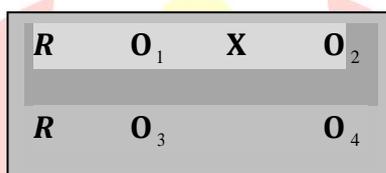


BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

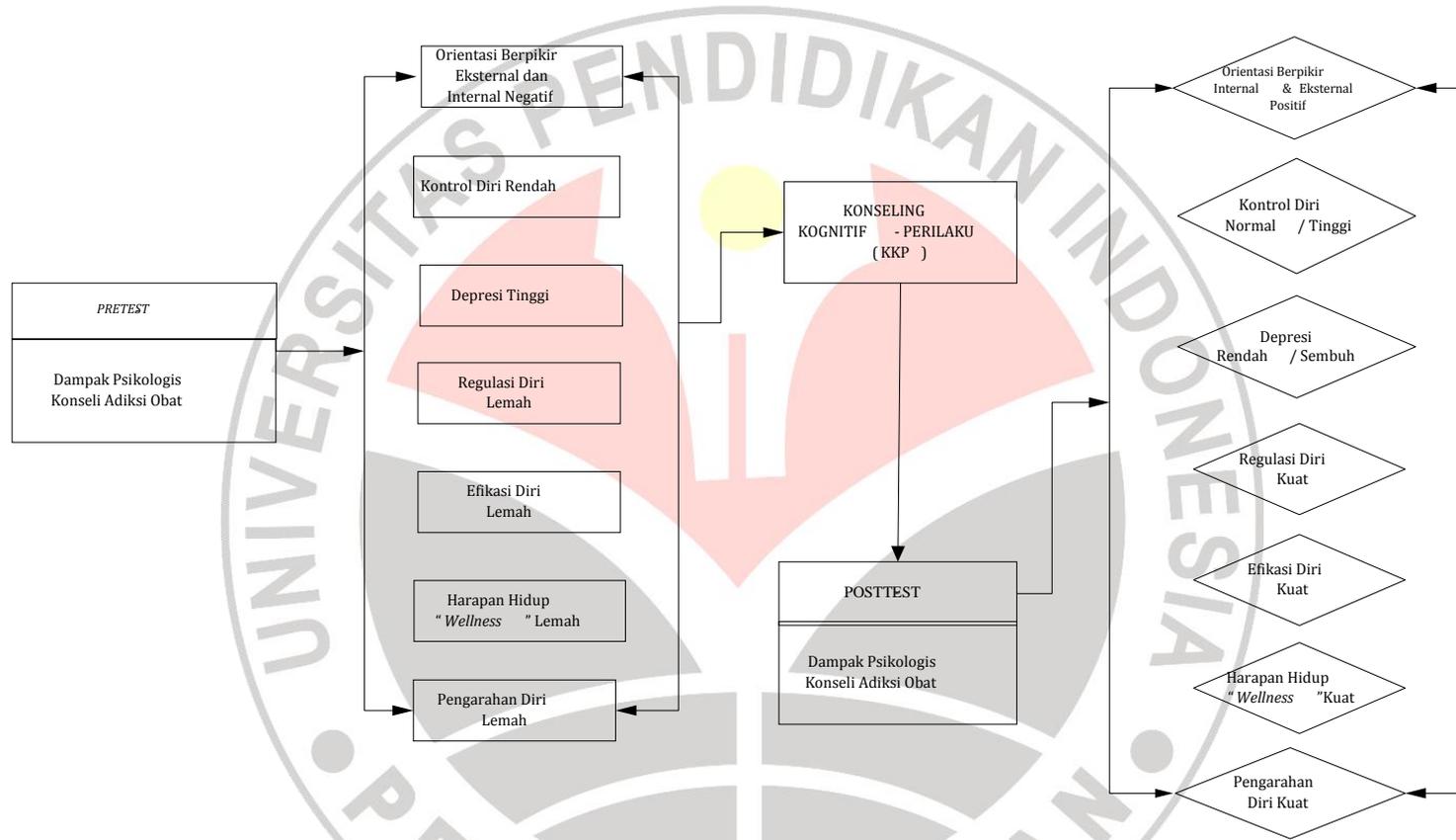
Penelitian ini menggunakan metode *true-experimental designs* dengan *pretest-posttest control group design* (Campbell and Stanley, 1963 : 13; Heppner *et al.*, 2008:152), yang tervisualisasikan pada gambar 3.1 berikut.



Gambar 3.1
Pretest-Posttest Control Group Design

Metode ini digunakan untuk menguji hipotesis penelitian tentang efektivitas KKP untuk mengurangi dampak psikologis konseli adiksi obat. Indikator efektivitas KKP ini menggunakan kriteria statistik (*statistical significant*) dan kriteria normatif/praktis, yaitu jika terjadi perubahan yang signifikan ke arah yang lebih baik (sub variabel positif meningkat dan sub variabel negatif menurun) setelah konseling dari dampak psikologis konseli adiksi obat, yang meliputi : (1) orientasi berpikir; (2) kontrol diri; (3) depresi; (4) regulasi diri; (5) efikasi diri; (6) harapan hidup *wellness*; dan (7) pengarahan diri.

Visualisasi untuk memahami ketujuh variabel tersebut dapat dilihat pada alur penelitian yang dituangkan pada bagan 3.1.



Bagan 3.1
Alur Penelitian

B. Variabel dan Definisi Operasional

Variabel dalam penelitian ini terdiri atas : (1) *Konseling Kognitif-Perilaku (KKP)*; (2) *dampak psikologis konseli adiksi obat* (orientasi berpikir, kontrol diri, depresi, regulasi diri, efikasi diri, harapan hidup *wellness*, dan pengarahan diri).

1. Konseling Kognitif-Perilaku (KKP)

Konseling Kognitif-Perilaku (KKP) adalah sebuah pendekatan konseling yang bertujuan untuk membantu konseli mengatasi masalah adiksi obat dengan cara memodifikasi perilaku, menggunakan pengkondisian, dan memaksimalkan aktivitas kognitif guna menghasilkan perubahan perilaku (sembuh dari adiksi obat) setelah menjalani konseling.

2. Adiksi Obat

Adiksi obat didefinisikan sebagai suatu keadaan psikis konseli yang muncul secara periodik atau kronis akibat penggunaan obat yang berulang, baik obat alam maupun sintetik yang ditandai oleh : (1) kehendak yang berlebihan atau memerlukan dengan paksa untuk meneruskan penggunaan obat dan berusaha mendapatkannya dengan segala cara; (2) adanya gejala untuk meningkatkan dosis; (3) memiliki ketergantungan fisik dan psikis terhadap pengaruh obat; serta (4) adanya gangguan kepribadian.

Adiksi adalah kondisi primer, kronis, dan penyakit neurobiologis yang dipengaruhi oleh perkembangan dan manifestasi faktor genetik, psikososial, dan lingkungan. Adiksi dikarakterisasikan oleh salah satu atau lebih perilaku berikut : (1) gangguan kontrol terhadap penggunaan obat; (2) kompulsif; dan (3) keinginan

untuk terus menggunakan obat walaupun berbahaya (The American of Pan Medicine, the American Pain Society, and the American Society of Addiction Medicine dalam Wikidpedia, nd.).

Pada tahun 1957, World Health Organization (WHO) Expert Committee on Addiction Producing Drugs (Wikipedia, nd.) mendefinisikan adiksi obat sebagai suatu keadaan psikis individu yang muncul secara periodik atau mabuk yang kronis akibat penggunaan obat, baik alam maupun sintetik secara berulang-ulang dengan karakteristik berikut : (1) keinginan, kebutuhan, dan keharusan yang sangat kuat untuk melanjutkan penggunaan obat dan berusaha mendapatkannya dengan segala cara; (2) kecenderungan untuk meningkatkan dosis; (3) mengalami ketergantungan fisik maupun psikologis terhadap pengaruh obat; (4) mengalami gangguan kepribadian; dan (5) merugikan individu yang bersangkutan dan masyarakat. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV) mengkategorisasikan tiga tahap adiksi, yaitu : kesukaan, pesta minuman keras/mabuk, dan menarik diri/berperilaku negatif.

Dalam kehidupan sehari-hari, obat didefinisikan sebagai semua zat atau paduan zat, baik dari alam (hewan dan tumbuhan) maupun kimiawi yang dalam takaran (dosis) yang tepat atau layak dapat menyembuhkan, meringankan, atau mencegah penyakit dan gejala-gejalanya, luka atau kelainan fisik dan psikologis pada manusia atau hewan, serta untuk memperindah badan atau bagian badan manusia.

Dalam penelitian ini, obat didefinisikan dengan merujuk pendapat Goddard (Ma'sum, 1987 : 52; Hafid, 1997 : 63), yaitu : (1) obat yang belum atau

tidak berguna untuk pelayanan kesehatan pada umumnya; dan (2) obat yang digunakan untuk pengobatan, khususnya di bidang kesehatan yang berhubungan dengan psikiatri. Sifat obat ini adalah psikotropika (menggerakkan psikiatri), memiliki pengaruh terhadap otak dan susunan syaraf pusat hingga muncul kecanduan jika penggunaannya di luar aturan atau dosis yang tepat.

