Indonesia. Balai Rehabilitasi BNN Baddoka terletak di Jalan Batara Bira No.IV Kompleks PU Baddoka, Kelurahan Bulurokeng, Kecamatan Biringkanaya, Kota Makassar, Provinsi Sulawesi Selatan, dan Letak Geografis 5°05'24.90'LS dan 119°30'27.09'BT. Balai Rehabilitasi BNN Baddoka Makassar berada di bawah naungan Badan Narkotika Nasional yang

beralamat di Jalan. MT. Haryono No.11 Cawang Jakarta Timur dan No Telepon/Fax (021) 80871566.

Berdiri di atas lahan seluas 7.563 m² dari luas tanah yang disiapkan 2,5 ha merupakan penyerahan hak pinjam pakai atas tanah milik Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan sesuai dengan surat keputusan Gubernur Provinsi Sulawesi Selatan Nomor 1232/IV/Tahun 2011. Balai Rehabilitasi BNN Baddoka Makassar mempunyai visi “Menjadi Pusat Layanan Terbaik dalam Bidang Rehabilitasi Penyalahgunaan Narkoba” Misi dari Balai Rehabilitasi BNN Baddoka Makassar adalah : 1). Memberikan layanan rehabilitasi secara terpadu dan profesional; 2). Mendidik dan mengembangkan sumber daya manusia dalam bidang pelayanan rehabilitasi; 3). Melakukan *Operasional Research* dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan rehabilitasi.

Balai Rehabilitasi BNN Baddoka Makassar memiliki sarana dan prasarana karena merupakan wujud nyata keseriusan antara Badan Narkotika Nasional dan Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan. Berikut ini daftar pemanfaatan lahan yang ada di Balai Rehabilitasi BNN Baddoka Makassar dapat dilihat tabel berikut :

Tabel 8. Daftar Pemanfaatan Lahan di Balai Rehabilitasi BNN

No	Jenis Penggunaan	Luas Area		Keterangan
		M ²	%	
1.	Gedung	7.563	30,25	
2.	Parkir	3.000	12,00	
3.	Jalan	6.400	25,60	
4.	RTH/Taman	7.437	29,75	
5.	Lapangan	600	2,40	
Total Luas		25.000	100	

Berdasarkan tabel di atas total luas area tanah yang ada di Balai Rehabilitasi BNN Baddoka Makassar seluas 25.000 m² dengan total luas bangunan 7.563 m² dengan kapasitas tampung 200 orang yang siap direhabilitasi. Sedangkan untuk lahan parkir dengan luas area lahan 3000 m² yang terdiri atas ruang parker roda empat 2500 m². Untuk luas ruang terbuka hijau atau taman sebesar 7.437 m² atau sebesar 29,75%. Sedangkan untuk lapangan olahraga bebas luas lahan sebesar 600 m². Ruang terbuka hijau di Balai Rehabilitasi BNN telah mencapai 7.437 m² atau 29,75% dengan jenis tanaman pohon mahoni, pohon trambesi, pohon ketapan, pohon mangga dll. Sedangkan untuk kelengkapan fasilitas bangunan yang ada di dalam Rehabilitasi BNN Baddoka terdiri atas :

- ✓ Bangunan Utama yang memiliki bangunan hingga lantai 3. Di lantai 1 Bangunan Utama terdiri atas : Ruang Lobby, Ruang Tunggu, Ruang X-ray, Ruang Radiologi, Ruang Laboratorium, Ruang Fisioterapi, Ruang Polijantung, Ruang Neurologi, Ruang Poli THT, Ruang EKG, Ruang EEG, Ruang Gigi, Ruang Psikologi, Ruang ICU, Ruang Dokter, Ruang Tindakan, Ruang Bedah, Ruang Observasi, Ruang Konsultasi, Ruang Pertemuan, Ruang Family Support Group / Family Conseling, Ruang Medical Record, Ruang Musik Kedap Suara, Ruang Production House, Ruang Perpustakaan, Ruang Panoramic, Ruang Komite Medic, Ruang Kantin, dan Ruang Taman. Manakala di lantai 2 pada bangunan utama digunakan untuk rehabilitasi baik pada phase primary pria, wanita dan phase re entry

wanita yang dilengkapi dengan saran tempat tidur, toilet, ruang cuci dan ruang jemur. Pada gedung ini juga dilengkapi dengan ruangan *medical record*, ruangan kepala balai, ruang sekretaris dan tamu, ruang rapat, ruang pertemuan, ruang perawatan, ruang konselor yang dilengkapi dengan pos jaga 24 jam. Pada lantai 3 juga diperuntukkan untuk para residen yang masuk pada phase detok, phase entry pria, phase re entru wanita, dan phase primary yang dilengkapi dengan tempat tidur, toilet, cuci dan tempat jemuran.

- ✓ Bangunan WorkShop, bangunan Half Way, bangunan Mes Karyawan, bangunan Rumah Dinas Dokter, bangunan Ruang Serba Guna, bangunan Guest House, bangunan Masjid, bangunan Gereja dan Pos Jaga.

B. Gambaran Penyelenggaraan Balai Rehabilitasi BNN Baddoka

Sebagai Unit Pelaksana Teknis Badan Narkotika Nasional, Balai Rehabilitasi BNN Baddoka Makassar berpartisipasi aktif dalam menangani pelayanan rehabilitasi dan bertekad untuk menjadi pusat pelayanan terbaik dalam rehabilitasi penyalahguna narkoba dengan mengutamakan nilai-nilai kesantunan yang dilandasi oleh semangat pengabdian diri dan berdasarkan pada penilaian obyektif yang tiada henti dan dapat dipertanggung jawaban. Berikut nilai-nilai yang ada di Balai Rehabilitasi BNN Baddoka Makassar :

- B:** *Best* (Menjadi pusat layanan terbaik dalam bidang rehabilitasi penyalahgunaan narkoba);

A : *Accommodating* (Membantu korban penyalahgunaan narkoba);

D : *Desent* (Mengutamakan nilai-nilai kesantunan)

D : *Dedication* (Pengabdian Diri)

O : *Objective* (Memberikan Penilaian yang objektif)

K : *Keep Going* (Terus Menerus)

A : *Accountable* (Dapat dipertanggungjawabkan)

Demi berjalannya proses rehabilitasi dengan baik dan profesional, Balai Rehabilitasi BNN Baddoka juga memberikan pelayanan medis maupun psikis bagi para residen (penyalahguna narkoba). Pelayanan medis yang dimaksud adalah Fisioterapi, foto USG, Laboratorium, Apotek, Medical Record, Ruang EEG, Ruang EKG, Poli Neurologi, Poli Penyakit Dalam, Poli Gigi, Ruang ICU, Ruang Perawat, Ruang Dokter, Ruang X-Ray, Ruang Radiologi, Ruang Bedah, Ruang IGD, Spot Chek. Sedangkan untuk pelayanan psikis yang dimaksud adalah Ruang Konseling dan Ruang Psikologi. Untuk menciptakan kualitas layanan rehabilitasi yang optimal Balai Rehabilitasi BNN Baddoka Makassar juga mempunyai tenaga-tenaga professional seperti 3 dokter spesialis, 3 dokter gigi, 5 dokter umum, 20 perawat, psikologi, apoteker, konselor, konselor agama, petugas laboratorium, dan beberapa staf umum, staf sosial, dan staf medis untuk membantu suatu program.

Dalam masa perencanaan dan pengembangan Balai Rehabilitasi BNN Baddoka Makassar juga bekerjasama dengan

Universitas Hasanuddin dalam penelitian dan peningkatan pelayanan rehabilitasi di BNN Baddoka Makassar dalam rangka melakukan upaya pencegahan, pemberantasan, penyalahgunaan dan peredaran gelap narkoba.

C. Kegiatan Balai Rehabilitasi BNN Baddoka Makassar

Demi terealisasinya visi misi yang optimal, Balai Rehabilitasi BNN Baddoka Makassar melakukan kegiatan seperti *Focus Group Discussion* (FGD) pada tanggal 08 April 2013 dengan tema “Dukungan Keluarga Dalam Rangka Pemulihan Penyalahgunaan Narkoba” dan *Focus Group Discussion* (FGD) yang dilaksanakan tanggal 16 Mei 2013 dengan tema “ Penanganan Bipolar Dengan Atau Tanpa Penyalahgunaan Narkoba ”.

2. Hasil Penelitian

Berdasarkan hasil analisis regresi dengan menggunakan program SPSS for Windows 16.00 . Analisis regresi digunakan untuk memprediksi pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikat. Analisis regresi juga dapat dilakukan untuk mengetahui kelinieritas variabel terikat dengan variabel bebasnya, selain itu juga dapat menunjukkan ada atau tidaknya data yang outlier atau data yang ekstrim. Sebelum dilakukan pengujian Analisis Regresi, dilakukan uji prasyarat yaitu uji normalitas.

