

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Penelitian

Era globalisasi sebagai era kekuasaan ideologi kapitalisme-liberalisme dan era *cyber-net* telah menciptakan berbagai peluang dan harapan baru di samping berbagai tantangan dan ancaman baru bagi eksistensi kehidupan manusia. Dunning dan Hamdani (2000 : 1) mengemukakan bahwa globalisasi adalah fenomena yang rumit, penuh dengan kekontrasan, menghantui dan memaksa setiap orang menghadapi perubahan. Bagi sementara orang, globalisasi dipandang sebagai bagian dan proses integrasi umat manusia, tetapi bagi yang lainnya globalisasi justru dirasakan sebagai ancaman disintegrasi dan marginalisasi kemanusiaan secara total dan semesta. Robertson (2000 : 1) mendefinisikan globalisasi sebagai *“the compression of the world into a single space and the intensification of the world consciousness of the world as a whole”*.

Globalisasi juga dapat dimaknai sebagai suatu proses yang berlangsung panjang, bergerak maju secara dramatis, dikendalikan oleh banyak kekuatan termasuk teknologi baru dan bertambahnya arus modal secara bebas. Tidak diragukan lagi bahwa dinamika globalisasi memberikan manfaat bagi banyak orang, meningkatkan kesejahteraan dan menimbulkan peluang-peluang baru. Pada era ini, perkembangan teknologi informasi dan komunikasi begitu sangat cepat di antaranya perkembangan pesat *cyber-net*. Perkembangan pesat di bidang ini memungkinkan dilakukannya pengembangan hubungan dengan siapa saja, kapan

saja, dan dimana saja, dalam berbagai bentuk, baik audio, visual, maupun audio-visual yang menyajikan informasi, data, dan peristiwa dalam waktu sekejap.

Menurut Mahayana (1999 : 16-17) perkembangan *cyber-net* yang memiliki akselerasi *hyper-exponential* yang sulit dibayangkan, yakni *humanisasi internet*. Dari sudut pandang ini, internet adalah manifestasi material usaha manusia secara terus-menerus untuk mencapai suatu era dimana induksi pengetahuan dan kebudayaan manusia mencapai kesempurnaan alamiahnya. Pada era ini terjadi ledakan besar komunikasi (*communication big bang*), ledakan besar informasi (*information big bang*), ledakan besar pengetahuan (*knowledge big bang*), yang pada gilirannya akan menimbulkan ledakan besar manajemen (*management big bang*), ledakan besar aktifitas ekonomi antar negara (*interstate economic activities big bang*), ledakan besar organisasi-organisasi antar benua (*intercontinental organization big bang*), dan berbagai *big bang* lainnya. Akan tetapi, globalisasi juga mempunyai konsekuensi merugikan bagi yang lainnya, mempengaruhi keamanan manusia, memperburuk ekonomi, marginalisasi sosial, dan meningkatnya kemiskinan.

Terbawanya manusia dalam banjir informasi di era globalisasi menyebabkan keaburan untuk memahami perbedaan antara kebutuhan dengan keserakahan (*needs and greeds*), keinginan dan kebutuhan (*wishes and needs*) yang kemudian mendorongnya untuk secara terus-menerus terlibat dalam kegiatan pemuasan pribadi, berkembang menjadi makhluk yang *egocentris* dan *instrumental*. Lebih jauh, Piliang (2004) berpendapat bahwa kehidupan di era

globalisasi telah bergerak ke arah : (1) kematian sosial (pososial), yakni matinya realitas (pos-realitas), berpacu dalam gaya hidup konsumtif-kapitalisme-liberal (pos-ekonomi) berupa bermunculannya ekonomi bermodalkan syahwat (*libidonomics*), simbiosis antara realitas dan fantasi (pos-media), antara realitas dan virtualitas seni (pos-estetik); (2) horor menjadi hiburan (poshororisme), yakni timbulnya kejahatan yang begitu sempurna dan *soft-criminality* (pos-kriminalitas), simbiosis realitas dan fantasi perang (pos-realitas perang), terorisme dan mesin pengintai global (pos-teror); (3) bersatunya demokrasi dan anarki (pos-demokrasi), yakni pos-demokrasi dan matinya sosial, antara ego politik dan mikrofasisme (pos-otonomi), fatamorgana hukum dan ilusi kebenaran (pos-realitas hukum) berupa munculnya fatamorgana keadilan, “topeng-topeng” kebenaran, *language games* dan *justice games*; (4) melampaui batas-batas moralitas (pos-moralitas), yakni simbiosis antara hasrat dan kesucian (pospiritualitas), simbiosis kebenaran dan kepalsuan (pos-moralitas), ketika gairah tubuh digantikan mesin berupa maraknya *cybersex*.

Era globalisasi, modernisasi, dan akulturasi yang terjadi pada dekade sekarang ini telah membawa perubahan-perubahan secara psikologis maupun sosiologis, selain berdampak positif bagi kemajuan kehidupan juga menimbulkan *side effect* berupa perubahan paradigma dan pandangan tentang nilai dan moral pada generasi muda yang amat memprihatinkan (Kodir, 1988 : 2). Pola hidup dan gaya hidup masyarakat yang semula religius cenderung ke arah pola kehidupan masyarakat individualistik, materialistik, permisif, dan sekuler. Pola hidup sederhana dan produktif cenderung bergeser ke arah pola hidup mewah dan

konsumtif. Perubahan pandangan dari generasi muda yang disertai ketidakpastian akan masa depan, menurut Kartadinata (1988 : 3) memang dapat membuat manusia serba bingung atau membuat dirinya larut dalam situasi. Apabila individu mendapat kesulitan psikologis, maka yang bersangkutan mencari jalan pintas dalam menyelesaikan masalah, walaupun itu sebenarnya semu. Tidaklah mengherankan apabila suatu saat muncul sikap “obat untuk setiap masalah” (*drug for every problems*). Mereka beranggapan bahwa masalah itu akan hilang saat mereka menggunakan obat; padahal, pada kenyataannya memunculkan masalah baru berupa ketergantungan terhadap obat. Goddard (Ma'sum, 1987 : 52) menjelaskan bahwa sifat obat ini adalah psikotropika (menggerakkan psikis) memiliki efek terhadap otak dan susunan syaraf pusat, penggunaan di luar aturan dapat memunculkan keadiksian.