Tipe obat yang dapat menimbulkan kecanduan, yaitu : (1) *stimulants*, meliputi : amphetamine, methamphetamine, caffeine, cocaine, dan nicotine ; (2) *sedatives dan hypnotics*, terdiri atas : alcohol, barbiturates, benzodiazepines, flunitrazepam, triazolam, temazepam, nimetazepam, methaqualone, dan quinazolinone sedative-hypnotics; (3) *opiate dan opioid analgesics*, meliputi : morphine, codeine, heroin (diacetylmorphine), oxycodone, hydrocodone, hydromorphone, fentanyl, meperidine/pethidine, dan methadone; (4) obat-obatan ilegal dan zat adiktif lainnya; dan (5) obat-obatan legal yang disalahgunakan atau melebihi dosis aman (American Society of Addiction Medicine dalam Wikipedia, nd.).

3. Orientasi Berpikir

Orientasi berpikir didefinisikan sebagai suatu kecenderungan tentang cara konseling meletakkan tanggung jawab untuk keadaan dirinya berkenaan dengan objek yang dipikirkannya, baik internal maupun eksternal.

Dalam penelitian ini, konstruk orientasi berpikir merujuk pada pendapat (Dyer and Vriend, 1977 : 49) yang membagi orientasi berpikir menjadi dua, yaitu orientasi berpikir internal dan eksternal.

a) *Berpikir Eksternal (BE)*

Konseli yang tergolong berpikir eksternal adalah mereka yang cenderung meletakkan tanggung jawab untuk keadaan diri mereka pada seseorang atau sesuatu di luar dirinya saat membuat pertimbangan dalam pengambilan keputusan.

Orientasi berpikir eksternal ini terdiri dari dua dimensi. Dimensi *pertama* adalah berpikir eksternal positif (BE+) dalam arti bahwa di saat konseli adiksi berpikir maka konseli memandang positif terhadap objek-objek luar. *Kedua*, dimensi berpikir eksternal negatif (BE-), yaitu konseli memiliki pandangan yang negatif terhadap objek-objek di luar dirinya ketika ia berpikir.

Konseli yang orientasi berpikirnya eksternal meletakkan tanggung jawab kerancuan dirinya pada objek-objek di luar dirinya, yaitu kepada (1) orang tua; (2) saudara-saudaranya/famili; (3) masyarakat dan lingkungan; serta (4) teman-temannya.

b) *Berpikir Internal*

Konseli yang orientasi berpikirnya internal adalah mereka yang meletakkan tanggung jawab untuk keadaan dirinya pada diri mereka sendiri, menggunakan referensi diri ketika menilai keadaan diri mereka.

Model orientasi berpikir internal ini dibagi menjadi dua dimensi yaitu : orientasi berpikir internal positif dan negatif (BI + dan BI-). Model berpikir internal positif menekankan bahwa penilaian dan pengambilan keputusan serta peletakan tanggung jawab didasarkan pada aspek-aspek diri secara positif,

sedangkan bila didasarkan pada aspek-aspek diri secara negatif, maka dapat dikatakan bahwa yang bersangkutan memiliki model berpikir internal negatif.

Baik orientasi berpikir eksternal positif maupun orientasi berpikir internal positif keduanya memiliki ciri-ciri tatanan emosi yang sama. Merujuk pendapat Plutchik (Morris, 1976 ; 408) dengan Dyer and Vriend (1977: 49) ciri-ciri orientasi berpikir itu adalah memiliki keadaan emosi : (1) bergelora; (2) berapresiasi yang indah; (3) lega; (4) gembira; (5) cinta; (6) bahagia; (7) riang; (8) puas; (9) senang; dan (10) bangga.

Model berpikir internal dan eksternal negatif memiliki gambaran bahwa keadaan emosinya adalah (1) jengkel; (2) berkeinginan mati; (3) takut; (4) berdosa; (5) sedih; (6) susah; (7) menyesal; (8) dendam; (9) frustrasi; (10) depresi; (11) menolak; (12) cemas; (13) benci, dan (14) marah.

4. Kontrol Diri

Kontrol diri didefinisikan sebagai upaya konseli adiksi obat untuk mengendalikan diri dalam berpikir dan bertindak berdasarkan keyakinannya bahwa segala yang terjadi atas dirinya merupakan akibat tindakannya.

Dalam penelitian ini, konstruk kontrol diri merujuk pada pendapat Sukartini (2003 : 77-78) sebagai berikut : (a) penguasaan situasi, yaitu kemampuan memikirkan cara-cara menguasai dan mengendalikan situasi sekitarnya yang berkaitan dengan peraturan; (b) motivasi bertindak, yaitu kemampuan memilih tindakan untuk mengatasi masalah; dan (c) kesediaan

menerima risiko, yaitu kesanggupan menerima risiko atas tindakan yang dilakukan.

5. Depresi

Depresi diartikan sebagai suatu gangguan dinamika psikologis (terutama alam perasaan) yang mendalam dan berkelanjutan. Ditandai oleh perubahan emosi, menurunnya aktivitas, terhambatnya proses berpikir, delusi, halusinasi serta memiliki gejala-gejala gangguan tubuh.

Ciri-ciri konseli depresi, dikembangkan dengan bertolak pada konstruk depresi yang diungkapkan oleh Maslow and Mittleman (Crow and Crow, 1960 :129-130). Maslow and Mittleman menjelaskan bahwa konstruk depresi itu terdiri dari enam dimensi yang dimensi terakhirnya adalah gejala gangguan tubuh (*bodily symptoms*); sebagian dari indikatornya lebih cenderung ke bidang garapan medik-psikiatrik (dimensi yang demikian tidak dimasukan ke dalam konstruk). Misalnya, ciri-ciri yang berkenan dengan berkurangnya kelenjar saliva, perubahan tekanan darah (tinggi menjadi rendah) dan terpengaruhinya perjalanan menstruasi.

Dari keenam dimensi tersebut dipilih dimensi dan indikator yang sesuai, karena itu konstruk depresi yang dikembangkan dalam penelitian ini meliputi hal-hal berikut.

- a. *Perubahan emosi.* Gambaran perubahan emosi itu terjadi apabila konseli memperlihatkan perasaan; sedih, tidak berharga, tidak bergairah, tidak puas, dibiarkan, salah, dibebani tanggung, kehilangan harga diri, tidak berbahagia, dan ragu terhadap diri.

- b. *Penurunan aktivitas* atau keterasingan dari keterlibatan aktivitas yang ditandai oleh : kelambanan dalam bekerja dan berbuat, sulit memulai tindakan, dan menghindari kontak sosial.
- c. *Terhambatnya proses berpikir*. Indikatornya bila dalam pikiran mereka menyatakan dan bahkan berpikir untuk bunuh diri, ia akan berbuat jahat pada dirinya sendiri, ia berpikir akan gagal masa lalu dan kini, pesimis, tidak mempunyai harapan, dan terkadang sulit memformulasikan suatu keputusan.
- d. *Delusi*; bila konseli memiliki ide-ide bahwa dirinya tidak berguna, berdosa, malu, masa depan suram, menganggap bahwa orang-orang membicarakannya, membiarkan dirinya jatuh dan membesar-besarkan kesalahan diri.
- e. *Halusinasi*. Bila dalam pikiran konseli adiksi sepertinya mendengar suara-suara yang akan menghukum mereka, maka hal itu merupakan ciri dari terjadinya halusinasi.
- f. *Gejala-gejala gangguan tubuh*. Indikatornya : pengurangan nafsu makan, berat badan menurun, terjadi perubahan pola tidur (sukar tidur dan atau sering terbangun malam hari dan sukar tidur lagi), dan kurang memiliki keinginan untuk mengurus kesehatan badan.

6. Regulasi Diri

Regulasi diri didefinisikan sebagai proses-proses psikologis yang memediasi perilaku konseli adiksi obat yang mengarah pada tujuan berupa mencapai kesembuhan tanpa konsekuensi-konsekuensi langsung.

Dalam penelitian ini, konstruk regulasi diri merujuk pada pendapat Zimmerman (Boekaerts *et al.*, 2000 : 15-24) yang mengatakan bahwa regulasi diri terdiri atas tiga aspek, yaitu : pemikiran awal, kemampuan unjuk kerja atau kemampuan membuat keputusan, dan refleksi diri.

Pemikiran awal merujuk pada proses-proses awal yang sangat berpengaruh untuk melakukan suatu tindakan, meliputi indikator : (a) analisis tugas, terdiri atas penyusunan tujuan dan perencanaan strategi; dan (b) keyakinan yang memotivasi diri, terdiri atas *self-efficacy*, harapan pada hasil akhir, minat/nilai intrinsik, dan orientasi tujuan.

Kemampuan melakukan sesuatu atau kemampuan membuat keputusan melibatkan proses-proses yang terjadi selama usaha motorik dilakukan serta mempengaruhi perhatian dan tindakan. Aspek ini terdiri atas indikator : (a) pengendalian diri, meliputi : pemberian instruksi pada diri sendiri, imajinasi, memfokuskan perhatian, dan strategi pengerjaan tugas; dan (b) pengamatan diri, meliputi perekaman diri dan eksperimentasi diri.

Refleksi diri melibatkan proses-proses yang terjadi setelah dilakukannya usaha-usaha untuk melakukan suatu tindakan dan mempengaruhi respon konseli adiksi obat atas pengalamannya. Aspek ini terdiri atas indikator : (a) penilaian diri, meliputi : evaluasi diri dan atribut penyebab; (b) reaksi diri, meliputi : pemuasan diri dan penyesuaian diri.

