

**EFEKTIFITAS PELATIHAN *LIFE SKILL EDUCATION*  
TERHADAP PENINGKATAN KEMAMPUAN  
PSIKOSOSIAL ANGGOTA LSBN  
(Studi pada SMK Negeri 08 Makassar)**

*THE EFFECTIVITY OF LIFE SKILL EDUCATION TRAINING TO  
INCREASEMENT OF PHSICHOSOCIAL ABILITY GROUP LSBN  
(A Studi at SMK Negeri 08 Makassar)*

**BASRI MAHMUD**



**PROGRAM PASCA SARJANA  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2006**

## ABSTRACT

**BASRI MAHMUD**, The Effectiveness of *Life Skill Education* Training to Improve the Psychosocial Ability of LSBN Group ( a study at Vocational High School 08 Makassar ), (Supervised by M. Ridwan Thaha and Sani Silwana).

This researches goal was to investigate the effectiveness of the contribution of *Life Skill Education* training to improve the personal abilities and psychosocial *skills* of LSBN members in effort to eliminate NAPZA abuse. This research was conducted in Vocational High School 08 Makassar at. Monginsidi street, Makassar.

This study was analytical survey with query experimental approach. The members of LSBN SMK Negeri 08 Makassar were selected as respondents by purposive sampling method. 27 respondents was given pre test and post test. The aims of this study were to improve the ability to think critically, to make decisions, to communicate effectively and to improve personal skills.

This study recommends *life skill education* training as an alternative in improving critical thinking ability, decision making skill and effective communication skills. It is also recommended that this training is implemented systematically and continuously in other high schools. It is expected that this result can become recommendations for health promoters and policy makers in high school in the order to develop *life skill education* training for drug abuse prevention.

Keyword: *Life skill education*, think critical, decision making, effective communication and interpersonal.

## ABSTRAK

**BASRI MAHMUD**, Efektifitas Pelatihan *Life Skill Education* terhadap Peningkatan Kemampuan Psikososial Kelompok LSBN (Studi pada SMK Negeri 08 Makassar ), (dibimbing oleh M. Ridwan Thaha dan Sani Silwana)

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektifitas pemberian pelatihan *Life Skill Education* terhadap peningkatan kemampuan atau keterampilan psikososial anggota LSBN dalam upaya pencegahan penyalahgunaan NAPZA. Lokasi penelitian ini adalah di SMK Negeri 08 Makassar yang berlokasi di jl. Mongisidi Makassar.

Penelitian ini adalah penelitian survey analitik dengan pendekatan quasi eksperimental. Responden adalah anggota LSBN SMK Negeri 08 Makassar yang dipilih secara *purposive sampling*. Jumlah sample sebanyak 27 orang yang diberikan tes sebelum dan sesudah pemberian pelatihan *life skill education*. Objek penelitian ini adalah peningkatan kemampuan berfikir kritis, keterampilan mengambil keputusan, keterampilan komunikasi efektif dan keterampilan interpersonal.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemberian Pelatihan *Life Skill Education* lebih efektif dalam meningkatkan kemampuan berfikir kritis, keterampilan mengambil keputusan dan keterampilan komunikasi efektif, dan kurang efektif meningkatkan keterampilan interpersonal dalam upaya penanggulangan penyalahgunaan NAPZA. Sebagai rekomendasi pelatihan *life skill education* dapat dijadikan sebagai alternative dalam meningkatkan kemampuan berfikir kritis, keterampilan mengambil keputusan dan keterampilan komunikasi efektif. Sebaiknya pelatihan ini diterapkan secara terstruktur dan berkesinambungan pada sekolah-sekolah lain. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan bagi para promotor kesehatan dan penentu kebijakan pada sekolah yang bersangkutan untuk mengembangkan metode pelatihan *Life Skill Education* dalam upaya menanggulangi penyalahgunaan NAPZA.

Kata kunci : *Life Skill Education*, berfikir kritis, mengambil keputusan, komunikasi efektif dan interpersonal.

## PRAKATA



Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT yang telah memberikan inspirasi, waktu, kesehatan dan kesempatan dalam menyelesaikan penulisan tesis ini.

Gagasan yang melatarbelakangi tajuk permasalahan ini timbul dari keinginan kuat penulis untuk memberikan kontribusi nyata dalam mengatasi salah satu *mega problem* remaja Indonesia, penyalahgunaan NAPZA. Harapan penulis, semoga hasil dari tesis ini dapat menjadi salah satu dari sekian banyak konsep penanggulangan penyalahgunaan NAPZA khususnya di kalangan remaja dan pelajar.