Perilaku penyalahgunaan obat digolongkan ke dalam *mal-adaptive deviant behavior response* yang dicetuskan oleh faktor pendukung lingkungan spesifik yaitu ketersediaan (*substance availability*) karena bertentangan secara *diametrikal* dengan *Universal Behavior Trait*. Perilaku ini sangat patologis karena dipilih sendiri oleh pelakunya meskipun si pelaku melalui *reality judgment* yang proses *reasoning*-nya didasarkan pada perhitungan *risk-benefit ratio* dan antisipasi terhadap *real of fear factor* mengetahui bahwa perilakunya akan menghancurkan dirinya. Sehingga terdapat kesan bahwa fungsi luhur dari *abstract judgment* dan motivasi intrinsik dasar pelestarian diri tidak berfungsi secara optimal. Selain itu, walaupun relativitas sosial-budaya memungkinkan suatu perilaku yang dianggap *intolerated vice* di suatu lingkungan sosial-budaya menjadi *tolerated vice* di

lingkungan sosial-budaya lain atau sebaliknya, tetapi berbeda halnya dengan penyalahgunaan Napza yang menurut *Universal Behavioral Trait* secara jelas dan tegas dianggap sebagai *intolerated vice*. Produsen, distributor, dan penggunaanya dianggap sebagai penjahat yang harus dihukum berat (Nurdin, 2000).

Direktur eksekutif dari *United Nations Office on Drugs and Crime* (2008 : 1) dalam ringkasan eksekutifnya yang berjudul *2008 World Drugs Report* melaporkan bahwa indikator situasi penggunaan obat di dunia masih tetap menjadi perhatian utama dalam jangka waktu yang lama. Perspektif jangka panjang dan global menunjukkan bahwa penggunaan obat-obatan ilegal telah mencapai nilai 5% dari populasi orang dewasa (jumlah kejadian per tahun pada orang berusia 15-64 tahun). Sementara itu, orang yang mengalami adiksi obat mencapai sepersepuluh dari persentase populasi penyalahguna obat-obatan ilegal, yaitu kira-kira berjumlah 26 juta atau sekitar 0.6% populasi orang dewasa di planet ini.

Dilaporkan lebih lanjut bahwa kemajuan sangatlah diperlukan terutama dalam tiga wilayah. *Pertama*, kesehatan masyarakat -- prinsip pertama dalam pengendalian obat terlarang -- harus dibawa kembali ke bahasan utama. Baru-baru ini jumlah sarana dan prasarana serta dukungan politis untuk keamanan masyarakat dan supremasi hukum lebih banyak tercurahkan dibandingkan dengan dukungan untuk kesehatan masyarakat, sehingga perlu adanya penyeimbangan kembali. Ketergantungan terhadap obat-obatan adalah sebuah penyakit yang harus ditangani sebagaimana penyakit lain. Lebih banyak sarana dan prasarana dibutuhkan untuk mencegah orang mencoba menggunakan obat-obatan, untuk

menangani mereka yang sudah mengalami ketergantungan, dan untuk mengurangi ancaman kesehatan serta konsekuensi sosial yang diakibatkan oleh penyalahgunaan obat-obatan.

Kedua, pengendalian obat harus dilihat dalam konteks yang lebih luas yaitu pencegahan tindak kriminal (*crime prevention*) dan juga dalam penegakan hukum sehingga kita bisa memotong hubungan antara penyelundupan obat secara illegal, tindak kriminal yang terorganisir, kasus korupsi dan terorisme. Beberapa wilayah yang memproduksi obat dengan jumlah terbesar di dunia (di Afganistan, Colombia, dan Myanmar) mengalami perhatian yang kurang atau pengendalian yang kurang dari pemerintahan pusatnya. Penyelundupan atau jual beli obat secara illegal melemahkan keamanan nasional (contohnya adalah yang terjadi beberapa wilayah di Amerika Tengah, Carribean, Meksiko, dan Afrika Barat). Uang dari hasil penjualan obat digunakan sebagai uang pelicin untuk korupsi, dan sebagai sumber untuk keuangan teroris. Pada gilirannya, para pejabat yang korup dan para teroris membuat proses produksi obat dan penyelundupannya menjadi mudah untuk dilakukan.

Ketiga, menjaga keamanan masyarakat dan mengamankan kesehatan masyarakat harus dilakukan dengan mendukung hak asasi manusia dan harga diri manusia. Perayaan hari ulang tahun dari *Universal Declaration of Human Rights* yang ke-60 yang jatuh pada tahun 2008, memberikan peringatan yang bermanfaat berupa hak asasi yang tidak boleh dikesampingkan yaitu hak untuk hidup dan memiliki kesempatan yang sama dalam mencoba sesuatu, tetapi tetap hak asasi manusia seharusnya menjadi bagian dari pengendalian obat-obatan.