7. Efikasi Diri

Efikasi diri didefinisikan sebagai keyakinan konseli adiksi obat terhadap kemampuannya untuk berperilaku secara efektif dan menghindari *relapse*.

Konstruk *self-efficacy* dalam penelitian ini merujuk pada pendapat Bandura (1997: 42-50; 2001: 3-6) dan Maddux (Sudrajat, 2008 : 40–42) yang mengatakan bahwa *self-efficacy* terdiri atas tiga dimensi, yaitu: *magnitude* atau *level*, *strength*, dan *generality*. *Dimensi magnitude atau level*, yaitu dimensi yang berhubungan dengan tingkat kesulitan masalah atau tugas yang dapat diatasi oleh konseli adiksi obat sebagai hasil persepsi tentang kompetensi dirinya. *Dimensi strength*, yaitu dimensi yang berhubungan dengan tingkat kemantapan konseli adiksi obat terhadap keyakinannya. *Dimensi Generality*, yaitu dimensi yang berhubungan dengan luas bidang perilaku atau tingkat pencapaian keberhasilan seseorang dalam mengatasi atau menyelesaikan masalah atau tugas-tugasnya dalam kondisi tertentu.

8. Harapan Hidup *Wellness*

Harapan hidup *wellness* didefinisikan sebagai keinginan untuk mencapai fungsi-fungsi manusiawi pada konseli adiksi obat secara maksimal yang mencakup aspek fisik, pikiran, dan jiwa.

Dalam penelitian ini, konsep harapan hidup *wellness* dinyatakan dalam lima tugas hidup, yaitu : (a) spiritualitas; (b) pengarahan diri; (c) pekerjaan dan penggunaan waktu luang; (d) persahabatan; dan (e) cinta (Myers, *et al.*, 2000 : 252 – 257).

9. Pengarahan Diri

Pengarahan diri didefinisikan sebagai kemampuan konseli adiksi obat untuk membuat dan mengimplementasikan rencana hidup yang lebih positif setelah sembuh dari adiksi obat.

Dalam penelitian ini, aspek-aspek pengarahan diri terdiri atas lima dimensi sesuai dengan pendapat *Maryland Development Disabilities Council* (2005 : 1) berikut ini.

- a. Kebebasan, yakni kemampuan mengambil keputusan dalam membuat rencana hidup oleh dan untuk diri sendiri. Sedikitnya ada lima ciri individu yang memiliki kemampuan ini, yakni individu mampu menjawab dengan respon yang tepat atas pertanyaan berikut : (1) bagaimana dan dimana bekerja, belajar, dan menjalani kehidupan?; (2) apa pilihan hidup yang diinginkan?; (3) bagaimana memberikan sesuatu yang berarti bagi diri sendiri dan lingkungan?; (4) pelayanan atau dorongan apa untuk menjalani kehidupan yang lebih baik?; dan (5) dengan siapa sebaiknya menghabiskan waktu dalam hidup?
- b. Otoritas, yakni kemampuan mengendalikan rencana hidup seperti : (1) mampu menentukan rencana hidup; (2) mampu membuat keputusan; dan (3) mampu memilih tindakan yang lebih bermakna.
- c. Dorongan, yakni kemampuan untuk mengorganisasikan dorongan psikologis serta memunculkan kekhasan diri dalam membuat dan mengimplementasikan rencana hidup. Aspek ini terdiri atas indikator-indikator berikut : (1) memiliki

dorongan untuk memelihara diri sendiri; (2) memiliki dorongan untuk aktif di lingkungan tempat tinggal; dan (3) memiliki dorongan untuk menemukan karir (pekerjaan).

- d. Tanggung jawab, yaitu merasa berkewajiban untuk memanfaatkan kepercayaan orang lain dan berkontribusi terhadap lingkungan dalam membuat dan mengimplementasikan rencana hidup. Individu yang memiliki tanggung jawab memiliki karakteristik berikut : (1) menentukan pilihan; (2) mematuhi hukum dan nilai-nilai; (3) berpartisipasi dalam lingkungan kehidupan; dan (4) berupaya mengembangkan hubungan positif dengan teman, keluarga, dan tetangga.
- e. Kontrol diri, yakni kemampuan mengendalikan diri dalam membuat dan mengimplementasikan rencana hidup. Individu yang memiliki kendali diri yang tinggi memiliki karakteristik berikut : (1) menyadari keadaan diri; (2) mampu mengelola diri; dan (3) memiliki komitmen terhadap rencana hidup.

C. Pengembangan Instrumen Penelitian

Data yang diperlukan dalam penelitian ini adalah data tentang konseli adiksi obat yang menyangkut hal-hal berikut : (1) orientasi berpikir; (2) kontrol diri; (3) depresi; (4) regulasi diri; (5) efikasi diri; (6) harapan hidup *wellness*; dan (7) pengarahan diri.

Sesuai dengan kebutuhan, maka alat pengumpul data yang dikembangkan adalah sebagai berikut : (1) Inventori model *paired comparison* (I-OB) untuk

mengungkap arah kecenderungan berpikir; (2) Skala Kontrol Diri (SKD) untuk mengungkap tingkat kontrol diri; (3) Inventori Depresi (I-D) untuk mengungkap tingkat kedepresian; (4) Skala Regulasi Diri (SRD) untuk mengungkap tingkat regulasi diri; (5) Skala Efikasi Diri (SED) untuk mengungkap tingkat efikasi diri; (6) Skala Harapan Hidup *Wellness* (WS) untuk mengungkap tingkat harapan hidup sehat multidimensional; dan (7) Skala Pengarahan Diri (SPD) untuk mengungkap tingkat pengarahan diri.

Langkah-langkah pengembangan instrumen penelitian ini diuraikan sebagai berikut.

1. Pengembangan Kisi-kisi Instrumen Penelitian

Kisi-kisi instrumen penelitian disajikan pada tabel 3.1, tabel 3.2, tabel 3.3, tabel 3.4, tabel 3.5, tabel 3.6, dan tabel 3.7 di lampiran 1.

2. Penimbangan (*Judgment*) Instrumen Penelitian

Penimbangan instrumen penelitian dilakukan oleh satu orang pakar Bimbingan dan Konseling, satu orang *social worker* dan satu orang pakar Psikologi Klinis.

Kegiatan penimbangan ini berorientasi pada validitas konstruk dan validitas isi, berupa variabel, subvariabel, aspek/dimensi, dan indikator yang hendak diukur, redaksi setiap butir pernyataan, keefektifan susunan kalimat dan koreksi terhadap bentuk format yang digunakan. Berdasarkan beberapa masukan tersebut, kemudian dikembangkan revisi kisi-kisi instrumen penelitian tahap II.

3. Menghitung Reliabilitas Antarpemimbang

Penghitungan reliabilitas antarpemimbang menggunakan rumus dari Ebel (Guilford, 1959 : 395-397).

$$r_{11} = \frac{V_p - V_e}{V + (k-1)V_e} \quad (3.1)$$

$$r_{kk} = \frac{V_p - V_e}{V_p} \quad (3.2)$$

Keterangan :

r_{11} = Kadar reliabilitas timbangan seorang pemimbang

r_{kk} = Kadar reliabilitas antarpemimbang

V_p = Variansi pernyataan

V_e = Variansi galat

k = Banyak pemimbang

Koefisien reliabilitas antarpemimbang setiap instrumen penelitian diperoleh dengan menggunakan rumus 3.1 dan 3.2 seperti tertuang pada tabel 3.8.

Tabel 3.8
Koefisien Reliabilitas Antarpemimbang untuk Seluruh Instrumen Penelitian tentang Dampak Psikologis Konseli Adiksi Obat

Instrumen	Koefisien Reliabilitas	Nilai Koefisien	t	Signifikan pada $p <$
Orientasi Berpikir	r_{11}	0,290	1,770	0,05
	r_{33}	0,560	3,940	0,05
Kontrol Diri	r_{11}	0,331	2,187	0,05
	r_{33}	0,597	4,647	0,05

Instrumen	Koefisien Reliabilitas	Nilai Koefisien	t	Signifikan pada $p <$
Depresi	r_{11}	0,250	2,160	0,05
	r_{33}	0,500	4,830	0,05
Regulasi Diri	r_{11}	0,869	14,863	0,05
	r_{33}	0,952	24,067	0,05
Efikasi Diri	r_{11}	0,500	3,416	0,05
	r_{33}	0,750	6,708	0,05
Harapan Hidup <i>Wellness</i>	r_{11}	0,695	10,171	0,05
	r_{33}	0,872	18,781	0,05
Pengarahan Diri	r_{11}	0,808	11,650	0,05
	r_{33}	0,927	20,932	0,05

4. Uji Keterbacaan Instrumen Penelitian

Validasi eksternal instrumen penelitian dilakukan melalui uji keterbacaan. Hal ini dilakukan dengan tujuan untuk melihat apakah pernyataan-pernyataan yang terdapat dalam instrumen penelitian dapat dimengerti susunan redaksi dan maknanya serta telah sesuai/menggambarkan orientasi berpikir, kontrol diri, depresi, regulasi diri, efikasi diri, harapan hidup *wellness*, dan pengarahan diri.