A. Uji Prasyarat : Uji Normalitas

Tabel 9. Tests of Normality Variabel Penelitian

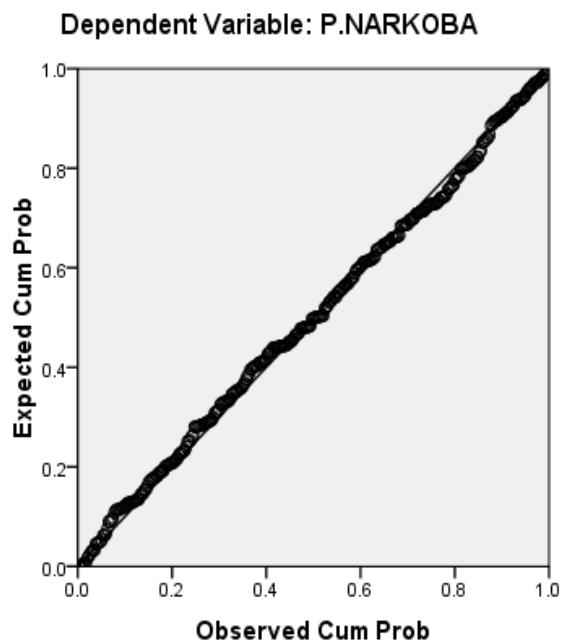
Variabel	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
P.NARKOBA	.048	329	.068	.988	329	.007
COPING	.087	329	.000	.969	329	.000

a. Lilliefors Significance Correction

Uji normalitas sebaran dimaksudkan untuk mengetahui normal atau tidaknya suatu subjek penelitian. Uji normalitas sebaran dalam penelitian dilakukan untuk menguji normalitas terhadap variabel coping strategy dan variabel penyalahgunaan narkoba . Teknik yang digunakan untuk menguji normalitas ketiga adalah melalui Teknik Kolmogorof-Smirnov dengan jasa komputer *Program SPSS for MS Windows release 10.0*. Kaidah yang digunakan untuk mengetahui normal tidaknya sebaran adalah jika nilai $p > 0,05$ maka sebarannya normal, dan jika nilai $p < 0,05$ maka sebarannya tidak normal. Hasil uji normalitas sebaran terhadap variabel coping strategy adalah Koefisien K-SZ atau nilai $p = 0,68$ ($p > 0,05$). Nilai menunjukkan bahwa sebaran data variabel ini adalah normal. Manakala variabel coping strategy adalah nilai K-SZ atau nilai $p = 0,00$ ($p > 0,05$). Nilai koefisien menunjukkan bahwa sebaran data variabel ini adalah tidak normal. Demikian juga jika dilihat pada hasil uji normalitas Shapiro-Wilk menunjukkan variabel penyalahgunaan narkoba nilai signifikansi $p = 0,07$ ($p > 0,05$) yang berarti nilai sebarannya normal sedangkan variabel coping strategy nilai signifikansi $p = 0,00$ ($p > 0,05$), yang bermakna nilai sebaran

subjek penelitian adalah tidak normal. Ringkasan hasil uji normalitas terhadap kedua variabel penelitian dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



Jika residual berasal dari distribusi normal, maka nilai-nilai sebaran data akan terletak sekitar garis lurus, terlihat bahwa sebaran data pada gambar diatas tersebar hampir semua pada sumbu normal, dapat dikatakan bahwa pernyataan normalitas sebaran penelitian terpenuhi.

B. Hasil Uji Hipotesis Berdasarkan Analisis Regresi

Tabel 10. Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
P.NARKOBA	73.7052	10.72955	329
COPING	52.6140	5.33167	329
J.KELAMIN	1.2036	.40332	329

Tabel tersebut menjelaskan bahwa rata-rata nilai penyalahgunaan narkoba dari 329 remaja adalah 73.705 dengan nilai standar deviasi 10.729. Sedangkan rata-rata nilai coping strategy ialah 52.614 dengan nilai standar deviasi 5.331.

Tabel 11. Correlations Antar Variabel

		P.NARKOBA	COPING	J.KELAMIN
Pearson Correlation	P.NARKOBA	1.000	.262	-.139
	COPING	.262	1.000	-.077
	J.KELAMIN	-.139	-.077	1.000
Sig. (1-tailed)	P.NARKOBA	.	.000	.006
	COPING	.000	.	.082
	J.KELAMIN	.006	.082	.
N	P.NARKOBA	329	329	329
	COPING	329	329	329
	J.KELAMIN	329	329	329

Tabel memperlihatkan bahwa besarnya pengaruh antara variabel penyalahgunaan narkoba dengan coping strategy adalah 0.262 hal ini berarti menunjukkan pengaruh positif. Manakala pengaruh antara penyalahgunaan dengan jenis kelamin adalah koefisien $-.139$ yang juga menunjukkan pengaruh yang negatif. Dengan kata lain bahwa terdapat pengaruh positif antara coping strategy dengan penyalahgunaan narkoba dan terdapat hubungan negatif antara jenis kelamin dengan penyalahgunaan narkoba atau tidak ditemukan adanya pengaruh antara jenis kelamin dengan penyalahgunaan narkoba.

Tabel 12. Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.288 ^a	.083	.077	10.30745

a. Predictors: (Constant), J.KELAMIN, COPING

Pengujian penelitian, secara statistik nilai R (koefisien korelasi berganda) gunanya untuk mengetahui keeratan hubungan antara variabel x1 dan x2 (secara simultan) terhadap peubah terikat (y). Nilai korelasi bisa bernotasi negative maupun positif, notasi ini mengindikasikan bentuk atau arah hunungan yang terjadi dengan mengikuti kriteria nilai korelasi pada tabel berikut (Mauludin, 2010).

Tabel 13. Nilai dan Kriteria Korelasi

No	Nilai R (korelasi)	Kriteria Hubungan
1	0	Tidak Ada Korelasi
2	0 – 0.5	Korelasi Lemah
3	0.5 – 0.8	Korelasi Sedang / Cukup Kuat
4	0.8 – 1	Korelasi Kuat
5	1	Korelasi Sempurna

Hasil analisis menunjukkan nilai R= 0.288, hal ini menunjukkan bahwa terdapat Korelasi lemah antara coping strategy (x1) dan jenis kelamin (x2) secara bersamaan terhadap penyalahgunaan narkoba (Y). Nilai R square (R²) juga disebut sebagai koefisien determinasi gunanya untuk mengetahui besarnya kontribusi peubah bebas (x) secara bersama didalam menjelaskan peubah terikat (Y). R Square juga dapat menunjukkan ragam naik atau turunnya peubah terikat (Y) yang diterangkan oleh pengaruh linier peubah bebas (X). Ukuran nilai R Square adalah $0 < R^2 < 1$, artinya semakin mendekati angka satu berarti garis regresi yang

terbentuk dapat meramalkan peubah terikat (Y) secara lebih baik menuju kesempurnaan (model fit). Dalam tabel model summary, nilai R2 sebesar 0.83bermakna bahwa varabel bebas dalam hal coping strategy dan jenis kelamin secara bersamasama menjelaskan variabel penyalahgunaan narkoba sebesar 54,4 %, sedangkan sisanya 45,6 % dijelaskan oleh variabel lain yang tidak diteliti dalam penelitian ini atau model penelitian. Semakin besar nilai R2 semakin menunjukkan ketepatan model yang telah disusun (model teori penelitian ini).

Tabel 14. Koefisien ANOVA^b

Model	Sum of Squares	Mean Square		F	Sig.
1 Regression	3124.999	2	1562.500	14.707	.000 ^a
Residual	34635.402	326	106.244		
Total	37760.401	328			

a. Predictors: (Constant), J.KELAMIN, COPING

b. Dependent Variable: P.NARKOBA

Nilai F statistic (biasa disebut Uji F) dan Nilai Sig. yaitu cara menarik kesimpulan untuk menerima atau menolak hipotesis dapat juga dilakukan dengan melihat nilai signifikansi atau nilai Sig pada table anova. Cara ini lebih mudah dan praktis yaitu cukup membandingkan antara nilai Sig tersebut dengan standar kesalahan atau alpha yang telah ditetapkan oleh peneliti. Biasanya peneliti menetapkan alpha 5 persen atau 0,05 walaupun untuk penelitian sosial alpha 10 persen pun masih ditoleransi. Dalam table anova terlihat nilai Sig sebesar 0.000 yang masih dibawah alpha sebesar 0,05, artinya semua obyek yang diamati (329 subyek) sesuai dengan model

yang ditetapkan. Jadi 329 remaja yang menjadi obyek pengamatan menjelaskan bahwa secara bersama-sama coping strategy dan jenis kelamin mempengaruhi penyalahgunaan narkoba pada remaja. Dua cara tersebut, yaitu membandingkan antara F stat dengan F table atau membandingkan Nilai Sig dengan Alpha.

3. Pembahasan Penelitian

A. Profil Subyek (PemakaiNarkoba)

Subyek penelitian sebanyak 329 remaja. Jenis Kelamin lelaki adalah 262 atau 79,64% remaja dengan spesifikasi (remaja awal umur 13-15 tahun adalah 26 atau 9,92 % , remaja pertengahan umur 16 – 19 tahun adalah 42 atau 16,0 % dan remaja akhir umur 20 - 24 tahun adalah 194 atau 74,05 % remaja). Jenis kelamin perempuan sebanyak 67 atau 21,36 % remaja dengan rincian (remaja awal adalah 5 atau 7,46 %, remaja pertengahan adalah 23 atau 34,33 %, dan remaja akhir adalah 39 atau 58.21 % remaja). Secara jelas dapat lihat tabel berikut.

Tabel 15. Profil Subyek Berdasarkan Jenis Kelamin

No	Jenis Kelamin	Usia	Jumlah	Persentase
1	Laki- laki	Remaja Awal, 13-15 tahun	26	9,92 %
		Remaja Tengah ,16-20 tahun	42	16 %
		Remaja Akhir, 21-24 tahun	194	74,05%
2	Perempuan	Remaja Awal, 13-15 tahun	5	7,46 %
		Remaja Tengah,16-20 tahun	23	34,33
		Remaja Akhir, 21-24 tahun	39	58,21

Secara umum dikatakan bahwa usia remaja akhir lebih banyak terlibat pada penyalahgunaan narkoba dan lebih dominan dilakukan oleh

remaja laki-laki yaitu sebanyak 79,64 %. Berdasarkan penelitian Mahmood Nazar Mohamed (2001) bahwa kebanyakan subyek terdiri dari lelaki yaitu 98.7% dan 1.3% perempuan. Ini menunjukkan mayoritas jenis kelamin yang terlibat penyalahgunaan narkoba adalah laki-laki. Hampir separuh subjek kajian berumur 20an yaitu 48.1%, diikuti subyek berusia 30an 24% serta belasan tahun (11.5%). Hal ini menunjukkan bahwa kebanyakan subyek terlibat dalam penyalahgunaan narkoba berasal dari remaja.