Di Indonesia sendiri, masalah penyalahgunaan obat (Napza) merupakan masalah serius yang harus dicarikan jalan penyelesaiannya dengan segera. Banyak kasus menunjukkan, akibat dari masalah obat telah menyebabkan banyak kerugian, baik materi maupun non-materi. Banyak kejadian, seperti perceraian, pembunuhan, penurunan kesehatan masyarakat, bahkan kematian yang disebabkan oleh adiksi obat.

Secara umum permasalahan obat dapat dibagi menjadi tiga bagian yang saling terkait, yakni : (1) adanya produksi obat secara gelap (*illicit drug production*); (2) adanya perdagangan gelap obat (*illicit trafficking*); dan (3) adanya penyalahgunaan obat (*drug abuse*). Ketiga hal itulah sesungguhnya menjadi target sasaran yang ingin “diperangi” oleh masyarakat internasional dengan gerakan anti madat sedunia, termasuk Indonesia.

Masalah penyalahgunaan dan peredaran gelap obat di Indonesia menunjukkan kecenderungan yang terus meningkat, sudah sangat memprihatinkan dan membahayakan kehidupan masyarakat, bangsa dan negara. Indonesia bukan hanya sebagai tempat transit dalam perdagangan dan peredaran gelap obat, tetapi telah menjadi tempat pemasaran, penggunaan bahkan telah menjadi tempat untuk produksi gelap obat.

Badan Narkotika Nasional Republik Indonesia (BNN RI, 2004 : 1) mengemukakan bahwa adiksi narkotika, psikotropika dan zat adiktif lainnya merupakan permasalahan kompleks baik dilihat dari faktor penyebab maupun akibatnya. Penyebabnya merupakan kompleksitas dari berbagai faktor, termasuk faktor fisik dan psikologis pelaku, serta faktor lingkungan baik mikro maupun

makro. Akibatnya juga sangat kompleks dan luas tidak hanya terhadap pelakunya, tetapi juga menimbulkan beban psikologis, sosial ekonomi, bagi orang tua dan keluarganya, serta menimbulkan dampak yang merugikan terhadap berbagai aspek kehidupan masyarakat, bangsa, dan umat manusia.

Hawari (2002 : 98) mengemukakan hasil pengamatannya bahwa ternyata sebagian besar penyalahgunaan/ketergantungan Napza adalah peserta didik tingkat SMP, SMA, dan Perguruan Tinggi. Pada umumnya mereka terlibat penyalahgunaan/ketergantungan Napza selain karena pengaruh kelompok teman sebaya, juga karena ketidaktahuannya (*ignorancy*). BNN RI (2009 : 1-3) melaporkan data tentang tindak pidana narkoba di Indonesia dari tahun 2001-2008 berikut.

Tabel 1.1
Data Kasus Tindak Pidana Narkoba di Indonesia
Tahun 2001-2008

Berdasarkan Jumlah Kasus

NO	KASUS	TAHUN								JUMLAH TOTAL	RATA-RATA PER TAHUN
		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008		
1	NARKOTIKA	1.907	2.040	3.929	3.874	8.171	9.422	11.380	10.006	40.723	8.145
2	PSIKOTROPIKA	1.648	1.632	2.590	3.887	6.733	5.658	9.289	9.780	31.437	6.287
3	BAHAN ADIKTIF	62	79	621	648	1.348	2.275	1.961	9.573	6.994	1.399
	JUMLAH	3.617	3.751	7.140	8.409	16.252	17.355	22.630	29.359	79.154	15.831
	% KENAIKAN		3.7	90.3	17.8	93.3	6.8	30.4	29.7	214	53.5

Berdasarkan Usia

NO	USIA	TAHUN								JUMLAH TOTAL	RATA-RATA PER TAHUN
		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008		
1	< 16 Tahun	25	23	87	71	127	175	110	133	751	150
2	16-19 Tahun	501	494	500	763	1.668	2.447	2.617	2.001	10.991	2.198
3	20-24 Tahun	1.428	1.755	2.457	2.879	5.503	8.383	8.275	6.441	37.121	7.424
4	25-29 Tahun	1.366	1.386	2.417	2.888	6.442	8.105	9.278	10.126	42.008	8.402
5	> 29 Tahun	1.604	1.652	4.256	4.722	9.040	12.525	15.889	25.993	75.681	15.136
JUMLAH		4.924	5.310	9.717	11.323	22.780	31.635	36.169	44.694	166.552	33.310

Berdasarkan Tingkat Pendidikan

NO	PENDIDIKAN	TAHUN								JUMLAH TOTAL	RATA-RATA PER TAHUN
		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008		
1	SD	246	165	949	1.300	2.542	3.247	4.138	4.404	16.991	3.398
2	SLTP	1.832	1.711	2.688	3.057	5.148	6.632	7.486	10.819	39.373	7.875
3	SLTA	2.617	3.141	4.960	6.149	14.341	20.977	23.727	28.470	104.382	20.876
4	PT	229	293	1.120	817	749	779	818	1.001	5.806	1.161
JUMLAH		4.924	5.310	9.717	11.323	22.780	31.635	36.169	44.694	166.552	33.310

Berdasarkan Jenis Pekerjaan

NO	PEKERJAAN	TAHUN								JUMLAH TOTAL	RATA-RATA PER TAHUN
		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008		
1	PNS	39	31	57	64	137	121	226	210	885	177
2	POLRI/TNI	6	40	54	112	233	201	235	273	1.154	231
3	SWASTA	1.228	1.766	2.991	3.548	8.143	13.914	16.667	17.588	65.845	13.169
4	WIRASWASTA	769	656	1.029	1.580	3.504	4.663	5.151	14.629	31.981	6.396
5	TANI	127	99	132	222	323	478	891	639	2.911	582
6	BURUH	833	582	1.111	1.774	4.389	4.675	5.079	3.580	22.023	4.405
7	MAHASISWA	202	257	345	356	610	678	721	647	3.816	763
8	PELAJAR	141	153	309	214	393	710	712	654	3.286	657
9	PENGANGGURAN	1.579	1.726	3.689	3.453	5.048	6.195	6.487	6.474	34.651	6.930
JUMLAH		4.924	5.310	9.717	11.323	22.780	31.635	36.169	44.694	166.552	33.310