5. Uji Coba Instrumen Penelitian

Uji coba instrumen penelitian dilakukan *built-in* selama satu tahap, yang meliputi validitas dan reliabilitas. Hal ini dilakukan untuk memperoleh kualitas instrumen yang layak pakai.

a. Pengujian Validitas Instrumen Penelitian

Pemilihan item yang layak dipakai dilakukan melalui pengujian validitas item menggunakan teknik korelasi *item-total product moment* (Guiford & Frunchter, 1978 : 83; Fraenkel & Walen, 1993 : 175) dengan angka kasar.

$$r_{xy} = \frac{N \sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{\{N \sum X^2 - (\sum X)^2\} \{N \sum Y^2 - (\sum Y)^2\}}}$$

Keterangan:

X = skor butir pernyataan

Y = skor total

N= jumlah subjek

Rumus untuk taraf signifikansi adalah sebagai berikut.

$$t = r \sqrt{\frac{n-2}{1-r^2}} \quad (\text{Guilford \& Fruchter, 1978 : 142; Subino, 1987 : 46})$$

Keterangan:

t = harga t_{hitung} untuk tingkat signifikansi

r = koefisien korelasi

n = banyaknya sampel

Pengujian korelasi *item-total product moment* untuk mencari validitas item dilakukan dengan menggunakan bantuan perangkat lunak (*software*) *SPSS version 16.0 for Windows*. Sementara itu, untuk melihat signifikansinya menggunakan bantuan program *Microsoft Office Excel 2007*.

Hasil pengujian validitas ketujuh instrumen penelitian dideskripsikan sebagai berikut.

Pertama, instrumen Orientasi Berpikir (I-OB) tidak diuji kembali validitas itemnya karena telah teruji pada waktu penelitian sebelumnya (Hafid, 1997).

Kedua, hasil pengujian validitas instrumen Skala Kontrol Diri (SKD), dari 43 item pernyataan yang disusun didapatkan 23 item pernyataan dinyatakan valid. Item pernyataan yang tidak valid adalah nomor 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 13, 14, 15, 27, 29, 30, 34, 36, 37, dan 38. Hasil pengujian pada lampiran 4.

Ketiga, instrumen Depresi (ID) tidak diuji kembali validitas itemnya karena telah teruji pada waktu penelitian sebelumnya (Hafid, 1997).

Keempat, hasil pengujian validitas instrumen Skala Regulasi Diri (SRD), dari 56 item pernyataan yang disusun didapatkan 40 item pernyataan dinyatakan valid. Item pernyataan yang tidak valid adalah nomor 2, 7, 16, 20, 22, 23, 25, 28, 33, 41, 42, 44, 45, 46, 50, dan 55. Hasil pengujian pada lampiran 4.

Kelima, hasil pengujian validitas instrumen Skala Efikasi Diri (SED), dari 37 item pernyataan yang disusun didapatkan 25 item pernyataan dinyatakan valid. Item pernyataan yang tidak valid adalah nomor 5, 9, 10, 13, 14, 23, 25, 26, 31, 32, 34, dan 37. Hasil pengujian pada lampiran 4.

Keenam, hasil pengujian validitas instrumen Skala Harapan Hidup *Wellness* (WS), dari 113 item pernyataan yang disusun didapatkan 87 item pernyataan dinyatakan valid. Item pernyataan yang tidak valid adalah nomor 21, 22, 23, 27, 39, 40, 42, 44, 52, 55, 61, 63, 66, 71, 79, 87, 90, 92, 95, 98, 99, 100, 101, 109, 110, dan 112. Hasil pengujian pada lampiran 4.

Ketujuh, hasil pengujian validitas instrumen Skala Pengarahan Diri (SPD), dari 74 item pernyataan yang disusun didapatkan 50 item pernyataan dinyatakan valid. Item pernyataan yang tidak valid adalah nomor 3, 7, 9, 13, 19, 28, 30, 31, 33, 34, 44, 49, 50, 51, 52, 55, 57, 58, 60, 61, 64, 65, 68, dan 72. Hasil pengujian pada lampiran 4.

b. Pengujian Reliabilitas Instrumen Penelitian

Pengujian reliabilitas instrumen penelitian dimaksudkan untuk melihat konsistensi internal instrumen yang digunakan. Tolok ukur reliabilitas instrumen penelitian didasarkan pada pendapat Balian (Sudrajat, 2008) tentang indeks angka korelasi yang disajikan pada tabel 3.9.

Tabel 3.9
Indeks Koefisien Korelasi

No.	Indeks Koefisien Korelasi			Kualifikasi
01.	+ 0,90	—	+ 1,00	Istimewa (<i>Excellent</i>)
02.	+ 0,85	—	+ 0,89	Sangat Bagus (<i>Very Good</i>)
03.	+ 0,80	—	+ 0,84	Bagus (<i>Good</i>)
04.	+ 0,70	—	+ 0,79	Cukup (<i>Fair</i>)
05.		≤	+ 0,69	Kurang (<i>Poor</i>)

Hasil pengujian ketujuh instrumen penelitian dideskripsikan sebagai berikut.

Pertama, pengujian reliabilitas instrumen Orientasi Berpikir (I-OB) menggunakan rumus *Spearman-Brown Coefficient* diperoleh koefisien reliabilitas

(α) sebesar 0,93. Dengan merujuk pada klasifikasi rentang koefisien reliabilitas dari Balian (1988), koefisien reliabilitas (α) sebesar 0,93 termasuk ke dalam kategori istimewa.

Kedua, pengujian reliabilitas instrumen Skala Kontrol Diri (SKD) menggunakan rumus *Cronbach's Alpha* (α) melalui bantuan *software SPSS 16.0 for Windows* diperoleh koefisien reliabilitas (α) sebesar 0,85. Merujuk pada klasifikasi rentang koefisien reliabilitas dari Balian (1988), koefisien reliabilitas (α) sebesar 0,85 termasuk ke dalam kategori sangat bagus.

Ketiga, pengujian reliabilitas instrumen Depresi (ID) menggunakan rumus *Spearman-Brown Coefficient* diperoleh koefisien reliabilitas (α) sebesar 0,95. Dengan merujuk pada klasifikasi rentang koefisien reliabilitas dari Balian (1988), koefisien reliabilitas (α) sebesar 0,95 termasuk ke dalam kategori istimewa.

Keempat, pengujian reliabilitas instrumen Skala Regulasi Diri (SRD) menggunakan rumus *Spearman-Brown Coefficient* melalui bantuan *software SPSS 16.0 for Windows* diperoleh koefisien reliabilitas sebesar 0,88. Merujuk pada klasifikasi rentang koefisien reliabilitas dari Balian (1988), koefisien reliabilitas (α) sebesar 0,88 termasuk ke dalam kategori sangat bagus.

Kelima, pengujian reliabilitas instrumen Skala Efikasi Diri (SED) menggunakan rumus *Cronbach's Alpha* (α) melalui bantuan *software SPSS 16.0 for Windows* diperoleh koefisien reliabilitas (α) sebesar 0,87. Merujuk pada klasifikasi rentang koefisien reliabilitas dari Balian (1988), koefisien reliabilitas (α) sebesar 0,87 termasuk ke dalam kategori sangat bagus.

Keenam, pengujian reliabilitas instrumen Skala Harapan Hidup *Wellness* (WS) menggunakan rumus *Cronbach's Alpha* (α) melalui bantuan *software SPSS 16.0 for Windows* diperoleh koefisien reliabilitas (α) sebesar 0,959. Merujuk pada klasifikasi rentang koefisien reliabilitas dari Balian (1988), koefisien reliabilitas (α) sebesar 0,959 termasuk ke dalam kategori istimewa.

Ketujuh, pengujian reliabilitas instrumen Skala Pengarahan Diri (SPD) menggunakan rumus *Spearman-Brown Coefficient* melalui bantuan *software SPSS 16.0 for Windows* diperoleh koefisien reliabilitas sebesar 0,914. Merujuk pada klasifikasi rentang koefisien reliabilitas dari Balian (1988), koefisien reliabilitas (α) sebesar 0,914 termasuk ke dalam kategori istimewa.

Kisi-kisi akhir berdasarkan hasil penimbangan pakar, uji keterbacaan, serta pengujian validitas dan reliabilitas disajikan pada tabel 3.10, 3.11, 3.12, 3.13, 3.14, 3.15, dan 3.16.