Remaja yang beragama Islam sebanyak 295 atau 89.67%. Beragama Kristen sebanyak 29 atau 8,81% (Protestan 25 dan Katolik 4). Remaja yang beragama Hindu adalah 4 atau 1,22%, dan beragama Budhha adalah 1 atau 0,30 % remaja. Subyek yang terlibat pada penyalahgunaan narkoba lebih banyak yang beragama Islam.

Tabel 16. Profil Resonden Berdasarkan Agama

No	Uraian	Jumlah	Persentase
1	Islam	295	89,67 %
2	Kristen	29	8,81 %
3	Hindu	4	1,22 %
4	Budha	1	0,30 %

Hal ini sejalan dengan penelitian yang telah dijalankan Mahmood Nazar Mohamed (2001). Rata-rata subyek adalah beragama Islam 94.9%, lalu Buddha 2.5% dan Hindu 1.3%. Data ini menunjukkan bahwa hampir keseluruhan subyek adalah beragama Islam.

Jika dilihat dari suku subyek, mereka yang bersuku Makassar sejumlah 106 atau 32,22%, suku Bugis adalah 159 atau 48.33 %, selanjutnya suku Mandar adalah 4 atau 1,21% dan Toraja atau 3 atau 0,91%, serta suku lainnya 57 atau 17, 33% (2 sunda, 2 bali, 2, cina, 4

gorontalo, 13 batak, 5 manado, 5 papua, 4 kalimantan, 6 jawa, 6 melayu, 1 ambon, 1 tolaki dan 7 remaja tidak diketahui sukunya).

Tabel 17. Profil Subyek Berdasarkan Suku

No	Uraian	Jumlah	Persentase
1	Bugis	159	48,33 %
2	Makassar	106	32,22 %
3	Mandar	4	1,21 %
4	Toraja	3	0,91 %
5	Lainnya	57	17,33 %

Pendidikan subyek sebelum rehabilitasi adalah tingkat Sekolah Dasar adalah 24 atau 7,29 % remaja, yang berasal dari Sekolah Menengah Pertama adalah 51 atau 15,50 %, tingkat Sekolah Menengah Atas adalah 186 atau 56,54%, yang sudah Kuliah adalah 26 atau 7,90 %, sedangkan yang tidak diketahui tingkat pendidikannya sebanyak 42 atau 12,77 % subyek penelitian.

Tabel 18. Profil Subyek Berdasarkan Tingkat Pendidikan

No	Uraian	Jumlah	Persentase
1	Sekolah Dasar	24	7,29 %
2	Sekolah Menengah Pertama	51	15,50 %
3	Sekolah Menengah Atas	186	56,54 %
4	Perguruan Tinggi	26	7,90 %
5	Tidak Diketahui	42	12,77 %

Sekolah asal subyek sebanyak 20 atau 6,08 % berasal dari Pesantren dan 296 atau 89,97 % remaja berasal dari Sekolah Umum sedangkan 13 atau 3,95 % remaja tidak diketahui latar belakang pendidikannya. Seperti penelitian yang telah dilakukan Mahmood Nazar Mohamed (2001) menemukan peringkat pendidikan lebih banyak pada Sekolah Menengah Atas (40.5%), diikuti dengan tingkatan Sekolah Menengah Pertama (26.6%) dan Sekolah Dasar 17.7%.

Tabel 19. Profil Subyek Berdasarkan Kategori Sekolah

No	Uraian	Jumlah	Persentase
1	Sekolah Umum	296	89,97 %
2	Pesantren	20	6,08 %
	Tidak Diketahui	13	3,95 %

Mengenai tempat tinggal subyek dibagi atas Luar Kota sebanyak 112 atau 34,04 % yang berasal dari Kota Makassar adalah 202 atau 61,40 %, dan yang tidak diketahui sebanyak 15 atau 4,56 % remaja.

Tabel 20. Profil Subyek Berdasarkan Lokasi Tempat Tinggal

No	Uraian	Jumlah	Persentase
1	Luar Kota	112	34,04 %
2	Kota Makassar	202	61,40 %
3	Tidak Diketahui	15	4,56 %

Subyek yang tinggal bersama orangtua mereka sebanyak 189 atau 57,45% remaja, yang hidup bersama Bapak saja adalah 9 atau 2,74 %, manakala yang hidup bersama ibu saja adalah 20 atau 6,07 % orang, yang tinggal bersama keluarga lain adalah 18 atau 5,47 % orang, yang tinggal di rumah kost sebanyak 57 atau 17,32 % orang, yang hidup sebagai suami istri adalah 12 atau 3,65 % orang, serta yang tidak diketahui keberadaan mereka sebanyak 24 atau 7,29 % subyek.

Tabel 21. Profil Subyek Berdasarkan Tempat Tinggal

No	Uraian	Jumlah	Persentase
1	Orangtua	189	57,45 %
2	Bapak	9	2,74 %
3	Ibu	20	6,07 %
4	Keluarga Lain	18	5,47 %
5	Kost	57	17,32 %
6	Suami/Istri	12	3,65 %
7	Tidak Diketahui	24	7,29 %

Subyek yang berasal dari keluarga utuh di mana kedua orang tua mereka masih hidup adalah 249 atau 75,68 %, remaja yang hanya memiliki

ayah atau ibu karena salah satunya sudah meninggal dunia adalah 17 atau 5,17 % remaja, yang berasal dari keluarga *broken home* adalah 43 atau 13,07 %, serta subyek yang tidak diketahui adalah 20 atau 6,08 % remaja. Data mengenai keluarga subyek sesuai penelitian yang telah dilakukan Mahmood Nazar Mohamed (2001) yang menunjukkan 62,2% subyek didapati tinggal bersama orangtua mereka. 12,2% subyek tinggal bersama Ibu dan 10% tinggal bersama keluarga masing-masing yaitu istri dan anak-anak.

Tabel 22. Profil Subyek Berdasarkan Latar Belakang Keluarga

No	Uraian	Jumlah	Persentase
1	Keluarga Utuh	249	75,68 %
2	Bapak/Ibu Meninggal	17	5,17 %
3	Broken Home	43	13,07 %
4	Tidak Tahu	20	6,08 %

Remaja yang memiliki kedua orangtua yang masih bekerja adalah 118 atau 35,87 %, remaja yang memiliki hanya Bapak yang bekerja adalah 142 atau 43,16 %, sedangkan hanya Ibu yang bekerja adalah 36 atau 10,94 %, manakala subyek yang mempunyai orangtua atau ibu bapak mereka tidak bekerja adalah 33 atau 10,03 %.

Tabel 23. Profil Subyek Berdasarkan Pekerjaan Orangtua

No	Uraian	Jumlah	Persentase
1	Orangtua Bekerja	118	35,87 %
2	Bapak Bekerja	142	43,16 %
3	Ibu Bekerja	36	10,94 %
4	Orangtua Tidak Bekerja	33	10,03 %

Subyek yang memiliki orangtua yang merokok sebanyak 31 atau 9,42 %, remaja yang hanya Bapaknya merokok adalah 181 atau 55,02 %,

sedangkan Ibu saja yang merokok adalah 3 atau 0,91 %, serta remaja yang memiliki Ibu bapak yang tidak merokok adalah 114 atau 34,65%.

Tabel 24. Profil Subyek Berdasarkan Orangtua Merokok

No	Uraian	Jumlah	Persentase
1	Orangtua Merokok	31	9,42 %
2	Bapak Merokok	181	55,02 %
3	Ibu Merokok	3	0,91 %
4	Orangtua Tidak Meroko	114	34,65 %

Data tentang subyek tidak merokok adalah 24 atau 7,29 %, subyek yang hanya peminum alkoholik adalah 12 atau 3,65 %, lalu subyek yang hanya merokok adalah 204 atau 62,01 % sedangkan subyek yang alkoholik dan merokok adalah 89 atau 27,05 % .

Tabel 25. Profil Subyek Berdasarkan Kebiasaan Merokok

No	Uraian	Jumlah	Persentase
1	Subyek Tidak Merokok	24	7,29 %
2	Subyek Alkoholik	12	3,65 %
3	Subyek Merokok	204	62,01 %
4	Subyek Merokok & Alkoholik	89	27,05 %

Jenis narkoba yang pertama kali disalahgunakan yaitu shabu-shabu sebanyak 190 atau 57,75 %, kemudian menggunakan ganja atau kanabis adalah 81 atau 24,62 %, yang memakai Inex atau extacy adalah 16 atau 4,86 %, remaja yang menyalahgunakan Heroin/Putaw adalah 8 atau 2,43%, yang memakai Pil Koplo adalah 2 atau 0,61 % sedangkan yang lain-lainnya adalah 32 atau 9,73 % (seperti miras, benzo, dextrosol, buxcon, somadil, thd, tramadol, metadon, kamblet).

Tabel 26. Profil Subyek Berdasarkan Jenis Narkoba Dikonsumsi Pertama Kali

No	Uraian	Jumlah	Persentase
1	Shabu-shabu	190	57,75 %
2	Ganja	81	24,62
3	Heroin	8	2,43 %

4	Koplo	2	0,61 %
5	Lain-lain	32	9,73 %

Berpedoman dar jenis narkoba yang pernah digunakan sesuai penelitian yang telah dilakukan Mahmood Nazar Mohamed (2001) bahwa hampir separuh subyek telah menggunakan narkoba jenis ganja 46.9% diikuti dengan heroin 34.2% dan morfina 15.2%, Ini menunjukkan bahwa ganja merupakan jenis narkoba utama yang diambil subyek.