Sumber : Dit IV/Narkoba, Januari 2009

Berdasarkan data tentang tindak pidana Narkotika yang dilaporkan oleh BNN RI dapat diketahui bahwa penyalahgunaan obat dari tahun ke tahun mengalami peningkatan yang sangat dramatis serta melibatkan berbagai kalangan yang tidak memandang usia, tingkat pendidikan, dan jenis pekerjaan. Hal yang paling menyedihkan adalah ternyata sebagian besar pelaku penyalahgunaan/ketergantungan obat adalah peserta didik tingkat Sekolah Menengah Pertama (SMP) dan Sekolah Menengah Atas (SMA). Pada umumnya mereka terlibat penyalahgunaan/ketergantungan obat selain karena pengaruh kelompok teman sebaya (*peer group*), ketidaktahuannya (*ignorancy*), atau bahkan paksaan dari orang dewasa lainnya yang tidak bertanggung jawab yang sengaja memanfaatkan keluguan, kelucuan, ketidaktahuan, dan kersaingintahuan anak-anak untuk kepentingan bisnis haram mereka.

Bertambahnya para penyalahguna obat dari tahun ke tahun yang melibatkan generasi muda, dapat dipandang sebagai ancaman (Dato and Datuk, 1990 : 3) bagi perkembangan bangsa dan merupakan bahaya nasional (Tony, 1990 : 2). Selain itu, adiksi obat dapat menimbulkan *symptoms* dan dampak fisik maupun psikologis (Ausubel dalam Segal, 1988 : 50). Di antara dampak psikologis adiksi obat adalah mengalami gangguan dalam : (1) persepsi; (2) belajar dan memori; (3) depresi; (4) fungsi psikomotor; (5) orientasi berpikir; dan (6) proses-proses sensori dan dampak psikologis lainnya (Segal, 1988 : 158).

Adiksi obat merupakan persoalan yang membahayakan kehidupan diri penyalahguna dan orang lain. Dalam hal ini, Hawari (Depsos RI, 2005 : 1)

mengatakan bahwa mereka yang mengkonsumsi Napza akan mengalami gangguan mental dan perilaku, sebagai akibat terganggunya sistem syaraf pusat di otak. Gangguan pada sistem *neuro-transmitter* tadi mengakibatkan terganggunya fungsi kognitif (alam pikiran), afektif (perasaan/*mood*/emosi), dan psikomotor (perilaku). Sifat ketergantungan dan gangguan pada ketiga aspek itulah yang mengakibatkan Napza sangat berbahaya. Seorang pengguna tidak lagi dapat memikirkan risiko dan tindakannya sehingga kemudian muncul berbagai tindak kejahatan, tertularnya berbagai penyakit berbahaya seperti HIV/AIDS dan hepatitis, over dosis, bahkan kematian. Selanjutnya Hawari (2005 : 57) mengemukakan bahwa orang yang telah bergantung pada narkoba, maka hidupnya mengalami gangguan jiwa sehingga tidak lagi mampu berfungsi secara wajar di masyarakat. Kondisi demikian dapat dilihat dari rusaknya fungsi sosial, pekerjaan atau sekolah, serta tidak mampu mengendalikan diri. Terutama jika putus narkoba maka si pemakai akan mengalami gejala menarik diri (*withdrawal*). Pada peristiwa ini timbul gejala-gejala seperti air mata berlebihan (*lakrimasi*), cairan hidung berlebihan (*rhinorea*), pupil mata melebar (*dilatasi pupil*), keringat berlebihan, mual, muntah, diare, bulu kuduk berdiri, menguap, tekanan darah naik, jantung berdebar, insomnia, mudah marah, emosional, serta agresif. Menurut *World Book 2004* (Willis, 2005 : 158) bahwa orang-orang yang kecanduan narkoba mengalami akibat-akibat medis dan sosial, antara lain menurunnya motivasi, memori, perubahan kepribadian, dan hubungan dengan keluarga terputus.

Lebih jauh, Depkes (2005) mengemukakan dampak adiksi obat sebagai berikut. *Pertama, bagi pemakai*, antara lain: (1) mengakibatkan kematian; (2) mengakibatkan kegilaan; (3) mempengaruhi daya ingat; (4) mempengaruhi perhatian, sulit berkonsentrasi; (5) mempengaruhi perasaan dan kemampuan otak untuk menerima, memilah-milah dan mengolah informasi; (6) menghambat memahami informasi yang diterima; (7) mempengaruhi persepsi; (8) mempengaruhi daya nalar (penghayatan terhadap agama hilang/kabur); (9) mempengaruhi motivasi; dan (10) menimbulkan beberapa penyakit, seperti hepatitis B/C, maag, dan kanker. *Kedua, terhadap keluarga*, antara lain : (1) kerugian material (membeli dan mengobati); (2) menghabiskan tenaga dan waktu; dan (3) keharmonisan keluarga sirna/terganggu. *Ketiga, terhadap masyarakat*, di antaranya: (1) merusak tatanan sosial; (2) meningkatkan angka kriminal; (3) meningkatkan angka kecelakaan lalu lintas; dan (4) terhambatnya perekonomian. *Keempat, terhadap bangsa dan negara*, antara lain: (1) kualitas generasi merosot; (2) moralitas bangsa menurun; dan (3) generasi hilang (*lost generation*).