Berbagai kendala yang dihadapi penulis dalam rangka penyusunan tesis ini, baik kendala internal dari peneliti sendiri maupun kendala eksternal terkait masalah teknis pelaksanaan penelitian. Dengan izin Allah SWT, melalui bimbingan dari Bapak DR. M. Ridwan Thaha, M.Sc selaku ketua komisi penasehat dan Ibu Dra. Sani Silwana, MPH selaku anggota komisi penasehat yang meluangkan waktunya untuk memberikan motivasi, bimbingan dan masukan, semua kendala dapat diatasi. Untuk keduanya, penulis dengan tulus menyampaikan ucapan terima kasih sebesar-besarnya. Terima kasih juga penulis sampaikan kepada Ibu Dra. Ida Rosyidah selaku pembina Lingkungan Sekolah Bebas Narkoba (LSBN) SMK Negeri 08 Makassar yang memfasilitasi pelaksanaan pelatihan *Life Skill Education* sebagai bagian dari penelitian ini, secara khusus untuk istri tercinta yang dengan sabar mendampingi selama proses pendidikan sampai penyelesaian penulisan tesis ini, dan terakhir terima kasih juga penulis sampaikan untuk mereka yang namanya tidak tercantum tetapi banyak memberi bantuan penulis baik secara teknis maupun secara moril dalam penyelesaian tesis ini.

Akhir kata, mari kita bertindak, jangan malu, karena malu akan membuat kita lamban bertindak. Kita perlu berani, maju terus, pantang mundur dalam menghadapi realitas narkoba di tengah kaum muda di Indonesia, kalau tidak, kelak kita akan lebih malu dan merasa bersalah karena ikut berperan membiarkan kaum muda terkena narkoba dan virus-virus berbahaya. *Wallahu A'lam Bisshowab.*

Makassar,        Juni 2006

Basri Mahmud

## DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PENGESAHAN .....	ii
PRAKATA .....	iii
ABSTRAK .....	v
<i>ABSTRACT</i> .....	vi
DAFTAR ISI .....	vii
DAFTAR TABEL .....	ix
DAFTAR GAMBAR .....	xi
DAFTAR LAMPIRAN .....	xii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Pertanyaan Penelitian .....	9
C. Tujuan Penelitian .....	10
D. Manfaat Penelitian .....	11
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Tinjauan Umum Program Penanggulangan Penyalahgunaan NAPZA Berbasis Sekolah .....	12
B. Tinjauan Umum tentang LSBN .....	38
C. Tinjauan Umum tentang Remaja .....	41
D. Tinjauan Umum tentang Penyalahgunaan NAPZA .....	48
<b>BAB III METODOLOGI PENELITIAN</b>	
A. Jenis Penelitian .....	55
B. Rancangan Penelitian .....	55
C. Lokasi dan Waktu Penelitian .....	56
D. Populasi dan Sampel .....	56
E. Variabel Penelitian .....	57
F. Definisi Operasional .....	60
G. Proses Penelitian .....	62
H. Analisis Hasil Penelitian .....	66
<b>BAB IV METODOLOGI PENELITIAN</b>	
A. Hasil Penelitian .....	68

B. Pembahasan Hasil Penelitian	
1. Kemampuan Berfikir Kritis .....	78
2. Keterampilan Mengambil Keputusan .....	79
3. Keterampilan Komunikasi Interpersonal .....	81
4. Keterampilan Interpersonal .....	83
5. Manfaat Pelatihan <i>Life Skill Education</i> dalam Upaya Promosi Kesehatan.....	85
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan .....	90
B. Saran .....	90
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

## **DAFTAR LAMPIRAN**

### **Lampiran :**

1. Lembar Check List Keterampilan Psikososial Anggota LSBN SMK Negeri 08 Makassar
2. Data nilai Keterampilan Psikososial Anggota LSBN SMK Negeri 08 Makassar
3. Surat Izin Penelitian Dinas Pendidikan Nasional Kota Makassar