Jenis narkoba yang disalahgunakan sebelum subyek direhabilitasi yakni Shabu- shabu sebanyak 229 atau 69,60 % , ganja adalah 51 atau 15,51 %, Heroin/Putaw adalah 19 atau 5,78 %, Extacy adalah 11 atau 3,34 %, Koplo adalah 3 atau 0,91 % dan Lain-lain adalah 16 atau 4,86 % (benzo, lem, obat-obat) remaja yang mengkonsumsinya.

Tabel 27. Profile Subyek Berdasarkan Jenis Narkoba yang Dikonsumsi Sebelum Rehabilitasi

No	Uraian	Jumlah	Persentase
1	Shabu-Shabu	229	69,60 %
2	Ganja	51	15,51 %
3	Heroin	19	5,78 %
4	Extacy	11	3,34%
5	Koplo	3	0,91 %
6	Lain-lain	16	4,86 %

Lamanya subyek menyalahgunakan narkoba yakni 1- 6 bulan adalah 32 atau 9,73 %, 7 - 12 bulan adalah 81 atau 24,62 %, remaja yang menggunakan narkoba selama 2 – 5 tahun adalah 116 atau 35,26 %, sepanjang 6 – 10 tahun remaja yang mengkonsumsi narkoba adalah 45 atau 13,68 %, subyek yang menyalahgunakan narkoba lebih dari 10 tahun adalah 29 atau 8,81% orang, sedangkan tidak mengetahui berapa lama memakai narkoba adalah 26 atau 7,90%.

Tabel 28. Profil Subyek Berdasarkan Lama Memakai Narkoba

No	Uraian	Jumlah	Persentase
1	1-6 Bulan	32	9,73 %
2	7-12 Bulan	81	24,62 %
3	2-5 Tahun	116	35,26 %
4	6-10 Tahun	45	13,68 %
5	Lebih dar 10 Tahun	29	8,81 %
6	Tidak Diketahui	26	7,90 %

Seperti penelitian yang telah dilakukan Mahmood (2001) menggambarkan bahwa lebih ramai subyek telah menggunakan narkoba untuk jangka lama yaitu selama dua tahun sebanyak 40.8% kemudian 21.1% yang menggunakan narkoba lebih dari dua tahun, dan 11.8% telah menagih narkoba selama setahun dan kurang dari tiga bulan.

B. Pengaruh Coping Strategy Terhadap Penyalahgunaan Narkoba

Berlandaskan penelitian dan hasil pengujian statistik yang telah dilakukan, ditemukan bahwa terdapat pengaruh antara *coping strategy* dengan perilaku penyalahgunaan narkoba pada remaja dengan nilai hasil *pearson correlation* adalah 0.262 dan nilai signifikansi $p= 0.00$ (kaedah yang digunakan adalah jika nilai $p<0.05$ maka kerelasi signifikan) yang menunjukkan adanya pengaruh positif. Artinya makin tinggi tingkat *coping strategy* maka semakin rendah perilaku penyalahgunaan narkoba pada remaja. Hal ini berarti hipotesis yang diajukan telah diterima yaitu bahwa terdapat pengaruh *coping strategy* terhadap penyalahgunaan narkoba.

Penelitian Mahmood, et.al (1999) telah menemukan faktor-faktor seperti teman sebaya (39.7%), perasaan rindu kepada narkoba (11.3%), masalah keluarga (7.5%), tidak mau kembali pulih (6.4%), masalah pribadi

(4.1%), dan mudah dapat bekalan (3.0%) sebagai penyebab pendorong berlakunya relaps pada bekas penghuni Pusat Serenti / rehabilitasi. Faktor tersebut dikategorikan sebagai faktor internal akibat kurang percaya diri seorang pecandu narkoba menolak pengaruh narkoba. Manakala faktor eksternal juga merupakan dorongan kuat seperti pengaruh rekan sebaya, banyak penyelidik dan pengawal pusat pemulihan percaya ia lebih tertakluk kepada daya tahan individu untuk berkata tidak kepada narkoba. Lebih lanjut mereka mengatakan relaps itu terkait dengan cara individu mengatasi tekanan dengan menggunakan coping strategy yang tepat.

Mahmood (2001) menyatakan *coping strategy* adalah suatu aktivitis-aktivitis yang dilakukan guna menjaga keseimbangan antara permintaan eksternal (*environmental demands*) dengan daya sumber pribadi (*personel resources*) guna menghindari diri mengalami pengaruh negatif. Carver et.al, (1989); Wills et.al (1996) mengatakan bahwa secara umum bentuk coping strategy terbagi atas dua yaitu strategi bentuk *engagement* yaitu cara yang ditempuh untuk mencari jalan penyelesaian dan strategi *disengagement* yaitu cara yang diarahkan untuk mencari kelegaan dari pengaruh yang bersifat negatif.

Coping strategy juga terkait dengan isu penyalahgunaan narkoba, khasnya coping strategy bentuk *disengagement* yang selalu dihubungkan dengan penyalahgunaan narkoba pada remaja. Manakala strategi *engagement* selalu dikaitkan dengan usaha menghindari narkoba dan kejayaan tidak menyalahgunakan lagi narkoba setelah direhabilitasi (Myers

& Brown 1990; Wills, et.al (1992). Hal ini memberikan makna jika seandainya jika para bekas penyalahguna narkoba mencari jalan kelegaan akibat tekanan yang dihadapi maka kemungkinan besar kelegaan itu berbentuk fisik. Sebaliknya jika cara menyelesaikan masalah yang dihadapi menjadi suatu keutamaan maka peluang mereka untuk memelihara status bebas narkoba akan semakin besar. Menurut Mahmood (2001) meskipun banyak orang tahu mengenai bahaya narkoba dan alkohol sebagai contoh seorang wanita yang sedang mengandung tetapi masih banyak orang yang akan terus menggunakannya. Orang seperti ini selalu menghadapi tekanan yang tinggi dan tidak menggunakan *coping strategy* yang sehat untuk menyelesaikan masalah, yang berarti mereka terus menggunakan narkoba karena tidak mengetahui cara mengatasi masalah. Oleh sebab itu mengapa *coping strategy* diperlukan untuk digunakan pada situasi yang penuh tekanan dan masalah.

Pengaruh latihan coping (*coping skills training*) terhadap penyalahgunaan kokain telah dilakukan Monti dan Rohsenow (1997) kepada 190 orang. Program dijalankan 12-steps model yang berdasarkan pada *Alcoholic Anonymous*. Hasil penelitian mendapatkan ternyata terdapat pengaruh positif latihan kemahiran coping dalam rawatan dengan penyalahgunaan kokain. Kekerapan subjek menggunakan kokain sepanjang tiga bulan berkurang berbanding mereka yang tidak mengikuti latihan ini. Kemahiran yang diperoleh penyalahgunaan kokain menghadapi situasi berisiko tinggi dapat dipelajari dalam waktu yang pendek. Pengaruh

pembelajaran coping dalam waktu singkat dapat mengurangi relaps (kondisi individu untuk kembali menyalahgunakan narkoba setelah dianggap sembuh) dalam subjek kajian.

Kirby dan Lamb (1995) melakukan penelitian mengenai situasi yang menyebabkan penggunaan kokain mendapati keadaan yang menstimulus subjek untuk kembali menyalahgunakan kokain yaitu adanya bekalan narkoba, mempunyai sumber keuangan, mendengar orang berbicara mengenai narkoba dan merasa bosan dengan hidup. Manakala mereka menggunakan bentuk coping strategy proaktif yaitu menghindari individu dan tempat yang mempunyai kokain, memberi uang kepada orang lain untuk disimpan, mendapatkan kaunseling dan menjalin persahabatan dengan orang yang tidak menagih narkoba. Strategi lain yang digunakan ialah menikah, mempunyai anak dan mengetahui pengaruh buruk dari menyalahgunakan narkoba.

Rumusan penelitian tersebut menggambarkan bahwa pecandu atau bekas yang menggunakan strategi coping strategy yang berbentuk adaptif, sangat membantu ke arah mengekalkan status bebas narkoba. Berdasarkan banyak penelitian terdahulu penyalahgunaan narkoba boleh disebabkan tekanan hidup dan penggunaan coping strategy yang tidak bersifat adaptif. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa seseorang yang sedang pulih dari ketagihan (*recovering drug addict*) sangat perlu diberikan dukungan dari pihak keluarga, masyarakat, rekan sebaya di samping mempergunakan coping strategy yang betul agar mereka tidak kembali

menyalahgunakan narkoba. Kajian Mahmood, Md Shuaib & Laimon (1999) menggambarkan 36% subyek gagal bertahan relaps selepas dua minggu mereka keluar dari pusat pemulihan. Persoalan yang timbul adalah adakah mereka gagal karena disebabkan pengaruh luaran yang terlalu kuat untuk menggunakan lagi narkoba atau daya tahan termasuk *coping strategy* mereka tidak kuat.

Hasil penelitian yang telah dilakukan memberikan gambaran bahwa penyalahgunaan narkoba dapat diminimalkan bahkan dihindari jika remaja mengimplementasikan kompetensi psikologis mereka seperti coping strategy. Makin tinggi tingkat coping strategy individu maka semakin kecil pula peluangnya untuk menyalahgunakan narkoba.