Permasalahan-permasalahan ini harus segera ditangani oleh semua lapisan masyarakat, khususnya lembaga pendidikan. Keniscayaan peranan pendidikan dalam membangun manusia dan masyarakat yang kreatif dan mampu bersaing dalam dunia global tidak bisa didebat lagi. Berbagai studi secara konsisten telah memperlihatkan bahwa pendidikan merupakan investasi yang dalam jangka panjang memiliki *rate of return* paling tinggi (Furqon, 2006: 5). Proses pendidikan memerlukan adanya paradigma baru yang dapat menyajikan model

dan strategi pembelajaran yang dapat menyeimbangkan proses *homonisasi* dan *humanisasi*.

Di dalam Undang-Undang RI Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional pasal 1 ayat 3 dinyatakan bahwa pada hakikatnya pendidikan merupakan "...usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa, dan negara". Implikasinya adalah bahwa proses pendidikan yang dikembangkan harus menyentuh banyak ragam dan aspek perkembangan peserta didik. Proses pendidikan sudah semestinya menyentuh dunia kehidupan peserta didik (konseli) secara individual, karena pada hakikatnya individu manusia itu bersifat kompleks. Proses ini tidak cukup hanya dilakukan oleh guru, tetapi juga profesi pendidik lainnya, yaitu konselor.

Menurut Asosiasi Bimbingan dan Konseling Indonesia (ABKIN, 2007 : 10) konseli sebagai seorang individu yang sedang berada dalam proses berkembang atau menjadi (*on becoming*), yaitu berkembang ke arah kematangan atau kemandirian. Untuk mencapai kematangan tersebut, konseli memerlukan bimbingan (dan konseling) karena mereka masih kurang memiliki pemahaman atau wawasan tentang dirinya dan lingkungannya, juga pengalaman dalam menentukan arah kehidupannya. Di samping itu, terdapat suatu keniscayaan bahwa proses perkembangan konseli tidak selalu berlangsung secara mulus, atau

bebas dari masalah. Dengan kata lain, proses perkembangan itu tidak selalu berjalan dalam alur linier, lurus, atau searah dengan potensi, harapan dan nilai-nilai yang dianut.

Perkembangan konseli tidak lepas dari pengaruh lingkungan, baik fisik, psikis maupun sosial. Sifat yang melekat pada lingkungan adalah perubahan. Perubahan yang terjadi dalam lingkungan dapat mempengaruhi gaya hidup (*life style*) warga masyarakat. Apabila perubahan yang terjadi itu sulit diprediksi, atau di luar jangkauan kemampuan, maka akan melahirkan kesenjangan perkembangan perilaku konseli, seperti terjadinya stagnasi perkembangan, masalah-masalah pribadi atau penyimpangan perilaku seperti penyalahgunaan obat sampai mengalami adiksi.

Konselor selayaknya dapat memfasilitasi konseli adiksi obat untuk dapat berperilaku wajar. Oleh karenanya, konselor selayaknya mempunyai pengetahuan yang luas dan mendalam tentang latar belakang kehidupan konseli adiksi dan dampak sosio-psikologis adiksi obat pada konselinya. Tanpa hal itu, sangat mungkin konselor akan mengalami kemandegan; sulit melakukan eksplorasi, interpretasi, dan intervensi. Terlebih lagi, Dyer and Vriend (1977 : 45) menyatakan bahwa kemandegan konselor disebabkan oleh adanya anggapan konselor sendiri yang kurang mampu. Mereka bertolak dari anggapan bahwa mereka: (1) memiliki ketidakmampuan fundamental dalam memahami kecenderungan perilaku konseli; dan (2) ketidakmampuan dalam melakukan

intervensi efektif dan pemberian alternatif yang tepat dalam mengarahkan dan mengubah perilaku konseli adiksi.

Analog dengan pendapat tersebut, Menteri Kesehatan Republik Indonesia (2006 : 34-36) mengatakan bahwa satu hal yang harus dipahami dalam terapi ketergantungan Napza adalah tidak semua pengguna Napza memiliki kesamaan dalam hal kebiasaan serta kebutuhan Napza yang dipakai. Selain itu, banyak pengguna Napza melewati tahapan-tahapan penggunaan Napza yang berbeda pada waktu yang berbeda-beda dalam hidupnya. Pada sebagian orang di berbagai penjuru dunia, mengisap opium atau heroin atau menyuntik heroin, tidak harus menjadi kecanduan terhadap zat-zat tersebut. Bagi sebagian besar orang yang menggunakan jenis-jenis Napza di atas, terdapat sebuah periode waktu dimana dapat menggunakan Napza tanpa menjadi kecanduan, sebab ketergantungan dapat terbentuk apabila Napza digunakan secara teratur selama beberapa waktu tertentu.

Periode ini bervariasi dari beberapa minggu hingga beberapa tahun. Penggunaan yang teratur saja tidak dapat langsung dikategorikan sebagai ketergantungan, sebab perlu memenuhi kriteria ketergantungan. Oleh karena itu, pendekatan terapi pun hendaknya bervariasi pula. Diperlukan pengetahuan lebih banyak tentang siapa si pengguna Napza itu, bagaimana mereka menggunakan Napza, apa saja situasi dan kondisi sosial mereka, serta alternatif apa saja yang dapat ditawarkan secara realistis di dalam situasi dan kondisi sosial mereka.