## DAFTAR TABEL

Nomor		Halaman
1	Distribusi responden berdasarkan umur di SMK Negeri 08 Makassar Tahun 2006 .....	69
2	Distribusi Responden berdasarkan Jenis Kelamin di SMK Negeri 08 Makassar Tahun 2006. ....	70
3	Sebaran Rata-Rata, Simpangan Baku Nilai Pretes dan Postes Keterampilan Berfikir Kritis anggota LSBN SMK Negeri 08 Makassar Tahun 2006 .....	71
4	Perbandingan Rata-rata dan Simpangan Baku Nilai Pretes dan Postes Keterampilan Berfikir Kritis anggota LSBN SMK Negeri 08 Makassar tahun 2006 .....	72
5	Sebaran Rata-Rata, Simpangan Baku Nilai Pretes dan Postes Keterampilan Mengambil Keputusan anggota LSBN SMK Negeri 08 Makassar Tahun 2006 .....	72
6	Perbandingan Rata-rata dan Simpangan Baku Nilai Pretes dan Postes Keterampilan Mengambil Keputusan anggota LSBN SMK Negeri 08 Makassar tahun 2006 .....	73
7	Sebaran Rata-Rata, Simpangan Baku Nilai Pretes dan Postes Keterampilan Komunikasi Efektif anggota LSBN Negeri 08 Makassar Tahun 2006 .....	74
8	Perbandingan Rata-rata dan Simpangan Baku Nilai Pretes dan Postes Keterampilan Komunikasi Efektif anggota LSBN SMK Negeri 08 Makassar tahun 2006 .....	75
9	Sebaran Rata-Rata, Simpangan Baku Nilai Pretes dan Postes Keterampilan Interpersonal anggota LSBN SMK Negeri 08 Makassar Tahun 2006 .....	76

10	Perbandingan Rata-rata dan Simpangan Baku Nilai Pretes dan Postes Keterampilan Interpersonal anggota LSBN SMK Negeri 08 Makassar tahun 2006 .....	77
12	Sebaran Rata-Rata, Simpangan Baku Nilai Pretes dan Postes Keterampilan Interpersonal pada Kelompok Intervensi di SMK Negeri 08 Makassar Tahun 2006 .....	84
13	Sebaran Rata-Rata, Simpangan Baku Nilai Pretes dan Postes Keterampilan Interpersonal pada Kelompok Kontrol di SMK Negeri 08 Makassar Tahun 2006 .....	84
14	Perbandingan Rata-rata dan Simpangan Baku Nilai Pretes dan Postes Keterampilan Interpersonal antara kelompok intervensi dan kelompok control di SMK Negeri 08 Makassar tahun 2006 .....	85

Identifikasi perbaikan :

- 1 Rumusan masalahnya diperbaiki
- 2 Kerangka konsep dimasukkan tentamh life skill
- 3 Gunakan life skill sebagai indikator rujukan dan gold standar
- 4 Sampel ditentukan berdasarkan kriteria
- 5 Ubah tabel pengumpulan data berdasarkan tujuan sesuai dengan life skill
- 6 Judul direvisi
- 7 Model ~~≠~~ program ~~≠~~ upaya menemukan ~~≠~~ kebijakan dan operasional~~≠~~
- 8 Siapa yang terlibat, ditujukan
- 9 Tulis dimetodologi Alasan memilih sekolah
- 10 dalam memilih sekolah sebagai sampel melalui purposive sampling dengan kriteria ; pernah terjadi kasus, punya program, sudah beberapa tahun, sedang dilaksanakan dan apa masalahnya.
- 11 bedakan remaja dan pelajar
- 12 harus konsisten antara narkoba, Napza dan narkotika
- 13 pengamatan langsung bagaimana
- 14 informasi kunci
- 15 data primer dari dokumen
- 16 jenis informasi yang dibutuhkan harus merupakan elaborasi dari tujuan dan konsep
- 17 ubah proposisi penelitian
- 18 buat kerangka kerja tidak sama dengan definisi operasional

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Memasuki milenium ketiga, pembangunan kesehatan akan menghadapi tantangan dan masalah yang luas dan kompleks seiring dengan arus globalisasi yang praktis tidak mengenal batas-batas wilayah dan Negara. Dengan dicanangkannya “Gerakan Pembangunan Berwawasan Kesehatan” sejak tanggal 1 Maret 1999 oleh Presiden, maka Departemen Kesehatan menjabarkan model “Paradigma Sehat” yang lebih menekankan upaya promotif preventif.