C. Penyalahgunaan Narkoba Berdasarkan Jenis Kelamin

Perbedaan jenis kelamin antara lelaki dan perempuan dalam hal penyalahgunaan narkoba juga mempengaruhi perilaku mereka. Saat ini tren data menunjukkan bahwa kasus kesenjangan gender dalam penggunaan narkoba terus menyusut di remaja (Johnston, et. al., 2007). Penggunaan narkoba hampir sama untuk lelaki dan perempuan (*National Institute on Drug Abuse*, 2006). Pada kasus tertentu, penggunaan narkoba pada perempuan melebihi teman lelaki mereka. Perempuan menggunakan inhalansia, amfetamin, methamphetamine, obat penenang, rohypnol, dan rokok melebihi lelaki (Wallace, et. al., 2003). Schwinn et al. 2010 mengatakan bahwa sangat mengkhawatirkan ternyata tingkat penggunaan

narkoba perempuan lebih dua kali lipat dari lelaki sejak sekolah menengah sampai perguruan tinggi.

Prasetyo (2010) bekerjasama Pusat Penelitian Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia di 13 provinsi di Indonesia. Menilai adanya pengaruh gender pada kelangsungan penggunaan narkoba. Hasil penelitian yaitu 92% pengguna narkoba lelaki lebih banyak daripada perempuan; 99% subjek merokok semasa masih belajar. Separuh daripada subjek menyatakan mengguna narkoba semasa mula merokok sekitar 1-2 tahun. Perbedaan penggunaan narkoba sepanjang hidup, setahun dan sebulan, mencerminkan adanya kelangsungan penggunaan narkoba, ada yang berhenti dan ada yang lanjut.

Back, et.al pada tahun 2011 membandingkan karakteristik demografi, keparahan penggunaan narkoba, dan daerah terkait lainnya . Perbedaan gender penting di profil klinik opioid tergantung individu diamati berkaitan dengan keparahan penggunaan narkoba, keinginan, kondisi medis, dan penurunan fungsi bidang terkait. Hasil penelitian dapat meningkatkan, memahami karakteristik dari pengobatan mencari pria dan wanita dengan ketergantungan opioid, dan berguna dalam meningkatkan identifikasi, pencegahan, dan upaya pengobatan ini.

Hasil penelitian yang telah diperoleh ini tidak sejalan dengan penelitian Afandi, et al (2008) mengkaji faktor risiko penyalahgunaan obat pada pelajar SMA. Subyek 210 pelajar di Pekanbaru. *Drug Abuse Screening Test (DAST-10)* mengukur tingkat penyalahgunaan obat dan

faktor berisiko. Hasil menunjukkan bahwa 67.2 % subyek tidak bermasalah dalam penyalahgunaan obat. Penelitian menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara jenis kelamin, tempat tinggal dengan ibu bapa, prestasi akademik, mempunyai teman yang merokok dan mengikuti kegiatan ekstra kurikuler dengan tingkat penyalahgunaan obat. Penelitian Folkman & Lazarus (1985) menemukan laki-laki dan perempuan sama-sama menggunakan kedua bentuk *coping strategy* yaitu *emotion focused coping* dan *problem focused coping*. Pendapat berbeda Billings dan Moos (1984) menjelaskan wanita lebih cenderung berorientasi pada emosi manakala lelaki lebih berorientasi pada tugas sehingga wanita lebih sering menggunakan *emotion focused coping*.

Penyalahgunaan narkoba yang dilakukan para remaja berdasarkan jenis kelamin yaitu laki-laki dan perempuan tidak mempengaruhi perilaku mereka, hal ini didasarkan pada hasil penelitian yang menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh antara laki-laki dan perempuan terhadap penyalahgunaan narkoba.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dapat dirumuskan kesimpulan yaitu :

1. Ditemukan berbagai macam profil subyek yang menyalahgunakan narkoba yang diperoleh dari hasil deskripsi.
2. Terdapat pengaruh *coping strategy* terhadap penyalahgunaan perilaku penyalahgunaan narkoba pada remaja dengan nilai hasil *pearson correlation* adalah 0.262 dan nilai signifikansi $p = 0.00$ (kaedah yang digunakan adalah jika nilai $p < 0.05$ maka kerelasi signifikan) yang menunjukkan adanya pengaruh positif. Artinya makin tinggi tingkat *coping strategy* maka semakin rendah perilaku penyalahgunaan narkoba pada remaja. Hal ini berarti hipotesis yang diajukan telah diterima yaitu bahwa terdapat pengaruh *coping strategy* terhadap penyalahgunaan narkoba.
3. Tidak terdapat pengaruh penyalahgunaan narkoba berdasarkan jenis kelamin pada remaja dengan nilai hasil *pearson correlation* adalah -0.139 dan nilai signifikansi $p = 0.060$ (kaedah yang digunakan adalah jika nilai $p > 0.050$ maka korelasi tidak signifikan) yang bermakna menunjukkan adanya pengaruh negatif. Hal ini berarti hipotesis yang diajukan tidak diterima iaitu tidak ditemukan adanya pengaruh penyalahgunaan narkoba berdasarkan jenis kelamin antara remaja laki-laki dan perempuan.

B. Implikasi Penelitian

Berlandaskan hasil penelitian yang diperoleh, diharapkan kepada:

1. Para remaja untuk mengaplikasikan kompetensi psikologis yang ada pada diri mereka seperti coping strategy jika dihadapkan pada persoalan hidup agar terhindar dari perilaku antisosial seperti penyalahgunaan narkoba.
2. Kepada pemerintah hendaknya memberikan bimbingan dan penyuluhan kepada masyarakat khususnya kepada para remaja mengenai pengetahuan tentang bahaya narkoba dan efek yang ditimbulkan dari penyalahgunaan narkoba.
3. Kepada pengambil kebijakan dalam bidang pendidikan, hendaknya memberlakukan kurikulum “perilaku berisiko pada remaja terutama bahaya penyalahgunaan narkoba” pada setiap lembaga pendidikan dari pendidikan Sekolah Dasar sampai ke peringkat Universitas.
4. Kepada peneliti selanjutnya untuk memperluas obyek kompetensi psikologis selain dari *coping strategy* yang merupakan potensi yang dimiliki setiap individu sehingga mereka dapat mengontrol perilakunya untuk tidak terlibat pada penyalahgunaan narkoba. Sampel penelitian tidak dibatasi pada remaja saja sehingga kesimpulan yang diperoleh dapat digeneralisasikan karena penyalahgunaan narkoba tidak membatasi usia korbannya.

DAFTAR PUSTAKA

- Abrams, Gina Baral, M.P.H., M.S.W., et al. 2011. Failure of College Students to Complete an Online Alcohol Education Course as a Predictor of High-Risk Drinking That Requires Medical Attention. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 37:515–519.
- Afandi, dkk. 2008. Tingkat Penyalahgunaan Obat dan Faktor Risiko di Kalangan Pelajar Sekolah Menengah Atas. *Laporan Penelitian*. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Fakultas Kedokteran Universitas Riau.
- Ahern, N. R., Ark, P., & Bayers, J. 2008. Resilience dan Coping strategies in Adolescents. *Paediatric Nursing*. 20 (10), 32-36.
- Ahmadi, A. 1991. *Sosiologi Pendidikan*, Jakarta : PT Rieneka Cipta.
- Ainol Farilah. 2010. Ketahanan Diri dan Tahap Pengetahuan tentang Bahaya Narkoba dalam Kalangan Remaja Sekolah. *Skripsi*. Selangor : Universiti Kebangsaan Malaysia.
- Ajzen, I. 1988. *Attitude, Personality and Behaviors*. Bucingham : Open University Press.
- Al Ahmady, A.A.N. 2000. Narkoba. Ihdzaru Al Mukhaddiraat. Penerjemah. Fadhli. B. Jakarta : Darul Falah.
- Aldwin & Yancura. 2004. *Coping. Encyclopedia of Applied Psychology* Vol. 1. 508.
- Aldwin, C.M., & Revenson, T.A. 1997. Does Coping Health? A Reexamination of the Relation between Coping and Mental Health. *Journal of Personality and Sosial Psychology*. Vol. 53. 2, 337 – 348.
- Amirkhan, J.H. 1994. Criterion Validity of a Coping Measures. *Journal of Personality Assesment*. Vol. 62. 242 – 261.
- Anonim.2010."JenisNarkoba".[online].<http://mengerjakantugas.blogspot.com/2009/02/jenis-narkoba.html> .diakses tanggal 7 juli 2010.
- Arnett, J.J. 1990. Adolescent Storm and Stress, Reconsidered. *American Psychologist*, 54, 317-326.
- A.R. Arokiaraj, R. Nasir, W.S. Wan Shahrazad. 2011. Gender Effects on Self Esteem, Family Functioning, and Resilience Among Juvenile