Pemahaman yang komprehensif tentang konseli adiksi obat sangat dibutuhkan agar pendekatan konseling adiksi obat dapat berlangsung dan

bermanfaat. Identifikasi dini para pengguna Napza, perlu dilakukan secara tidak mencolok di lingkungan masyarakat. Semakin berhasil upaya menggambarkan kondisi sosio-psikologis konseli adiksi obat, akan semakin besar pula kemungkinan keberhasilan konseling dalam proses pemulihan atau pencegahan kekambuhan (*relapse*).

Pertimbangan yang mendasari difokuskannya penelitian ini adalah hasil-hasil penelaahan pendahuluan (*pre-survey*) dengan melakukan wawancara tidak terstruktur kepada para konselor sekolah di beberapa wilayah seperti Daerah Khusus Ibukota (DKI) Jakarta, Kabupaten Ciamis, Kota Bandung, Kabupaten Bandung, dan Kabupaten Bandung Barat pada umumnya mengemukakan keluhan sebagai berikut.

1. Setiap semester kami menemukan siswa yang mengalami adiksi obat, tetapi kami merasa tidak siap untuk memberikan konseling secara efektif;
2. Kami mendapat kesulitan untuk memahami dampak-dampak psikologis siswa yang mengalami adiksi obat karena keterbatasan-keterbatasan kami, baik menyangkut pengetahuan untuk mengungkapkannya maupun fasilitas-fasilitas pendukungnya;
3. Konseli adiksi obat, semakin hari semakin meningkat;
4. Kami membutuhkan panduan, rambu-rambu konseling untuk konseli adiksi obat, tetapi sampai saat ini belum ada.

Pertimbangan lain yang mendasari difokuskannya penelitian ini adalah hasil penelaahan pendahuluan di Balai Pemulihan Sosial Pamardi Putera (BPSPP) Lembang Bandung. BPSPP Lembang Bandung adalah salah satu lembaga di bawah tanggungjawab Pemerintah Provinsi Jawa Barat yang melaksanakan program kegiatan Penanganan Anak Nakal dan Korban Narkotika

dengan menggunakan sistem pendekatan berimbang, yaitu dengan memadukan intervensi berbagai disiplin ilmu untuk mencapai target keseimbangan antara faktor fisik, medik, psikis, sosial, vokasional, dan mental religius sehingga manfaatnya dapat dirasakan secara maksimal oleh eks pengguna Napza, keluarga, dan masyarakat umumnya.

BPSPP pada masa layanan Maret – Desember 2008 menerima konseli sebanyak 80 orang dengan latar belakang sebagai berikut. *Pertama*, berdasarkan jenis kelamin, terdiri atas 50 orang laki-laki dan 30 orang perempuan. *Kedua*, berdasarkan usia meliputi : (1) usia 14-16 tahun 10 orang; (2) usia 17-19 tahun 37 orang; (3) usia 20-22 tahun 19 orang; dan (4) usia 23-26 tahun 14 orang. *Ketiga*, berdasarkan pendidikan, yaitu : (1) SD 19 orang; (2) SMP 37 orang; dan (3) SMA 24 orang. *Keempat*, berdasarkan pekerjaan orang tua, terdiri atas : (1) tani 10 orang; (2) wiraswasta 18 orang; (3) buruh 19 orang; (4) ibu rumah tangga 8 orang; (5) swasta 10 orang; (6) PNS 2 orang; dan (7) pedagang 3 orang.

Bertolak dari pemikiran dan kerisauan tersebut, dalam upaya menghadapi permasalahan penyalahgunaan dan pengedaran obat yang semakin serius serta berbagai dampak psikologis adiksi obat yang ditimbulkannya, dipandang perlu segera dilakukan tindakan nyata secara komprehensif, sistematis dan profesional untuk menanggulangnya. Menurut Menteri Kesehatan Republik Indonesia (2006 : 37) fokus terapi ketergantungan Napza adalah menyediakan berbagai jenis pilihan, yang dapat mendukung proses pemulihan melalui berbagai keterampilan yang diperlukan dan mencegah *relapse*. Tingkatan layanan bervariasi, tergantung

dari derajat keparahan dan seberapa intensif terapi diperlukan. Bentuk-bentuk terapi ketergantungan Napza, antara lain : (1) detoksikasi dan terapi *withdrawal*; (2) terapi terhadap kondisi emergensi; (3) terapi gangguan diagnosis ganda; (4) terapi rawat jalan (*ambulatory* atau *out-patient treatment*); (5) terapi residensi (*residential treatment*); (6) terapi pencegahan kekambuhan; (7) terapi pasca perawatan (*after care*); dan terapi substitusi (*substitution therapy*).

Jika dianalisis, uraian yang dikemukakan oleh Menteri Kesehatan Republik Indonesia, maupun data studi pendahuluan dari BPSPP dan lembaga pendidikan persekolahan (khususnya SMP dan SMA) belum secara eksplisit memasukkan konseling sebagai salah satu pendekatan untuk mengurangi dampak psikologis adiksi obat, padahal konseling memainkan peranan yang sangat penting untuk merekonstruksi perilaku individu dari *mal-adjusted* (di antaranya adiksi obat) menjadi perilaku *well-adjusted* (di antaranya sembuh dan memiliki *psychological strength* untuk menolak kembali menyalahgunakan obat).