Tabel 3.10
Kisi-Kisi Orientasi Berpikir Konseli Adiksi (Setelah Uji Coba)

Orientasi Berpikir	Kode	Indikator	Objek	No. Pernyataan	Jumlah Pernyataan	Notasi
Eksternal Positif	OBE+	<ul style="list-style-type: none"> - Bergelora - Berprestasi yang baik - Lega - Gembira - Cinta - Bahagia - Riang - Puas - Senang 	<ul style="list-style-type: none"> - Orang tua - Saudara (Famili) - Masyarakat dan Lingkungan - Teman 	01-05	5	EP
				06-09	4	EP
				10-14	5	EP
				15-18	4	EP
Internal Positif	OBI +		- Diri	37-54	15	IP
Eksternal Negatif	OBE-	<ul style="list-style-type: none"> - Berkeinginan mati - Jengkel - Takut - Berdosa - Sedih - Susah 	<ul style="list-style-type: none"> - Orang tua - Saudara (Famili) - Masyarakat dan Lingkungan - Teman 	19-23	4	EP
				24-27	4	EP
				28-32	5	EP
				33-36	4	EP
Internal Negatif	OBI-	<ul style="list-style-type: none"> - Menyesal - Dendam - Frustasi - Depresi - Menolak - Cemas - Benci 	- Diri	55-72	14	IN
Jumlah					72	

Tabel 3.11
Kisi-Kisi Instrumen Kontrol Diri Konseli Adiksi Obat (Setelah Uji Coba)

Variabel	Sub Variabel	Aspek	Indikator	Nomor Butir Pernyataan				
				+	-	Σ		
Dampak Psikologis Konseli Adiksi Obat	Kontrol Diri	Penguasaan situasi	Berpikir positif		1	1		
			Dapat menguasai perasaan	2, 4	3	3		
			Dapat mengatasi masalah	5, 6, 7, 8	-	4		
			Dapat mendahulukan pekerjaan yang lebih penting	9, 10, 11	-	3		
		Motivasi bertindak	Dapat memusatkan perilaku pada tujuan	12, 13	14, 15	4		
			Dapat merencanakan masa depan	16	17	2		
			Tidak terpengaruh hal-hal negatif dari lingkungan	18, 19	20	3		
		Kesediaan menerima resiko	Bertanggung jawab terhadap perilaku	21, 22, 23	-	3		
		Jumlah				17	6	23

Tabel 3.12
Kisi-Kisi Instrumen Inventori Depresi (Setelah Uji Coba)

Variabel	Sub Variabel	Dimensi	Indikator	Kode Pernyataan	Nomor Pernyataan	Σ Pernyataan
Dampak Psikologis Konseli Adiksi Obat	Depresi	Perubahan Emosi	Konseli merasa : sedih, tidak berharga, tidak bergairah, tidak enak, dibiarkan, bersalah, dibebani tanggung jawab, kehilangan harga diri, tidak berbahagia, dibiarkan dan ragu terhadap diri	PS	17	6
				TB	10	
				TP	12	
				DB	9	
				BS	3	
		Penurunan aktivitas	Kelambanan dalam bekerja dan berbuat, sulit memulai tindakan, menghindari kontak sosial	LS	13	3
				HK	8	
				KL	11	
		Terhambatya proses berpikir	Dalam pikirannya ia menyatakan untuk bunuh diri, ia yang paling jahat untuk dirinya, berpikir kegagalan masa lalu dan kini, pesimis, tidak mempunyai harapan dan terkadang sulit memformulasikan suatu keputusan.	PM	16	4
				KG	4	
				BD	22	
KB	7					
Halusinasi	Ia memiliki ide-ide bahwa dirinya tidak berguna, berdosa, malu, menganggap bahwa orang-orang membicarakan diri jatuh dan membesar-besarkan kesalahan diri.	KD	1	3		
		JK	20			
		LM	2			

Variabel	Sub Variabel	Dimensi	Indikator	Kode Pernyataan	Nomor Pernyataan	Σ Pernyataan
			Dalam pikiran konseli sepertinya mereka mendengar suara-suara yang akan menghukum dia.	PH PR	21 18	2
		Gejala gangguan tubuh	Pengurangan nafsu makan, berat badan menurun, terjadinya perubahan pola tidur dan kurang memilikinya keinginan untuk mengurus kesehatan badan.	BT KT NM BB AD	14 5 15 6 19	5
Jumlah						22



Tabel 3.13
Kisi-Kisi Instrumen Regulasi Diri Konseli Adiksi Obat (Setelah Uji Coba)

Variabel	Sub Variabel	Aspek	Sub Aspek	Indikator	No. Butir Pernyataan		Σ		
					+	-			
Dampak Psikologis Konseli Adiksi Obat	Regulasi Diri	Pemikiran awal	Analisis Tugas	Mampu menyusun tujuan hidup	-	1	1		
				Mampu merencanakan strategi	2, 3	-	2		
			Keyakinan yang memotivasi diri	Memiliki efikasi diri yang tinggi	4, 5, 6, 7, 8, 9	-	6		
				Memiliki minat/nilai intrinsik	10, 11, 12, 13	-	4		
				Berorientasi pada tujuan/hasil akhir	14, 15, 16, 17	-	4		
		Kemampuan melakukan sesuatu atau kemampuan membuat keputusan	Pengendalian diri	Memiliki kemampuan dalam memberikan instruksi pada diri sendiri	18	-	1		
				Memiliki kemampuan imajinasi	19, 20	-	2		
				Memfokuskan perhatian	-	21, 22	2		
				Mampu menerapkan strategi pengerjaan tugas	23, 24	-	2		
			Pengamatan diri	Mampu melakukan perekaman diri	25	-	1		
				Mampu melakukan eksperimentasi diri	26, 27, 28, 29	-	4		
		Refleksi diri	Penilaian diri	Mampu mengevaluasi diri	30, 31,	-	2		
				Mampu mengevaluasi atribut penyebab masalah	32, 33	-	2		
			Reaksi diri	Mencapai kepuasan diri	34, 35	-	2		
		Mampu menyesuaikan diri		36, 37, 38, 39, 40	-	5			
		Jumlah					37	3	40

Tabel 3.14
Kisi-Kisi Instrumen Efikasi Diri Konseli Adiksi Obat (Setelah Uji Coba)

Variabel	Sub Variabel	Dimensi	Indikator	No. Butir Pernyataan		Σ
				+	-	
Dampak Psikologis Konseli Adiksi Obat	Efikasi diri	<i>Magnitude/Level</i> (Tingkat keyakinan dan kemampuan dalam menentukan tingkat kesulitan tugas atau masalah yang dihadapinya)	Berwawasan optimis	1, 2, 3	4	4
			Merencanakan penyelesaian tugas-tugas	6, 7, 8, 9	5	5
			Merasa yakin dapat menyelesaikan tugas-tugas yang diberikan dengan baik	10	11, 12	3
		<i>Strength</i> (Tingkat keyakinan konseli terhadap kemampuannya dalam mengatasi masalah atau kesulitan yang muncul akibat tugas-tugasnya)	Meningkatkan upaya sebaik-baiknya	13, 14, 15, 16, 17, 18	-	6
			Berkomitmen untuk melaksanakan tugas	19, 20, 21, 22	-	4
			<i>Generality</i> (Tingkat keyakinan dan kemampuan konseli dalam menggeneralisasikan tugas dan pengalaman sebelumnya)	Menyikapi situasi dan kondisi yang beragam dengan cara yang baik dan positif	-	23
		Berpedoman pada pengalaman hidup sebagai suatu langkah untuk mencapai keberhasilan		24, 25	-	2
		Jumlah				20

Tabel 3.15
Kisi-Kisi Instrumen Harapan Hidup *Wellness* Konseli Adiksi Obat (Setelah Uji Coba)

Variabel	Sub Variabel	Aspek	Indikator	Nomor Butir Pernyataan		Σ
				+	-	
Dampak Psikologis Konseli Adiksi Obat	Harapan Hidup "Wellness"	Spiritualitas	Mencapai kedamaian hidup	1, 2	-	2
			Memiliki makna hidup	3, 4, 5	-	3
			Memiliki tujuan hidup	6	-	1
			Optimis dalam menjalani hidup	7, 8	-	2
			Antisipasi masa depan	9, 10	-	2
			Memiliki nilai-nilai untuk membimbing hidup	11, 12	-	2
			Memiliki nilai-nilai untuk membuat keputusan	13, 14	-	2
		Pengarahan diri	Mewujudkan harga diri	15, 16, 17, 18, 19	-	5
			Mempertahankan harga diri	-	20, 21, 22	3
			Mampu mengendalikan diri	23, 24, 25	-	3
			Memiliki keyakinan akan kemampuan diri secara realistis	26, 27	28	3
			Memiliki kesadaran emosional dan <i>coping</i>	29, 30, 31, 32	-	4
			Mampu mengatasi masalah	33, 34	-	2
			Kreatif	35	-	1
			Mempunyai rasa humor	36	-	1
			Dapat memenuhi kebutuhan nutrisi	37, 38, 39, 40, 41	-	5
			Rajin berolah raga	-	42	1
			Mampu memelihara diri	43, 44	-	2
			Mampu mengelola stress	45, 46	-	2
			Menerima identitas gender secara mantap	47, 48	49	3
Memiliki identitas budaya	50, 51	-	2			