Menurut Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi Departemen Pendidikan Nasional RI (2003) upaya promotif dan preventif ini juga mutlak harus dilakukan dalam pencegahan penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA). Di Indonesia dalam beberapa tahun terakhir ini mencapai suatu keadaan yang memprihatinkan sehingga menjadi masalah nasional. Korban penyalahgunaan NAPZA telah meluas sedemikian rupa sehingga telah melampaui batas-batas strata sosial, umur, jenis kelamin, batas negara dan tidak saja hanya di perkotaan tetapi telah merambah di pedesaan. Penyalahgunaan narkoba makin terus meningkat jumlahnya, bahkan di Indonesia telah dinobatkan sebagai negara produser terbesar ketiga didunia setelah Columbia (Amerika Selatan) dan Negara-negara Golden Triangle (Myanmar-Laos-Thailand).

Tentu saja kenyataan semakin meningkatnya penyalahgunaan narkoba telah menyebar sebagai suatu wabah, suatu penyakit yang menakutkan, sebagai ancaman yang menakutkan, suatu ancaman yang mengerikan bagi kehidupan bangsa di masa kini dan masa yang akan datang. Berbagai masalah yang kompleks dapat timbul dari perilaku penyalahgunaan narkoba, yang terkait dengan berbagai aspek kehidupan antara lain aspek kesehatan, psikologis, ekonomi, sosial, budaya dan keamanan.

Fenomena lebih memprihatinkan karena yang menjadi kelompok resiko tinggi (*high risk grup*) adalah golongan usia remaja yang merupakan kelompok generasi penerus bangsa yang wajib kita lindungi dan kita tingkatkan kualitasnya. Arus globalisasi informasi dan modernisasi berpengaruh terhadap maraknya penyalahgunaan NAPZA saat ini, dilain pihak kejahatan yang berkaitan dengan penyalahgunaan bukan hanya kejahatan biasa, melainkan bentuk kejahatan sistematis yang dilakukan secara terorganisir (Depkes RI, 2001)

Peredaran Narkotika, psikotropika, dan bahan adiktif lainnya di lingkungan sekolah saat ini sudah sampai pada tahap yang memprihatinkan. Sekolah yang seharusnya menjadi tempat belajar dan tempat untuk mendidik perilaku yang baik ternyata menjadi salahsatu sarang peredaran narkoba.

Dari data seluruh jaringan polisi, diperoleh data kasus penyalahgunaan narkoba sebanyak 1304 orang tahun 1998 dan meningkat lagi menjadi 1802 pada tahun 1999. Data di RSKO (Rumah Sakit Ketergantungan Obat)

menunjukkan peningkatan kasus yang sedemikian bermakna dalam 3 tahun terakhir. Tahun 1996 tercatat 1779 kasus, tahun 1997 meningkat menjadi 5800 kasus dan tahun 1999 (November) meningkat menjadi 8170 kasus. Dengan demikian dalam kurun waktu tiga tahun terakhir telah terjadi lonjakan kasus lebih dari 400 persen (Depkes RI, 2001).

Berdasarkan survei yang dilakukan BNN bekerjasama dengan Universitas Indonesia tahun 2003 diperoleh data bahwa ada kecendrungan (*annual prevalence*) semakin dini usia pengguna narkoba. Survei dilakukan terhadap 13.710 responden yang sebahagian adalah pelajar dan mahasiswa. Dari tingkat pendidikan, kelompok yang paling banyak mengkonsumsi narkoba adalah kalangan mahasiswa (9,9 persen), SLTA (4,8 persen) dan SLTP (1,4 persen). Tersebar pada sepuluh propinsi yakni Medan (6,4%), Surabaya (6,3%), Ternate (5,9 persen), Padang (5,5 persen), Bandung (5,1 persen), Kendari (5 persen), Banjarmasin (4,3 persen), Palu (8,4 persen), Yogyakarta (4,1 persen), dan Pontianak (4,1 persen). Kesepuluh propinsi ini dikategorikan memprihatinkan karena melebihi rata-rata nasional yaitu 3,9 persen (BNN dan Universitas Indonesia, 2003).

Sumber lain memberikan analisa bahwa terdapat 13.479 penyalahguna narkoba pada kelompok usia produktif antara 16 sampai 40 tahun. Dari jumlah yang ada, ternyata 64,30 persen adalah pelajar dan mahasiswa yang tersebar diberbagai sekolah baik SD, SLTP, SLTA dan Perguruan Tinggi. Sedangkan

selebihnya sejumlah 35,70 persen terbagi dalam kelompok pekerja dan pengangguran (Kurniawan, 2004).