- Delinquents in Malaysia. *Pertanika Journal of Social Scinces and Humanities*. Vol. 19 (S) , 1-8.
- Ashrafioun Lisham, M.A., at. all. 2011. Parental Prescription Opioid Abuse and the Impact on Children. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 37:532–536.
- Asrori. 2008. *Perkembangan Peserta Didik*. Pontianak : Untan Press
- Azizi Yahya & Mohd Sofie Bahari . 2010. Gaya Asuhan Ibu Bapa Remaja Terhadap Tingkah Laku. Skudai : Universiti Teknologi Malaysia.
- Azwar, Saifuddin . 2005. *Sikap Manusia “Teori dan Pengukurannya”*. Edisi II. Yogyakarta : Pustaka Pelajar Offset.
- Back, Sudie E., at.all. 2011. Comparative Profils of Men and Women with Opioid Dependence : Results from a National Multisite Effectiveness Trial. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 37:313–323.
- Badan Narkotika Nasional Republik Indonesia. 2006. *Hasil Survey Nasional Penyalahgunaan dan Peredaran Gelap Narkoba pada Kelompok Pelajar Dan Mahapelajar di 33 Propinsi di Indonesia tahun 2006*.
- Badan Narkotika Nasional Republik Indonesia. 2011. Data Kasus Narkoba di Indonesia 11 Tahun Terakhir. Jakarta
- Baumeister, R.F & Bushman, B.J. 2011. *Social Psychology and Human Nature*. Second Edition. USA : Wadworth Cengage Learning.
- Berzonsky, M.D. 1981. *Adolescent Development*. New York : Mac Millan. Publishing Co., Inc
- Brody, S.L. 1990. Violence Associated with Acute Cocaine Use in Patients Admitted to a Medisal Emergency Departement.. *Drugs and Violence : Causes, Correlates and Consequences*. NIDA Research Monograph, 103 : 43-58.
- Carver, C.S., Scheir, M.F., & Wientraub, J.K. 1989. Assessing Coping Strategies : A Theoritically Based Approach. *Journal of Personality and Sosial Psychology*, Vol. 56, No. 2, 267 – 283.
- Chaplin, J.P. 2004. *Kamus Lengkap Psikologi*, (Terjemahan Kartini dan Kartono). Jakarta : Raja Grafindo Persada.
- Cohen, L & Manion, L. 1985. *Research Methods in Education*. London : Croom-Helm

- Coyne, J., Aldwin, C., & Lazarus, R. 1981. Depression and Coping In Stressfull Episodes. *Journal of Abnormal Psychology*. Vol. 50, No. 2, 234-254.
- Creswell, J.W. 2008. *Qualitative Inquiry and Research Design Choosing Among Five Tradition*. Thousand Oaks . CA : Sage.
- Daradjat, Z. 1993. *Ilmu Jiwa Agama*. Jakarta : Bulan Bintang.
- Don, Y., & Mohamed, M.N. 2002. Pecanduan Narkoba dan Perlakuan Jenayah : Pengaruh Faktor Psikososial dan Institusi. *Jurnal Psikologi Malaysia* 16:5 74.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 1991. Pemuda dan Narkoba. Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2000. *Laporan Tahunan Kunjungan Pasien Rawat Jalan dan Rawat Inap Rumah Sakit Ketergantungan Obat*. Jakarta.
- Depdikbud. 1988. *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Jakarta : Balai Pustaka.
- Departemen Sosial RI. 2007. *Data Kesejahteraan Sosial*. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kesejahteraan Sosial.
- Fagan, R. 2006. Counseling and Treating Adolescents with Alcohol and Other Substance Use Problems and Their Family. *The Family Journal : Counseling Therapy for Couples and Families*. Vol. 14. No. 4. 326-333. Sage Publications. Diakses melalui <http://tfj.sagepub.com/cgi/reprint/14/4/326> pada 5 Oktober 2012.
- Fauziah, I., et.al. 2011. The Role of Family Towards Current Adolescent Challangers : Drugs Prevention and Living Without Drugs. *Medwell Journals, The Social Siences* 7 (2), 341-345.
- Fauziah, I., Bahaman, A.S., Subhi, N. 2011. The Effectiveness of Narcotics Rehabilitation in Malaysia. *World Applied Sciences Journal* (Special Issue of Social and Psychological Sciences for Human Development. 74-79.
- Folkman, S. & Lazarus, R. 1985. If it Changes it Must be a Process: A Study of Emotion and Coping During Three Stages of a College Examination. *Journal of Personality and Sosial Psychology*. No. 48, 150-170.

- Folkman, S. 1984. Personal Control and Stress and Coping Processes: a Theoretical Analysis. *Journal of Personality and Sosial Psychology*. Vol. 46, No. 40, 839-858.
- Folkman, S. & Lazarus, R. 1984. *Stres Appraisal & Coping strategy*. New York: Springer Publishing.
- Folkman, S., Lazarus, R., Gruen, R.J., & Logis, A. 1986. Appraisal, Coping Strategy, Health Status, and Psychological Symptoms. *Journal of Personality and Sosial Psychology*. Vol. 50, No. 3, 571-579.
- Frankel, J.R., & Wallen, N.E. 2007. How to Design and Evaluate Research in Education. 6th ed. Boston, MA : Allyn and Bacon.
- Frydenberg, E. and Lewis, R. 1993. *Adolescent Coping Scale. Administrator's Scala*. Australia : the Australian Council for Educational Research Ltd.
- Furhmann, B.S. 1990. *Adolescence-Adolescence*. Second Edition. Illinois : Scott Foresman and Company.
- Gardon, T. 1994. *Menjadi ibu bapa efektif*. Jakarta : Gramedia.
- Gilbert, J & Pope, M. 1990. *Doing Research in Teaching and Learning*. United Kingdom : University of Surrey.
- Greenglass, E., Fiksenbaum, L., & Eaton, J. 2006. The Relationship between Coping, Sosial Support, Functional Disability and Depression in the Elderly. *Journal Routledge Taylor and Francis Group*. Vol. 19, No. 1, 15-31.
- Greenwald, S. 2000. Religiosity and Substance Use and Abuse among Adolescents Sexual Behavior in the National Comorbidity Survey. *Journal of American Academyc of Child and Adolescent Psychiatry*, 39 (9): 1190-1197.
- Greenfield Shelly F., at. all. 2011. Gender Research in the National Institute on Drug Abuse National Treatment Clinical Trials Network: A Summary of Findings. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 37:301–312.
- Hadjam, N. 1988. Koordinasi dalam Rangka Penyuluhan Penanggulangan Narkoba. Proyek Pembinaan Kesejahteraan Sosial Tahun Anggaran 1987/1988. *Laporan Pelaksanaan Penelitian*. Yogyakarta : Biro Bina Sosial.

Handoyo, R.T., Rusli, E. 2008. Hubungan Komitmen Beragama dengan Intensi Berhenti Menyalahgunakan Narkoba Pasca Program Rehabilitasi. *Jurnal Psikologi Sosial*, Vol. 14. No. 03.

Hasselt, V.B & Hersen, M. 1987. *Handbook of Adolescent Psychology*. UK : Pergamon Press.

Hart, C.I., Ksir, C., Ray, O. 2009. *Drugs, Society, and Human Behavior*. Ed. Thirth. New York : McGraw Hill.

Haryono Bambang, 2009. Kebijakan Formulasi Sanksi Pidana Terhadap Pelaku Tindak Pidana Narkoba di Indonesia. *Tesis*. Semarang : Universitas Diponegoro.

Hawari, D. 2004. *Penyalahgunaan dan Ketergantungan NAZA (Narkotika, Alkohol, dan Zat Adiktif)*. Jakarta: FK. Universitas Indonesia.

Heiman, Tali. & Kariv, Dafina. 2005. Task Oriented Versus Emotion Oriented Coping strategies:The Case of College Students. *Journal College Student*.Vol.39.1.72.

Herman, R.M.J. 2005. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Peyalahgunaan (Napza, Narkotika & Zat Adiktif) Dikalangan Siswa SMU. Hasil Penelitian Pusat Penelitian dan Pengembangan Farmasi, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI, Jakarta. *Cermin Dunia Kedokteran* No. 149.

<http://metro.kompasiana.com/2011/06/26/indonesia-bebas-narkotika-pada-tahun2015/15Agustus2011>,

<http://www.google.com/search?q=%27kodein%2Camfetamin%2Cpentobarbital%2Cflunitrazepam%2Cdiazepam%2C+bromazepam%2C&tbm=isch&hl=id&imgsz=&imga>

<http://www.google.com/search?q=jenisjenis+narkotika%2C+psikotropika%2C+dan+obat+berbahya+lainnya> .

<http://rikamotota.wordpress.com/2008/07/07/permasalahan-dadah-yang-mendunia/>

<http://sugiartoagribisnis.wordpress.com/2010/10/06/penyalahgunaan-narkoba-akibat-kenakalan-remaja/> ,

Hurlock, E. B. 1980. *Developmental Psychology, a Life-Span Approach*. Fifth Edition, New York : Mc Graw-Hill. Inc.

- Ismail, W. 2010. Korelasi antara Tingkat Religiusitas dengan Aplikasi Konseling Terhadap Perilaku Penyalahgunaan Narkoba Pelajar SMAN. *Lentera Pendidikan* Vol 13, No. 2 . 121-133.
- Johntson LD, O'Malley PM, Bachman JG, Schulenberg JE. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse; 2007. *Monitoring the Future national results on adolescent drug use: Overview of key findings*, 2006. (NIH Publication no. 07-6202).
- Kalimo. 1987, *Psychosocial Factors at Work and Their Relation to Health*. Geneva :World Health Organisation.
- Kamisah, Yusof, et.al. 2011. *Farmakologi Narkoba Disalahguna*. Cetakan Kedua. Negeri Sembilan : Universiti Sains Islam Malaysia
- Khaidzir Ismail dan Khairil Anwar. 2005. Kepribadian dan Tingkah Laku Kriminal di Kalangan Remaja : Suatu Perspektif Psikologi Perkembangan. *Journal Anima Indonesian Psychological*. Vol. 20, No.4, 313-329.
- Khaidzir Ismail. 2011. Remaja dan Masalah Keremajaan. *Artikel PsikologiRemaja*. Malaysia : Utusan Malaysia. 22 Julai.
- Kirby, K.C., & Lamb, R.J. Situations Occasioning Cocaine Use and Cocaine Abstinence Strategies. *Addiction*. 90, 9, 1241-1253.
- Korte, Jeffrey E., at.all. 2011. Assessing Drug Use during Follow-Up: Direct Comparison of Candidate Outcome Definitions in Pooled Analyses of Addiction Treatment Studies. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 37:358–366.
- Kuntari, S. 2011. Menyingkap Tabir Penyebab dan Dampak Penyalahgunaan Narkoba. *Jurnal PKS Vol. 10, No. 4, Desember 2011; 409 - 425*
- Lindblad, Robert., M.D., F.A.C.E.P., at.all. 2011. Strategies for Safety Reporting in Substance Abuse Trials. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 37:440–445, 2011
- Lopez, S.J., Snyder, C.R. 2003. *Positive Psychological Assesment, a Handbook of Models and Measures*. Washington D.C : American Psychology Association.
- Mahmood, N.M., Shuaib Che Din., Lasimon Matokrem, Rusli Ahmad & Muhamad Dzahir Kasa. 1999. *Penagihan Dadah dan Resividisme :*

Aspek-aspek Psikososial dan Persekitaran. Sintok : Pusat Penyelidikan dan Perundingan, Universiti Utara Malaysia.