Shertzer dan Stone (1980 : 83) mengemukakan bahwa ekspektasi dan tujuan konseling adalah agar konseli: (1) *mampu menghasilkan perubahan perilaku (behavioral change)* yang memungkinkan hidup lebih produktif dan dapat menyesuaikan diri dengan lingkungannya; (2) *mencapai kesehatan mental secara positif (positive mental health)*, yang akan dicapai jika individu mencapai integrasi kepribadian, penyesuaian diri dan dapat berdampingan secara positif dengan orang lain; (3) *mampu mengatasi masalah dan menghilangkan gejalanya (problem resolution or symptom removal)*; melalui proses konseling diharapkan

akan ditemukan inti permasalahan, ketiadaan-ketiadaan pada diri konseli, apa yang dapat dilakukan oleh konseli, serta bagaimana cara mengatasi masalahnya; (4) *mencapai keefektifan pribadi (personal effectiveness)*; melalui proses konseling diharapkan konseli mampu menunjukkan perilaku yang efektif untuk mengembangkan dirinya; (5) mampu membuat keputusan (*decision making*); konseling mempunyai tujuan untuk menstimulasi individu dalam mengevaluasi, membuat, menerima dan bertindak menurut pilihan dan keputusannya secara bertanggung jawab.

Salah satu pendekatan konseling yang dapat digunakan untuk mengurangi dampak psikologis konseli adiksi obat adalah *Cognitive Behavioral Therapy (CBT)* yang dalam penelitian ini disebut dengan istilah Konseling Kognitif-Perilaku (KKP). KKP sangat populer dan memandang secara integratif bahwa faktor pikiran, perasaan, perilaku, dan lingkungan berperan terhadap perilaku abnormal/adiksi obat (Segal, 1988; Kadden, 2002; Wilson & Branch, 2006). Kadden (2002 : 2) berpendapat bahwa dalam perspektif teori KKP, adiksi obat merupakan perilaku yang dipelajari sebagai hasil dari proses belajar. KKP diasumsikan dapat mengurangi bahkan menghilangkan dampak psikologis adiksi obat dengan memodifikasi dan merekonstruksi perilaku menjadi *well-adjusted* melalui proses belajar yang lebih positif dan konstruktif. Lebih jauh, Carroll (1998 : 1-2) mengemukakan bahwa secara sederhana, KKP berusaha membantu konseli adiksi obat untuk: (1) mengenali situasi tempat yang biasa digunakan untuk mengkonsumsi obat; (2) menghindari situasi-situasi yang memungkinkan konseli mengkonsumsi obat; dan (3) mengatasi permasalahan perilaku

problematis yang diakibatkan oleh adiksi obat. Alasan lainnya adalah karena KKP sangat menjanjikan untuk digunakan sebagai salah satu pendekatan konseling adiksi obat, yaitu: (1) KKP adalah pendekatan konseling yang singkat dibandingkan dengan pendekatan lainnya dan sangat cocok dengan kemampuan para ahli dari kebanyakan program klinis; (2) KKP telah dievaluasi secara ekstensif dalam percobaan klinis yang dilakukan dengan penuh kehati-hatian dan memiliki dukungan empiris yang cukup solid sebagai pendekatan konseling yang efektif untuk menangani konseli adiksi obat; (3) KKP adalah pendekatan konseling yang terstruktur, berorientasi pada tujuan, dan berfokus pada masalah yang baru dialami oleh pengguna obat, baru memasuki program konseling, dan konseli berusaha keras untuk mengendalikan penggunaan obat; (4) KKP adalah pendekatan konseling yang fleksibel, dapat diadaptasi untuk konseli dari beragam latar belakang dan kondisi, serta format yang berbeda (kelompok maupun individual); dan (5) KKP dapat dilakukan bersamaan dengan pendekatan konseling lainnya yang sesuai.

Berdasarkan uraian tersebut, penelitian ini difokuskan pada penelaahan tentang: *Efektivitas Konseling Kognitif-Perilaku (KKP) untuk Mengurangi Dampak Psikologis Konseli Adiksi Obat.*

B. Rumusan Masalah

Masalah penyalahgunaan dan adiksi obat di Indonesia mengalami peningkatan dan menjadi masalah yang tidak dapat diabaikan. Banyak kasus yang menunjukkan bahwa betapa banyak kerugian, baik material maupun non-material, maupun dampak fisik, psikologis, dan sosial.

Di antara dampak psikologis konseli adiksi obat adalah cenderung mengalami : (1) orientasi berpikir eksternal; (2) kontrol diri (*self-control*) lemah; (3) depresi tinggi ; (4) regulasi diri (*self-regulation*) lemah; (5) efikasi diri (*self-efficacy*) lemah; (6) harapan hidup *wellness* lemah; dan (7) pengarahan diri (*self-direction*) lemah.

Konseli adiksi obat tidak dapat dibiarkan begitu saja. Harus ada upaya nyata yang dilakukan secara integratif, sistematis, terstruktur, simultan, komprehensif, dan multidimensional. Pencegahan dan pemberantasan terhadap peredaran, penyalahgunaan, dan adiksi obat dilakukan dengan membangun upaya-upaya preventif, kuratif, maupun *developmental* yang berbasis komunitas, termasuk di dalamnya melalui jalur pendidikan sekolah maupun luar sekolah. Salah satu elemen komunitas yang memiliki peran strategis untuk menangani konseli adiksi obat adalah konselor. Konselor melalui KKP dapat membantu konseli membebaskan diri dari dampak psikologis adiksi obat dan berusaha untuk dapat kembali menjalani kehidupan secara lebih bermakna.

Berdasarkan uraian tersebut, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah:
Sejauhmana Konseling Kognitif-Perilaku (KKP) dapat mengurangi dampak psikologis konseli adiksi obat?

C. Hipotesis Penelitian

Hipotesis utama penelitian ini adalah: KKP efektif untuk mengurangi dampak psikologis konseli adiksi obat.

Hipotesis utama tersebut dijabarkan sebagai berikut.