Diperkirakan 2,66% dari pengguna narkoba tersebut umumnya remaja yang memiliki latar belakang pendidikan SMU, kemudian menyusul sarjana dan pelajar SMP . Yayasan Hati kita melaporkan bahwa saat ini sekitar 4 juta orang, umumnya anak muda, berusia antara 15-30 tahun hidup dengan masalah narkoba. Secara konservatif pula diperkirakan bahwa ada 15% dari mereka yang menggunakan jarum suntik. Itu artinya ada 600.000 pengguna jarum suntik di Indonesia saat ini dan jumlah ini meningkat setiap harinya (Yakita, 2003)

Terkhusus kota Makassar, pada tahun 2002 pelaku pengguna narkoba untuk tingkat SLTP/SLTA sebanyak 16% dan mahasiswa sebanyak 6,4% dan sisanya adalah segmen pendidikan lain, tahun 2003 untuk kalangan SLTP/SLTA meningkat menjadi 20,7% dan mahasiswa sebanyak 10% dan tahun 2004 untuk kalangan SLTP/SMA mengalami peningkatan menjadi 27,8% dan mahasiswa sebanyak 18,5%.

Institusi sekolah sebagai institusi tempat pelajar menjalankan aktivitasnya belum mampu membuat perencanaan terpadu dalam upaya penanggulangan NAPZA secara terpadu. Selama ini yang dilakukan adalah upaya-upaya yang bersifat insidental, dan cenderung parsial. Sekolah-sekolah di Indonesia, pada umumnya perlu belajar dengan cepat, penggunaan, penyalahgunaan dan adiksi narkoba sekaligus upaya terpadu dalam penanggulangannya. (Dwiyaning L., PP, 2004)

Beberapa program dan pendekatan dalam pencegahan Narkoba telah dicoba dilakukan di beberapa sekolah yang pada dasarnya hanya berputar pada pola lama. Seperti mengadakan inspeksi mendadak (sidak) yaitu operasi tas siswa-siswi secara mendadak yang dilakukan di kelas-kelas, pada saat istirahat guru BP dan guru piket keliling kelas atau sekolah sampai melakukan interogasi pada siswa yang mempunyai sikap yang mencurigakan sebagai pengguna narkoba, pemanggilan orang tua atau wali siswa yang dianggap bermasalah, memberikan seminar atau pelajaran tambahan terkait dengan bahaya penyalahgunaan Narkoba (Yakita dan Unicef, 2004)

Sebagai bahan perbandingan model penanggulangan penyalahgunaan NAPZA berbasis sekolah atau setidaknya melakukan penjangkauan (*outreach*) ke sekolah-sekolah telah dilakukan pada berbagai negara (United Nation, 2003) diantaranya; pertama, *Lion-Quest Program*, dengan pendekatan *life skill* berupaya mengembangkan remaja dengan melibatkan keluarga, sekolah, dan anggota komunitas dalam bekerja bersama untuk meningkatkan faktor protektif dan mempromosikan peningkatan kesehatan remaja dan mengurangi faktor yang mempengaruhi problem perilaku pada anak (komitmen dari stakeholder).

Kedua, Hawari and Associates yang berada di Jakarta yang didirikan pada tahun 1997 melakukan pelayanan detoxifikasi, counseling, dan terapi komunitas untuk kalangan umur muda. Pendekatannya berdasar pada *integrating medical, therapy* psikologi dan religius, mulai dengan therapy psycho-pharmacological.



Ketiga, Yayasan Harapan Permata Hati Kita (Yayasan KITA/YAKITA) yang didirikan tahun 1996 memberikan pelayanan *Pre-admission, treatment planning, peer counseling, counseling, medical detoxification, non- medical detoxification, rehabilitation, aftercare meeting, relapse intervention, outreach* dan *crisis intervention*.

Keempat, E's Up program, pelayanan community-based treatment bersifat eksklusif untuk umur muda di bawah umum 18 tahun. Pelayanan paling sering diberikan bagi remaja termasuk terapi *solution-focused*, interview motivational, *conseling* jangka panjang dan jangka pendek, termasuk terapi kognitif, terapi kelompok dan keluarga, terapi pencegahan relaps, control penggunaan paket, dan detoksifikasi non-medikal.

Kelima, Alberta Alcohol and Drugs Abuse Commition (AADAC), Calgary Canada. Pelayanan yang diberikan lebih sering pada program pelayanan *pre admission, treatmen planning, individual counseling, family counseling, insentive day treatment program, relapse prevention, experiential learning, outdoor pursuits, problem-solving skill traing, aftercare, and outreach school*.