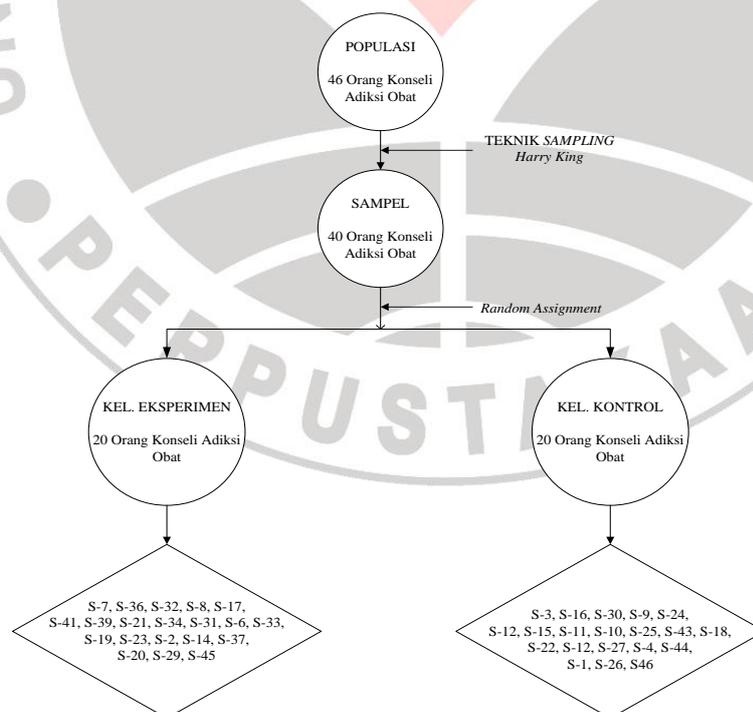
Variabel	Sub Variabel	Aspek	Indikator	Nomor Butir Pernyataan		Σ
				+	-	
		Memiliki pekerjaan dan menggunakan waktu luang secara efektif dan produktif	Dapat menggunakan waktu luang secara efektif dan produktif	52, 53, 54, 55	56	5
		Persahabatan	Memiliki sahabat karib	57	-	1
			Mampu menjalin persahabatan berlandaskan komitmen satu sama lain	58, 59, 60, 61	-	4
			Mampu menjalin saling pengertian dengan sahabat atau orang lain	62, 63, 64	65, 66, 67	6
			Mendapatkan dukungan sosial, baik berupa material maupun non-material	68, 69	-	2
		Cinta	Memiliki kemampuan untuk lebih intim, percaya, dan terbuka kepada orang lain	70, 71, 72, 73	-	4
			Memiliki kemampuan untuk saling menerima ekspresi afeksi dengan orang lain	74, 75, 76	-	3
			Memiliki kemampuan untuk respek terhadap keunikan orang lain	77, 78	-	2
			Memiliki kemampuan menjaga kehadiran dan stabilitas keintiman dalam berhubungan dengan orang lain	79, 81, 82, 83, 84	80	6
			Memiliki perhatian terhadap pertumbuhan dan perkembangan alamiah diri sendiri dan orang lain	85	-	1
			Memiliki pandangan yang positif terhadap pernikahan	86	-	1
			Mencapai kebahagiaan dalam kehidupan seksual dengan pasangan (khusus yang sudah menikah)	87	-	1
			Jumlah		75	12

Tabel 3.16
Kisi-Kisi Instrumen Pengarahan Diri Konseli Adiksi Obat (Setelah Uji Coba)

Variabel	Sub Variabel	Aspek	Indikator	Nomor Butir Pernyataan		Σ	
				+	-		
Dampak Psikologis Konseli Adiksi Obat	Pengarahan Diri	Kebebasan	Memiliki kemampuan dalam membuat keputusan tentang belajar, bekerja, dan menjalani kehidupan	1, 2	3	3	
			Mengetahui cara memberikan sesuatu yang bermakna bagi diri sendiri dan lingkungan sekitar	4, 5, 6, 7, 8	9	6	
			Mengetahui kebutuhan untuk menjalani kehidupan yang lebih baik	-	10, 11, 12	3	
			Memiliki kemampuan memilih seseorang yang dapat dijadikan teman untuk menghabiskan waktu bersama-sama	13, 14, 15, 16	-	4	
		Otoritas	Memiliki kemampuan membuat dan menentukan rencana hidup	17	18	2	
			Memiliki kemampuan memilih tindakan yang lebih bermakna	19	20	2	
		Dorongan	Memiliki dorongan untuk memelihara diri sendiri	21, 22	-	2	
			Memiliki dorongan untuk aktif di lingkungan tempat tinggal	23,	-	1	
			Memiliki dorongan untuk menemukan karir yang lebih cocok dan bermakna	24	-	1	
		Tanggung jawab	Memiliki kemampuan untuk menentukan pilihan	25	-	1	
			Mematuhi hukum dan nilai-nilai yang berlaku	26, 27	-	2	
			Berpartisipasi aktif dalam berbagai kegiatan yang diadakan oleh masyarakat di lingkungan sekitar	-	28	1	
			Dapat mengembangkan hubungan yang positif dengan teman, keluarga, tetangga, dan masyarakat.	29, 30, 31, 32, 33, 34	35, 36, 37	9	
		Kontrol diri	Menyadari keadaan diri	38, 39, 41	40	4	
			Memiliki kemampuan mengelola diri	42, 43, 44, 45, 46, 47	-	6	
			Memiliki komitmen untuk merealisasikan rencana hidup	48, 49, 50	-	3	
		Jumlah			38	12	50

D. Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh konseli adiksi obat di Balai Pemulihan Sosial Pamardi Putera (BPSPP) Lembang Kabupaten Bandung Barat yang berjumlah 46 orang. Penentuan sampel menggunakan *Nomogram Harry King* (Sugiyono, 2006 : 129) dengan tingkat kepercayaan 99% didapatkan sampel sebanyak 40 orang. Langkah selanjutnya, dilakukan *random assignment* untuk membagi konseli adiksi obat ke dalam dua kelompok, yaitu kelompok eksperimen dan kelompok kontrol yang memiliki ekuivalensi karakteristik adiksi obat dengan cara diundi. Hasil *random assignment* didapatkan 20 orang konseli adiksi obat menjadi kelompok eksperimen dan sisanya 20 orang menjadi kelompok kontrol. Pada bagan 3.2 berikut digambarkan langkah-langkah pelaksanaan pemilihan sampel penelitian.



Bagan 3.2
Proses Penarikan Sampel Penelitian

E. Teknik Pengumpulan Data

Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini menggunakan teknik kuesioner (angket) dan studi dokumentasi.

1. Teknik Kuesioner (Angket)

Kuesioner (angket) merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberi seperangkat pertanyaan atau pernyataan tertulis kepada responden untuk dijawab. Menurut Sugiyono (2007 : 1999) kuesioner merupakan teknik pengumpulan data yang lebih efisien bila peneliti tahu dengan pasti variabel yang akan diukur dan tahu apa yang bisa diharapkan dari responden.

2. Teknik Studi Dokumentasi

Teknik studi dokumentasi dalam penelitian ini dilakukan dengan memanfaatkan bahan-bahan tertulis sebagai dokumen. Data tertulis tersebut diklasifikasikan dan dikategorikan agar dapat dimanfaatkan untuk memecahkan masalah penelitian. Badudu (1994 : 354) mendefinisikan dokumentasi sebagai semua tulisan yang dikumpulkan dan disimpan yang dapat digunakan bila diperlukan, juga gambar dan foto. Dokumen yang digunakan peneliti untuk memperoleh data yang diperlukan berupa dokumen tertulis, foto, dan rekaman kegiatan.

F. Pelaksanaan Pengumpulan Data

1. Persiapan Pengumpulan Data

Persiapan diawali dengan penyusunan, pengajuan, dan ujian proposal penelitian. Kemudian dilanjutkan dengan pengesahan proposal penelitian dari program studi, revisi proposal menjadi bahan bimbingan disertasi (bab demi bab dari disertasi), penyusunan instrumen, penimbangan instrumen, revisi instrumen, uji coba instrumen, mengajukan surat ijin penelitian kepada: (1) Direktur Sekolah Pascasarjana (SPs) Universitas Pendidikan Indonesia (UPI); (2) Kepala Kesbangmas Kota Bandung; (3) Kepala Dinas Sosial Provinsi Jawa Barat; dan (4) Kepala Balai Pemulihan Sosial Pamardi Putera (BPSPP) Kecamatan Lembang Kabupaten Bandung Barat Provinsi Jawa Barat.

2. Pelaksanaan Pengumpulan Data

a. Mengadaptasi Manual KKP dan Melatih Konselor Adiksi Obat

Langkah-langkah yang ditempuh dalam mengadaptasi manual KKP dan melatih konselor adiksi obat, adalah sebagai berikut.

Pertama, mengkaji, mengkonstruksi, dan mengadaptasi konsep dan manual KKP untuk menyembuhkan dampak psikologis konseli adiksi obat. Konsep dan manual KKP yang dipilih, dikonstruksi, dan diadaptasi berjudul : *Therapy Manual for Drug Addiction : A Cognitive-Behavioral Approach* karya Kathleen M. Carroll, Ph.D, pada tahun 1998, yang diterbitkan di Maryland oleh National Institute on Drug Abuse (NIDA).

Manual KKP yang telah diadaptasi dan dikembangkan oleh peneliti dan ditimbang oleh para pakar terdiri atas 15 sesi. Setiap sesi KKP terdiri atas komponen: (1) tugas-tugas pokok; (2) tujuan; (3) intervensi-intervensi pokok; dan (4) latihan praktik. Garis besar isi setiap sesi KKP dideskripsikan berikut, sedangkan isi selengkapnya pada lampiran 7.

Sesi 1: *Pengantar Konseling Kognitif-Perilaku (KKP)*. Tujuan sesi 1 adalah: (1) mulai membangun hubungan dengan konseli; (2) menilai karakteristik konseli adiksi obat dan masalah-masalah lain yang menjadi faktor penting dalam konseling; (3) mendeskripsikan pentingnya KKP; (4) mendeskripsikan struktur seluruh sesi konseling; dan (5) memulai pelatihan keterampilan.

Sesi 2: *Pretest Tahap 1* merupakan kegiatan untuk mengetahui profil: (1) orientasi berpikir; (2) kontrol diri; dan (3) tingkat depresi konseli adiksi obat sebelum konseling.

Sesi 3: *Pretest Tahap 2* merupakan kegiatan untuk mengetahui profil: (1) regulasi diri; (2) efikasi diri; (3) harapan hidup *wellness*; dan (4) pengarahan diri konseli adiksi obat sebelum konseling.