1. KKP efektif untuk mengubah kecenderungan orientasi berpikir konseli adiksi obat dari eksternal negatif ke internal positif.
2. KKP efektif untuk meningkatkan kontrol diri konseli adiksi obat.
3. KKP efektif untuk mengurangi depresi konseli adiksi obat.
4. KKP efektif untuk meningkatkan regulasi diri konseli adiksi obat.
5. KKP efektif untuk meningkatkan efikasi diri konseli adiksi obat.
6. KKP efektif untuk meningkatkan harapan hidup *wellness* konseli adiksi obat.
7. KKP efektif untuk meningkatkan pengarahan diri konseli adiksi obat.

D. Tujuan Penelitian

Tujuan umum penelitian ini adalah menguji efektivitas Konseling Kognitif-Perilaku (KKP) untuk mengurangi dampak psikologis konseli adiksi obat. Secara khusus penelitian ini bertujuan untuk memperoleh gambaran empirik tentang :

1. Efektivitas KKP untuk mengubah kecenderungan orientasi berpikir konseli adiksi obat dari eksternal negatif ke internal positif.
2. Efektivitas KKP untuk meningkatkan kontrol diri konseli adiksi obat.
3. Efektivitas KKP untuk mengurangi depresi konseli adiksi obat.
4. Efektivitas KKP untuk meningkatkan regulasi diri konseli adiksi obat.
5. Efektivitas KKP untuk meningkatkan efikasi diri konseli adiksi obat.
6. Efektivitas KKP untuk meningkatkan harapan hidup *wellness* konseli adiksi obat.
7. Efektivitas KKP untuk meningkatkan pengarahan diri konseli adiksi obat.

E. Manfaat Penelitian

Manfaat teoretik. Penelitian ini diharapkan dapat menambah khazanah konseptual tentang : (1) dampak psikologis konseli adiksi obat, yang meliputi :

(a) orientasi berpikir; (b) kontrol diri; (c) depresi; (d) regulasi diri; (e) efikasi diri; (f) harapan hidup *wellness*; dan (g) pengarahan diri; dan (2) KKP.

Manfaat empirik. Hasil penelitian yang paling utama adalah terujinya manual KKP secara efektif untuk menyembuhkan dampak psikologis konseli adiksi obat. Selain itu, hasil penelitian ini juga diharapkan dapat dijadikan masukan dalam : (1) pengembangan program konseling adiksi obat di sekolah; (2) pengembangan program penanganan konseli adiksi obat di lembaga-lembaga rehabilitasi sosial; (3) peningkatan kompetensi konselor, calon konselor, psikolog klinis, pekerja sosial, dan praktisi kesehatan mental dalam memahami karakteristik konseli adiksi obat dan strategi untuk menanganinya; (4) pemerolehan seperangkat instrumen untuk mengungkap dampak psikologis konseli adiksi obat seperti : (a) orientasi berpikir; (b) kontrol diri; (c) depresi; (d) regulasi diri; (e) efikasi diri; (f) harapan hidup *wellness*; dan (g) pengarahan diri; dan (5) implikasi untuk penelitian-penelitian selanjutnya.

F. Asumsi Penelitian

Penelitian ini didasarkan pada asumsi-asumsi berikut.

1. Adiksi obat dapat menimbulkan dampak fisik dan psikologis (Ausubel dalam Segal, 1988 : 50).
2. Di antara dampak psikologis adiksi obat adalah mengalami gangguan dalam :
 - (a) persepsi; (b) depresi; (c) orientasi berpikir; (d) memori dan belajar;

- (e) proses sensoris; dan (f) proses psikomotorik dan dampak psikologis lainnya (Segal, 1988 : 158).
3. Konseling Kognitif-Perilaku (KKP) memandang secara integratif bahwa faktor pikiran, perasaan, perilaku, dan lingkungan berperan terhadap perilaku abnormal (Segal, 1988; Kadden, 2002; Wilson & Branch, 2006).
 4. Dalam perspektif KKP, adiksi obat merupakan perilaku yang dipelajari sebagai hasil dari proses belajar (Kadden, 2002).

G. Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode *true-experimental designs* dengan *pretest-posttest control group design*.

Instrumen yang digunakan adalah : (1) inventori model *paired comparison* (IOB); (2) skala kontrol diri (SKD); (3) inventori depresi (ID); (4) skala regulasi diri (SRD); (5) skala efikasi diri (SED); (6) skala harapan hidup *wellness* (HHW); dan (7) skala pengarahan diri (SPD).

Analisis data menggunakan teknik persentase dan uji beda *n* rata-rata (*t-test*). Analisis data secara keseluruhan dilakukan secara *computerized* menggunakan bantuan perangkat lunak (*software*) *Statistical Packages for Social Science* (SPSS) 16.0. for Windows. Pembahasan secara rinci dijabarkan di Bab III.

H. Lokasi, Populasi dan Sampel Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Balai Pemulihan Sosial Pamardi Putera (BPSPP) Lembang Kabupaten Bandung Barat. Anggota populasi dalam penelitian ini adalah seluruh konseli adiksi obat di Balai Pemulihan Sosial Pamardi Putera (BPSPP) Lembang Kabupaten Bandung Barat yang berjumlah 46 orang konseli adiksi obat. Penarikan anggota sampel menggunakan teknik *random selection* dilanjutkan dengan *random assignment*. *Random selection* digunakan untuk memilih dan mengambil anggota sampel dari populasi, sedangkan *random assignment* (Furqon, 2009 : 12) dilakukan untuk membagi dua sampel penelitian secara acak agar memiliki peluang yang sama untuk dimasukkan ke dalam kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Pembahasan secara rinci dijabarkan di Bab III.