Mahmood, N.M. 2001. Perubahan Strategi Daya Tindak Dalam Pusat Pemulihan : Penelitian Enam Bulan. *Jurnal Psikologi Malaysia*. 15, 89-118.

Monks, F.J., Knors, A.M.P., Haditono, Siti Rahayu, 1989. *Psikologi Perkembangan : Pengantar dalam Berbagai Bagiannya*. Yogyakarta : Gadjah Mada University Press.

Mantra, I.B. 2004. *Filsafat Penelitian dan Metode Penelitian Sosial*. Jogjakarta: Pustaka Pelajar.

Mauludin, H. 2010. Modul Pengolaan Data SPSS. Metode Penelitian dan Pengolahan Data Penelitian. hanif@stie.mce.ac.id.

McWhirter, J.J., McWhirter B.T., McWhirter, E.H., & McWhirter, R.J. 2007. *At Risk Youth : A Comprehensive Response for Counselors, Teachers, Psychologists, and Human Services Professionals*. 4th Edition. United States of America : Thomson Brooks/Cole.

Myers, M.G., & Brown, S.A. 1990. Coping and Appraisal in Potential Relapse Situation among Adolescent Substance Abusers Following Treatment. *Journal of Adolescent Chemical Dependency*, 1, 95-115.

Monks, F.J., Knors, A.M.P., Haditono, Siti Rahayu, 1989. *Psikologi Perkembangan : Pengantar dalam Berbagai Bagiannya*. Yogyakarta : Gadjah Mada University Press.

Monti, P.M., & Rohsenow, D.J., 1997. Brief Coping Skills Treatment For Cocaine Abuse : Substance Use Outcomes at Three Months. *Addiction*. 92, 12, 1717-1729.

Narbuko, C., & Achmadi, A. 2004. *Metodologi Penelitian*. Jakarta: PT. Bumi Aksara.

National Institute on Drug Abuse. US Department of Health and Human Services; 2006. NIDA INFO Facts. Retrieved February 20, 2009 from <http://www.drugabuse.gov/pdf/infofacts/HSYouthTrends06.pdf>.

Nuzuliah, E. 2005. Pengaruh Perilaku Beragama dan Nilai Sosial Obat terhadap Intensi Penyalahgunaan Obat pada Remaja. *Skripsi*. Malang : Universitas Negeri Malang.

- Owens Karen, B. 2002. *Child and Adolescent Development, An Integrated Approach*. USA: Wadsworth/Thompson Learning.
- Parker, K.R. 1986. Coping in Stressfull Episodes : The Role of the Individual Differences, Enviromental Factor and Situasional Characteristic. *Journal of Personality and Sosial Psychology*. Vol. 51. 6 : 1277-1292.
- Pramadi, A. & Lasmono, H. K. 2003. Koping Stres Pada Etnis Bali, Jawa, dan Sunda. *Indonesian Psychological Journal. Anima*. Vol. 18, No. 4, 326- 340.
- Postel, Marloes G., at.all. 2011. Characteristics of Problem Drinkers in E-therapy versus Face-to-Face Treatment. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 37 : 537 – 542.
- Pope, Sandra K., at. all. 2011. Characteristics of Rural Crack and Powder Cocaine Use : Gender and Other Correlates. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 37 : 49 1– 496.
- Poerwadarminta, W.J.S. 1976. Kamus Umum Bahasa Indonesia. Jakarta : Balai Pustaka.
- Purba Rani, S. P., Saragih, J. I. 2011. Dinamika Faktor- faktor Resiliensi pada Mantan Pecandu Narkoba. *Skripsi*. Medan: Universitas Sumatra Utara, Fakultas. Psikologi.
- Ratnasingam, M., Rahman, .W.R.A. 1990. Perkembangan Skala Penggunaan Narkoba dalam Penelitian Pergantungan Narkoba. *Jurnal Psikologi Malaysia* 6, 103-118.
- Rice, P.L. (1999). *Stress and Health*. Pacific Grove, CA: Brooks / Cole Publishing Company.
- Resick, P.A. 2001. *Stress & Trauma*. United Kingdom. Psychology Press Ltd.
- Rey, J. 2002. *More than Just the Blues : Understanding Serious Teenage Problems*. Sydney : Simon & Schuster. Sadar Hati Foundation. 2012. Materi Seminar 'Bahaya Penyalahgunaan Narkoba'. Malang
- Santrock, Jhon. W. 2007. *A tropical Approach to Life-Span Development*, Third Edition. New York: The McGraw-Hill Companies, Higher Education.
- Sarwono, S.W. 2008. *Psikologi Remaja*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.

- Seputar Indonesia, 19 Maret 2008. *Drug, Seks Dan Disfungsi Ereksi*. Jakarta.
- Seputar Indonesia, 15 April 2008. *Berantas Penyalahgunaan Narkoba*. Jakarta.
- Smet, B. 1994, *Psikologi Kesehatan*. Jakarta: PT. Gramedia Widiasarana Indonesia
- Soyka, Michael, M.D., et.al. 2011. A Comparison of Cognitive Function in Patients Under Maintenance Treatment with Heroin, Methadone, or Buprenorphine and Healthy Controls: An Open Pilot Study. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 37:497–508.
- Spangenberg, J.J., & Theron, J.C. 1998. Stress in Coping strategies in Spouses of Depressed Patients. www.Question.com.
- Sprilio, A., & Stark, J. 1993. Stressor and Coping strategies Described During Hospitalization by Chronically Ill Children. *Journal of Clinical Child Psychology*. Vol.12, 5. 234.
- Sucahya, et.al. 2010. Survey Narkoba Rumah Tangga Tahun 2010. *Laporan Penelitian*. Jakarta : Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia Badan Narkotika Nasional Republik Indonesia
- Supramono. G. 2004. *Hukum Narkoba di Indonesia*. Jakarta : Djambatan.
- Suryabrata, S. 2002. *Metodologi Penelitian*. Jakarta : PT. Raja Grafindo Persada.
- Syafii, A. bekerjasama dengan Balitbangda Provinsi Sulawesi Tengah dan TimPeneliti Universitas Tadulako. 2009. *Media Litbang Sulteng* 2 (2) : 86 – 93.
- Syamsi Ibnu, et.al. 2007. Model Rehabilitasi Penyandang Korban Narkoba Melalui Sinergi Pemberdayaan Masyarakat. *Laporan Penelitian*. Yogyakarta : Lembaga Penelitian Universitas Negeri Yogyakarta.
- Taib., A.G. 2010. *Narkoba Strategi dan Kawalan di Sekolah – Sekolah*. Cetakan Ketiga. Dewan Bahasa dan Pustaka. Kuala Lumpur : Dawama, Sdn. Bhd.
- Tam, C. L., & Foo, Y.C. 2012. Contributory Factors of Drug Abuse and the Accessibility of Drugs. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*. School of Medicine

and Health Sciences, Monash University Sunway Campus. Malaysia. Selangor Darul Ehsan. Vol. 4. No. 9.

Taylor, S.E. 2003. *Health Psychology*. International Edition. Singapore:McGraw Hill Book Co.

Throop, R.K. & Castellucci, M.B. 2005. *Reaching Your Potential Personal, Personal and Professional Development*. Third Edition. USA: Thomson Delmar Learning.

TIM Penyusun Kamus Pusat Pembinaan dan Pengembangan Bahasa, Kamus Besar, 1988. Jakarta : Balai Pustaka, Cet. Ke-1, h. 692

Tracy, Kathlene., et al. 2011. Utilizing Peer Mentorship to Engage High Recidivism Substance-Abusing Patients in Treatment. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 37: 525 –531.

Tros Susan., et al. 2011. NIDA's Clinical Trials Network: An Opportunity for HIVResearch in Community Substance Abuse Treatment Programs. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 37 : 283 – 293.

Undang-Undang Republik Indonesia No. 35 Tahun 2009 Tentang Narkotika.

Undang-Undang Republik Indonesia No. 5 Tahun 1997 Tentang Psikotropika.

Undang-Undang Republik Indonesia No. 22 Tahun 1997 Tentang Narkotika.

Wallace J.M, Bachman JG, O'Malley PM, Schutenberg JE, Cooper SM, Johnston LD. *Gender and ethnic differences in smoking, drinking and illicit drug use among American 8th, 10th, and 12th grade students, 2000*. *Addiction*. 2003;8:225–234.

Watts, W.D. & Wright, L.S. 1990. The Drugs Use Violence Delinquency Link among Adolescent Mexican-American. *Drugs Violence : Causes, Correlates and Consequences*. NIDA Research Monograph.103 : 135-158

Wills, T.A., McNamara, G., Vaccaro, D.H., & Hirky, A.E. 1996. Escalated Substance Use : A Longitudinal Grouping Analysis from Early to Middle Adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*. 105, 166-180.

Yatim, D.I. 1991. *Apakah Penyalahgunaan Obat itu ? Kepribadian, Keluarga dan Narkotika : Tinjauan Sosial Psikologis*. Jakarta: Arcon.