Sesi 4: *Mengatasi Kecanduan dan Meningkatkan Kontrol Diri dan Regulasi Diri*. Tujuan sesi ini adalah: (1) memahami pengalaman kecanduan konseli; (2) menyampaikan sifat kecanduan sebagai suatu *time-limited experience* yang normal; (3) mengidentifikasi isyarat-isyarat dan pemicu kecanduan; dan (4) menanamkan dan mempraktikkan teknik-teknik pengawasan kecanduan dan pemicu kecanduan yang kuat, meliputi : kontrol diri dan regulasi diri.

Sesi 5: *Mengubah Orientasi Berpikir dan Meningkatkan Motivasi, Efikasi Diri, dan Komitmen untuk Berhenti*. Tugas dan tujuan sesi ini adalah: (1) mengklarifikasi dan memprioritaskan tujuan; (2) menghadapi dua perasaan yang bertentangan; (3) mengidentifikasi dan mengatasi pikiran tentang obat; (4) mengubah orientasi berpikir eksternal ke internal positif; (5) meningkatkan efikasi diri; dan (6) meningkatkan komitmen untuk berhenti menyalahgunakan obat.

Sesi 6: *Keterampilan untuk Menolak/Bersikap Asertif dan Pengarahan Diri*. Tugas dan tujuan sesi ini adalah: (1) mengases ketersediaan obat dan langkah-langkah yang dibutuhkan untuk mengurangnya; (2) mengeksplorasi lebih dalam strategi-strategi untuk memutuskan kontak dengan pemasok obat; (3) mempelajari dan mempraktikkan keterampilan menolak obat; (4) mengkaji ulang perbedaan antara respon pasif, agresif, dan asertif; dan (5) meningkatkan pengarahan diri.

Sesi 7: *Orientasi Berpikir, Keputusan-keputusan yang Tidak Relevan, dan Kedeprisian*. Tugas dan tujuan sesi ini adalah: (1) memahami orientasi berpikir dan keputusan-keputusan yang tidak relevan dan hubungannya dengan situasi berisiko tinggi; (2) mengidentifikasi contoh-contoh keputusan-keputusan yang tidak relevan, misalnya kedeprisian; dan (3) mempraktikkan pengambilan keputusan yang aman dan tepat.

Sesi 8: *Rencana Penanggulangan Serba Guna*. Tugas dan tujuan sesi ini adalah: (1) mengantisipasi situasi-situasi berisiko tinggi yang akan datang; dan (2) mengembangkan rencana penanggulangan pribadi dan umum.

Sesi 9: *Mengatasi Masalah*. Tugas dan tujuan sesi ini adalah:

- (1) memperkenalkan langkah-langkah dasar pemecahan masalah; dan
- (2) mempraktikkan keterampilan-keterampilan pemecahan masalah selama sesi KKP.

Sesi 10: *Pengelolaan Kasus dan Meningkatkan Regulasi Diri dan Efikasi Diri*. Tugas dan tujuan sesi ini adalah: (1) meninjau kembali dan menerapkan keterampilan-keterampilan pemecahan masalah pada masalah-masalah psikososial yang dapat menghambat proses konseling; (2) mengembangkan rencana pendukung yang konkret untuk menghadapi masalah-masalah psikososial; dan (3) mengawasi, mendukung, dan meningkatkan regulasi diri dan efikasi diri dari usaha-usaha konseli untuk melaksanakan rencana penyembuhan adiksi obat.

Sesi 11: *Mereduksi Risiko HIV/AIDS dan Meningkatkan Hidup Wellness*. Tugas dan tujuan sesi ini adalah: (1) mengases risiko konseli terinfeksi HIV/AIDS dan meningkatkan motivasi untuk mengubah perilaku-perilaku yang berisiko; (2) menyiapkan sasaran – sasaran perubahan perilaku; (3) hambatan-hambatan pemecahan masalah untuk mengurangi risiko; (4) mendistribusikan garis pedoman (*guideline*) pengurangan risiko secara spesifik; dan (5) meningkatkan harapan hidup *wellness*.

Sesi 12: *Significant Others*. Tugas dan tujuan sesi ini adalah: (1) menawarkan dan mendapatkan pengalaman belajar tentang konseling penyembuhan adiksi obat dari orang-orang yang dianggap penting dan berpengaruh secara signifikan (*significant others*) dalam kehidupan konseli; dan (2) mengeksplorasi strategi dimana *significant others* dapat membantu konseli sanggup dan tetap menahan diri (*abstinence*) dari penyalahgunaan dan adiksi obat.

Sesi 13: *Terminasi*. Tugas dan tujuan sesi ini adalah: (1) meninjau kembali rencana dan tujuan konseling yang telah dan belum tercapai; (2) mendapatkan umpan balik dari konselor atas pandangan mereka terhadap kemajuan konseli; dan (3) mendapatkan umpan balik dari konseli atas aspek-aspek konseling yang paling banyak dan paling sedikit membantu kesembuhannya dari adiksi obat.

Sesi 14: *Posttest Tahap 1* merupakan kegiatan untuk mengetahui profil: (1) orientasi berpikir; (2) kontrol diri; dan (3) tingkat kedepresian konseli adiksi obat setelah konseling. Sesi 15: *Posttest Tahap 2* merupakan kegiatan untuk mengetahui profil: (1) regulasi diri; (2) efikasi diri; (3) harapan hidup *wellness*; dan (4) pengarahan diri konseli adiksi obat setelah konseling.

Kedua, melakukan penimbangan (*judgment*) dan uji keterbacaan manual KKP untuk menyembuhkan dampak psikologis konseli adiksi obat yang telah dikonstruksi dan diadaptasi oleh peneliti kepada satu orang pakar Bimbingan dan Konseling, satu orang pakar Psikologi Klinis, dan satu orang *social worker*.

Ketiga, menyiapkan dan melatih konselor adiksi obat. Pelatihan dilaksanakan dalam rangka mengembangkan kompetensi konselor dalam menangani konseli adiksi obat berlandaskan pada KKP. Pelatihan konselor adiksi obat dilaksanakan sebelum, selama, dan setelah konseling menggunakan KKP di BPSPP Kecamatan Lembang. Konselor adiksi obat yang disiapkan dan dilatih dalam melaksanakan konseling menggunakan KKP untuk menyembuhkan dampak psikologis konseli adiksi obat adalah 10 orang alumni Jurusan Psikologi Pendidikan dan Bimbingan (PPB) FIP UPI yang berkualifikasi pendidikan S-1 Bimbingan dan Konseling (BK), serta didampingi oleh 10 orang *social worker*,

dan satu orang psikolog. Masing-masing konselor ditugaskan untuk menangani dua orang konseli adiksi obat yang dalam pelaksanaannya kendalikan secara ketat dan teliti oleh peneliti dan ko-peneliti.

Pelatihan KKP untuk konselor dan *social worker* adiksi obat berlangsung antara 1-2 hari setiap minggu, tergantung pada tingkat pengalaman konselor. Pelatihan ini meliputi : (1) meninjau, membaca, memahami, mendiskusikan, dan menyamakan persepsi teoretik dan teknik dasar KKP; (2) tinjauan manual per topik/sesi konseling; (3) menyaksikan rekaman contoh-contoh konselor dalam melaksanakan konseling adiksi obat; (4) latihan praktik dan bermain peran (*role play*); (5) diskusi kasus konseli adiksi obat yang telah di-konseling pada pertemuan sebelumnya dan akan kembali di-konseling pada pertemuan berikutnya; dan (6) mendiskusikan strategi konseling untuk kasus-kasus yang sukar atau menantang.

Keempat, sosialisasi KKP untuk menyembuhkan dampak psikologis konseli adiksi obat kepada petugas (konselor, psikolog, dan *social workers*) di BPSPP Kecamatan Lembang Kabupaten Bandung Barat Provinsi Jawa Barat.

Kelima, melaksanakan supervisi dan refleksi berkelanjutan kepada 10 orang konselor adiksi obat yang telah dilatih untuk melaksanakan konseling adiksi obat menggunakan KKP. Sesi supervisi meliputi tinjauan umum terhadap kasus konseli adiksi obat yang sedang di-konseling, pembahasan setiap masalah dalam melaksanakan KKP dan peninjauan penilaian dari supervisor (peneliti). Supervisi dan refleksi dilaksanakan di BPSPP dan ruang konseling kelompok Laboratorium PPB FIP UPI selama sekali (setiap hari Senin) dalam setiap minggu.

b. Pengumpulan Data

Pengumpulan data penelitian dilaksanakan melalui empat tahap berikut. *Pertama*, studi pendahuluan yang dilaksanakan pada bulan Januari dan Februari 2009. *Kedua*, *pretest* yang dilaksanakan pada minggu pertama bulan Mei 2009. *Ketiga*, pelaksanaan konseling menggunakan KKP dilaksanakan setiap hari Rabu dan Jum'at mulai minggu ke-2 bulan Mei 2009 sampai dengan minggu ketiga bulan Agustus 2009. Tempat pelaksanaan konseling menggunakan KKP untuk menyembuhkan dampak psikologis konseli adiksi obat di ruang konseling BPSPP Kecamatan Lembang Kabupaten Bandung Barat Provinsi Jawa Barat. Setiap sesi konseling menggunakan KKP dilaksanakan selama 1-2 jam. *Keempat*, *posttest* dilaksanakan pada minggu keempat bulan Agustus 2009.

c. Seleksi dan Verifikasi Data

Seleksi dan verifikasi data dalam penelitian ini meliputi kegiatan pemeriksaan kelengkapan jumlah instrumen yang terkumpul. Dari 40 orang responden, yaitu 20 orang konseli adiksi obat kelompok eksperimen dan 20 orang konseli adiksi obat kelompok kontrol ternyata semua data pada setiap instrumen orientasi berpikir, kontrol diri, depresi, regulasi diri, efikasi diri, harapan hidup *wellness* dan pengarahan diri terkumpul, terisi lengkap dan dapat diolah dan dianalisis menjadi data penelitian.

G. Teknik Pengolahan dan Analisis Data

1. Pengolahan Data

Pertama, inventori model *paired comparison* (I-OB) untuk mengungkap kecenderungan orientasi berpikir konseli adiksi obat menggunakan pola penyekoran sebagai berikut : (1) *penelaahan konsistensi jawaban*. Lembar jawaban ditandai dengan garis-garis penuh dan elips. Pernyataan-pernyataan itu sebagai pasangan pernyataan yang dicocokkan. Bila jawaban yang dicoret (garis penuh dan elips) itu sama (misalnya kedua-duanya A atau B), maka dalam lembar jawaban dikotak bagian bawah diberi tanda cek, bila berbeda dikosongkan; dan (2) *menghitung frekuensi*, dilakukan dengan menggunakan pola seperti pada table 3.17.

Tabel 3.17

Contoh Penghitungan Frekuensi Orientasi Berpikir Konseli Adiksi Obat

Nomor Pernyataan	Pernyataan yang Dipilih		Aspek Pasangan yang Dibandingkan
	A	B	
1	0 = 0	1 1 1 1 1 = 6	1 - 2
2	1 1 1 = 3	1 1 1 = 3	1 - 3
3	1 1 1 1 = 4	1 1 = 2	1 - 4
....
40	-	-	-

Kedua, Inventori Depresi (I-D) untuk mengungkap tingkat depresi konseli adiksi obat menggunakan pola penyekoran yang disajikan pada tabel 3.18.

Tabel 3.18
Pola Penyekoran Inventori Depresi Konseli Adiksi Obat

Nomor Pernyataan	Kode	Skor Alternatif Jawaban
1	KD	3, 2, 2, 1, 0
2	LM	2, 1, 0
3	BS	3, 2, 1, 0
4	KG	3, 2, 1, 0
5	KT	1, 1, 0
6	BB	2, 1, 0
7	KB	4, 3, 2, 1, 0
8	HK	2, 1, 1, 0
9	DB	3, 2, 1, 0
10	TB	2, 1, 1, 0
11	KL	3, 2, 1, 0
12	TP	3, 2, 1, 1, 0
13	LS	3, 2, 1, 0
14	BT	2, 1, 0
15	NM	2, 1, 0
16	PM	3, 2, 2, 1, 0
17	PS	3, 2, 1, 0
18	PR	2, 1, 0
19	AD	2, 1, 0
20	JT	2, 1, 0
21	PH	3, 2, 1, 0
22	BD	3, 2, 1, 0

Ketiga, Skala Kontrol Diri (SKD), Skala Regulasi Diri (SRD), Skala Efikasi Diri (SED), Skala Harapan Hidup *Wellness* (WS), dan Skala Pengarahan Diri (SPD) menggunakan pola penyekoran untuk setiap item pernyataannya disajikan pada tabel 3.19.

Tabel 3.19
Pola Penyekoran SKD, SRD, SED, WS, dan SPD Konseli Adiksi Obat

Arah Pernyataan Setiap No. Item	Alternatif Pilihan Item Pernyataan	
	Ya	Tidak
Positif	1	0
Negatif	0	1

2. Analisis Data

Dalam penelitian ini terdapat tujuh variabel yang menjadi fokus kajian dan berkaitan dengan teknik analisis data. Hipotesis tentang sub variabel kecenderungan orientasi berpikir dijawab dengan menggunakan teknik proporsi.

Pengujian hipotesis kedua sampai dengan ketujuh menggunakan teknik uji perbedaan dua kelompok berpasangan dari data rata-rata skor *gains* ternormalisasi (*normalized gains score/NGS*), yaitu :

$$H_0 : \mu_{E_i} = \mu_{K_i}$$

$$H_1 : \mu_{E_i} > \mu_{K_i}$$

dengan $i : 2, 3, 4, 5, 6, 7$ (subvariabel penelitian) dan nilai rata-rata (*mean*) yang diuji adalah rata-rata (*mean*) dari NGS.

Hipotesis tersebut diuji dengan metode *independent sample t-test* dari data NGS menggunakan bantuan perangkat lunak (*software*) *Statistical Packages for Social Science (SPSS) 16.0 for Windows*. Dasar pengambilan keputusannya dengan melihat perbandingan nilai *Sig. (2-tailed)* dengan α , yaitu jika nilai *Sig. (2-tailed)* $< \alpha$ (0,05) maka H_0 ditolak.

Prosedur pengujian hipotesis tersebut adalah sebagai berikut. *Pertama*, menghitung *NGS* kelompok eksperimen dan kontrol pada setiap variabel menggunakan rumus yang diadaptasi dari Hake (1998 : 65), Stewart (2007), Meltzer (2007), Coletta & Phillips (2005) berikut.

$$g = \frac{Posttest - Pretest}{X_{Max} - Pretest}$$

Dengan tafsiran NGS adalah :

Tabel 3.20
Kualifikasi NSG (g)

NGS (g)	Kualifikasi
$g \geq 0.7$	Tinggi (<i>High</i>)
$0.7 > g \geq 0.3$	Sedang (<i>Medium</i>)
$g \leq 0.3$	Rendah (<i>Low</i>)

Kedua, menguji sebaran *gains* kedua kelompok untuk setiap variabel. Pengujian sebaran *gains* dilakukan dengan uji *Kolmogorov-Smirnov*. Jika sebaran *gains* kedua kelompok menyebar normal, maka pengujian hipotesis dilakukan dengan uji parametrik, tetapi jika tidak menyebar normal, maka pengujian dilakukan dengan statistik nonparametrik menggunakan uji *Mann-Whitney U*. Dengan nilai $U = \min(U_E, U_K)$.

$$U_E = n_E n_K + \frac{n_E(n_E + 1)}{2} - R_E$$

$$U_K = n_E n_K + \frac{n_K(n_K + 1)}{2} - R_K$$

R_E : jumlah rangking kelompok eksperimen

R_K : jumlah rangking kelompok kontrol

Tolak H_0 jika $U_{hitung} > U_{tabel}$. Tetapi karena banyaknya n_E dan n_K

lebih dari 10, yakni 20 responden, maka pengujian dilakukan dengan menggunakan nilai z , yakni :

$$z = \frac{U - \frac{n_E n_K}{2}}{\sqrt{\frac{n_E n_K (n_E + n_K + 1)}{12}}}$$

Pengujian dilakukan dengan tabel normal baku, karena hipotesis dalam penelitian ini yang disusun dua sisi, jika nilai $2p$ (2 kali nilai probabilitas) pada tabel normal baku lebih kecil dari α , maka H_0 ditolak.

Ketiga, menguji homogenitas varians antara kedua kelompok untuk setiap variabel. Hipotesis yang diuji adalah :

$$H_0 : \sigma_K^2 = \sigma_E^2$$

$$H_A : \sigma_K^2 \neq \sigma_E^2$$

Statistik uji yang digunakan adalah statistik F , dengan :

$$F = \frac{\text{Varians terbesar}}{\text{Varians terkecil}}$$

Tolak hipotesis nol, jika $F_{hitung} \geq F_{\frac{1}{2}\alpha}(dk)$; $dk = (n_{besar} - 1, n_{kecil} - 1)$

Keempat, jika varians kedua kelompok homogen, maka pengujian hipotesis dilakukan dengan *uji-t* menggunakan rumus halaman berikut.

$$t = \frac{\bar{X}_E - \bar{X}_K}{s \sqrt{\frac{1}{n_E} + \frac{1}{n_k}}}, \text{ dengan } s = \sqrt{\frac{(n_E - 1)s_E^2 + (n_K - 1)s_K^2}{n_E + n_K - 2}}$$

Tolak H_0 $t_{hitung} \leq -t_{(1-\frac{1}{2}\alpha)dk}$ atau $t \geq t_{(1-\frac{1}{2}\alpha)dk}$ dengan $dk = n_E + n_k - 2$.

Kelima, jika varians kedua kelompok tidak homogen, maka digunakan uji-

$$t' \text{ dengan rumus : } t' = \frac{\bar{X}_E - \bar{X}_K}{\sqrt{\frac{S_E^2}{n_E} + \frac{S_K^2}{n_K}}}$$

Terima H_0 jika $-\frac{w_E t_E + w_K t_K}{w_E + w_K} \leq t' \leq \frac{w_E t_E + w_K t_K}{w_E + w_K}$, dengan

$$w_E = \frac{S_E^2}{n_E}, \quad w_K = \frac{S_K^2}{n_K}, \quad t_E = t_{(1-\frac{1}{2}\alpha)(n_E-1)}, \quad t_K = t_{(1-\frac{1}{2}\alpha)(n_K-1)}$$