Yenjeli Lusi. 2008. *Coping Strategy pada Single Mother yang Bercerai*.

Yin Shan, M.D., M.P.H., at. All. 2011. Intentional Coricidin Product Exposures among Illinois Adolescents. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 37 : 509 – 514.

**PENGARUH COPING STRATEGY TERHADAP
PENYALAHGUNAAN NARKOBA PADA REMAJA**



WAHYUNI ISMAIL

PUSAT PENELITIAN UIN ALAUDDIN

MAKASSAR

2013

**PENGARUH *COPING STRATEGY* TERHADAP
PENYALAHGUNAAN NARKOBA PADA REMAJA**



WAHYUNI ISMAIL

PUSAT PENELITIAN UIN ALAUDDIN

MAKASSAR

2013

PRAKATA

i

Alhamdulillah akhirnya penelitian yang dilakukan selesai juga. Penelitian ini dilaksanakan untuk mendapatkan data dan informasi mengenai “pengaruh *coping strategy* terhadap penyalahgunaan narkoba pada remaja”. Sebagaimana telah diketahui bersama bahwa penyalahgunaan narkoba adalah masalah krusial di tingkat internasional yang harus diselesaikan secara bersama karena korban penyalahgunaan narkoba terus bertambah dari tahun ke tahun seperti yang berhasil di datakan oleh Badan Narkotika Nasional baik di tingkat Provinsi dan

Kabupaten. Korbannya pun juga hampir terasa pada semua elemen, tingkat pendidikan dan segala usia terutama pada masa remaja.

Materi dalam penelitian ini disusun guna membekali manusia khususnya kalangan remaja. Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan menyatakan bahwa korban terbesar akibat penyalahgunaan narkoba berasal dari remaja. Hal ini terjadi lebih disebabkan karena efek pertumbuhan dan perkembangan remaja yang selalu ingin mencoba terhadap sesuatu yang ada di sekitarnya. Hasil analisis tersebut memberikan berbagai macam deskripsi tentang faktor-faktor mengapa hal tersebut bisa terjadi.

Kami tak lupa menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah membantu pada proses penelitian dan semua pihak sehingga penulisan hasil penelitian ini dapat terselesaikan dengan baik. Akhir kata kami berharap agar laporan penelitian ini bermanfaat untuk semua kalangan.

Makassar, 5 November 2013

Peneliti

Wahyuni Ismail

ii

TRAK

Penyalahgunaan narkoba adalah satu bentuk permasalahan dunia yang secara urgen memerlukan penanganan serius. Hal ini disebabkan karena korban penyalahgunaan semakin banyak pada semua kalangan khususnya para remaja. Remaja menduduki peringkat teratas korban penyalahgunaan narkoba sebagai efek dari pertumbuhan dan perkembangan yang mereka alami yang selalu mencoba hal baru.

Penelitian ini bertujuan untuk mengenal pasti profil subyek yang telah menyalahgunakan narkoba pada remaja, mengetahui pengaruh coping

strategy terhadap penyalahgunaan narkoba, dan untuk mengetahui pengaruh penyalahgunaan narkoba berdasarkan jenis kelamin remaja.

Metode kuantitatif merupakan jenis penelitian ini. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan *Coping Strategy Scale* dan *Drug Abuse Screening Test*. Subyek penelitian sebanyak 329 remaja yang menyalahgunakan narkoba. Analisis data dilakukan dengan Analisis Regresi Ganda melalui program SPSS For Windows 16.00.

Hasil penelitian menemukan bahwa terdapat pengaruh coping strategy terhadap perilaku penyalahgunaan narkoba pada remaja dengan nilai signifikansi $p = 0.000$. Hasil penelitian lainnya menunjukkan tidak ada pengaruh penyalahgunaan narkoba berdasarkan jenis kelamin dengan nilai signifikansi $p = 0.060$ dengan kaedah nilai $p > 0.050$ nilai koefisien tidak signifikan.

DAFTAR ISI

BAB I PENDAHULUAN.....	1
1. Latar Belakang Masalah.....	2
2. Rumusan Masalah Penelitian.....	10
3. Tujuan dan Kegunaan Penelitian.....	10
4. Hipotesis Penelitian.....	12
5. Defenisi Operasional Variabel Penelitian.....	12

BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	14
1. Penyalahgunaan Narkoba.....	14
A. Pengertian Narkoba.....	14
B. Jenis-jenis Narkoba.....	16
C. Pengertian Penyalahgunaan Narkoba.....	32
D. Proses Perilaku Penyalahgunaan Narkoba	32
E. Faktor-faktor Penyebab Penyalahgunaan Narkoba	37
2. Coping strategy.....	39
A. Pengertian Coping Strategy.....	39
B. Bentuk-bentuk Coping strategy.....	41
C. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Coping strategy...	46
3. Remaja.....	50
A. Defenisi dan Batasan Remaja.....	50
B. Pertumbuhan dan Perkembangan Remaja.....	55
C. Karakteristik Remaja.....	58
 BAB III METODE PENELITIAN.....	 66
1. Jenis Penelitian.....	66
2. Instrumen Penelitian.....	67
3. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	68
4. Populasi dan Sampel Penelitian.....	69
5. Cara Pengumpulan Data.....	70
6. Validitas dan Reliabilitas.....	71
7. Analisis Data.....	76
 BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	 77
1. Setting Penelitian.....	77
A. Gambaran Umum Balai Rehabilitasi BNN Baddoka...	77
B. Gambaran Penyelenggaraan Balai Rehabilitasi BNN Baddoka Makassar.....	80
C. Kegiatan Balai Rehabilitasi BNN Baddoka.....	8
iv	
2. Hasil Penelitian.....	83
A. Uji Prasayarat.....	83
B. Hasil Uji Hipotesis Berdasarkan Analisis Regresi.....	85
3. Pembahasan Penelitian	88
A. Profil Subyek.....	88
B. Pengaruh Coping Strategy terhadap Penyalahgunaan Narkoba.....	100
C. Pengaruh Penyalahgunaan Narkoba Berdasarkan Jenis Kelamin.....	101
 BAB V PENUTUP.....	 102

1. Kesimpulan.....	102
2. Implikasi Penelitian.....	103
DAFTAR PUSTAKA.....	104
DAFTAR LAMPIRAN.....	114

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Data Korban Penyalahgunaan Narkoba Berdasarkan Pendidikan.....	4
Tabel 2. Reliability Statistics Coping Strategy.....	73
Tabel 3. Item-Total Statistics Coping Strategy.....	73
Tabel 4. Scale Statistics Coping Strategy.....	74
Tabel 5. Reliability Statistics Penyalahgunaan Narkoba.....	75
Tabel 6. Item-Total Statistics Penyalahgunaan Narkoba.....	75
Tabel 7. Scale Statistics Penyalahgunaan Narkoba.....	76

Tabel 8. Daftar Pemanfaatan Lahan di BNN Baddoka.....	79
Tabel 9. Test of Normality Varaibel Penelitian.....	83
Tabel 10 Descriptive Statistics	85
Tabel 11 Correlations antar Variabel.....	86
Tabel 12 Model Summery.....	87
Tabel 13 Nilai dan Kriteria Korelasi.....	87
Tabel 14 Koefisien Anova.....	88
Tabel 15 Profil Subyek Berdasarkan Jenis Kelamin.....	90
Tabel 16 Profil Subyek Berdasarkan Agama.....	91
Tabel 17 Profil Subyek Berdasarkan Suku.....	91
Tabel 18 Profil Subyek Berdasarkan Tingkat Pendidikan.....	92
Tabel 19 Profil Subyek Berdasarkan Kategori Sekolah.....	92
Tabel 20 Profil Subyek Berdasarkan Lokasi Tempat Tinggal.....	93
Tabel 21 Profil Subyek Berdasarkan Tempat Tinggal.....	93
Tabel 22 Profil Subyek Berdasarkan Keutuhan Keluarga.....	94
Tabel 23 Profil Subyek Berdasarkan Pekerjaan Orangtua.....	94
Tabel 24 Profil Subyek Berdasarkan Orangtua Merokok.....	95
Tabel 25 Profil Subyek Berdasarkan Kebiasaan Merokok.....	95
Tabel 26 Profil Subyek Berdasarkan Jenis Narkoba Dikonsumsi Pertama Kali.....	95
Tabel 27 Profil Subyek Berdasarkan Jenis Narkoba Dikonsumsi Sebelum Rehabilitasi.....	96
Tabel 28 Profil Subyek Berdasarkan Lamanya Mengkonsumsi Narkoba.....	96

vi

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Proses Pengedaran Narkoba di Indonesia.....	1
Gambar 2. Data Kasus Narkoba berdasarkan Lembaga Pendidikan.....	3
Gambar 3. Narkotika Golongan I.....	17
Gambar 4. Narkotika Golongan II.....	18
Gambar 5. Jenis-jenis Psicotropika.....	20
Gambar 6. Jenis-jenis Psicotropika Golongan I.....	21
Gambar 7. Amfetamin Jenis Psicotropika Golongan II.....	21

Gambar 8. Jenis Psikotropika Golongan III.....	22
Gambar 9. Bromazepan Jenis Psikotropika Golongan IV.....	22
Gambar 10 Jenis Zat Adiktif Lainnya : Minuman Beralkohol....	23
Gambar 11 Zat Adiktif Lainnya : Rokok.....	25
Gambar 12 Jenis Narkoba Golongan Halusinogen.....	27
Gambar 13 Jenis-jenis Narkoba dan Zat Adiktif Lainnya.....	32
Gambar 14 Kerangka Konsep Penelitian.....	67
Gambar 15 Kerangka Proses Penelitian.....	68