Keenam, Division of Alkohol and Substances Abuse (DASA), State of Washington, United State. Pelayanan lebih sering diarahkan pada remaja meliputi *abstinence-based out patient dan residential treatment*. DASA memberikan pelayanan *Out-patient assessmen, konseling keluarga, program aftercare*, dan *In-patient treatment* pada pada level aquity yang berbeda,

termasuk bekerja dengan kondisi remaja dan keluarga yang mengalami kekacauan.

Ketujuh, Essex Young People's Drug and Alcohol Service, Essex, United Kingdom. Program lebih mengarah pada intervensi krisis, konseling, kelompok kerja, program harian yang terstruktur termasuk *life-skill*, penjangkauan pekerja jalanan, bekerja dengan para gelandangan, training, pencegahan dan pendidikan.

Evaluasi terhadap intervensi yang dilakukan di sekolah untuk para siswa pengguna dalam berbagai negara merekomendasikan bahwa usaha pencegahan dasar dalam model *life skill* adalah pendekatan paling efektif. Life skill dapat juga menjadi faktor protektif terkuat dalam program treatment dan program aftercare termasuk dalam pencegahan relapse.

Survei pendahuluan yang telah dilakukan peneliti di kota Makassar terkait penerapan program-program penanggulangan NAPZA berbasis sekolah menemukan hanya satu sekolah yang mampu menerapkan program-program penanggulangan sekolah secara konsisten dan mandiri yaitu Sekolah Menengah Kejuruan Negeri (SMK) 08 Makassar. Program tersebut terlembagakan dalam sebuah organisasi siswa di bawah Organisasi Siswa Intra Sekolah (OSIS) dengan nama Lingkungan Sekolah Bebas Narkoba (LSBN).

Lembaga ini dalam kurun waktu dua tahun sejak didirikan pada tahun 2004 mampu melakukan merealisasikan 18 jenis proram terkait dengan penanggulangan penyalahgunaan NAPZA, diantaranya; Pelatihan *Peer Conselor*

/ pendidik sebaya tentang narkoba, Pendidikan Dasar LSBN, anjongsana ke pusat rehabilitasi pecandu, *talk show* Islam dan problematika remaja kontemporer, pelatihan jurnalistik tentang narkoba dan permasalahannya, malam renungan AIDS sedunia dan nusantara, , penyuluhan kesehatan reproduksi remaja putri, penyuluhan hukum dan narkoba, pemberian informasi (*on air*) tentang *self help* dan dukungan, lomba mading SLTA se kota Makassar, penyuluhan dan sosialisasi di sekolah, sweeping di sekolah dengan melibatkan anggota LSBN, mengikuti seminar narkoba dan HIV/AIDS dan random test urine (profil LSBN, 2004)

Rekomendasi *World Health Organization* dan *the United Nation Office on Drugs and Crime* dan *The European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction* akhir-akhir ini mengembangkan sebuah model logis untuk pelayanan treatment bagi remaja bahwa pembelajaran *Basic Life Skill* sebagai teknik paling efektif untuk stabilisasi psikologi bagi remaja dan pelajar.

Secara umum metode pembelajaran *Basic Life Skill* telah diterapkan oleh SMK Negeri 08 Makassar sebagai salah satu sekolah yang berorientasi pada kejuruan, namun secara spesifik penerapan model pendidikan pembelajaran *Basic Life Skill* pada program penanggulangan penyalahgunaan NAPZA , apalagi yang dikemas dalam pelatihan yang sistematis belum diterapkan.

*Life Skill Education* merupakan kemampuan berperilaku adaptif dan positif yang menjadikan siswa mampu menguasai secara efektif kebutuhan dan tantangan hidup sehari-hari (WHO, 1997). *Life Skill Education* merupakan

kecakapan yang dimiliki seseorang untuk mau dan berani menghadapi problema hidup dan kehidupan yang wajar tanpa tertekan, kemudian secara aktif dan proaktif mencari dan menemukan permasalahan dan mengatasi problema tersebut. *Life Skill Education* adalah kegiatan yang bertujuan untuk melaksanakan pendidikan dalam meningkatkan kecakapan/kompetensi psikososial seseorang untuk mengatasi berbagai tantangan dan tuntutan hidup sehari-hari (Ananto, Purnomo, dkk, 2004)

Belajar dari berbagai permasalahan penyalahgunaan NAPZA pada pelajar dan sekaligus melihat dari berbagai model program penanggulangan berbasis sekolah dan peluangnya penerapannya di SMK Negeri 08 Makassar, maka peneliti menganggap perlu menguji coba dan mengeksplorasi lebih lanjut model pelatihan *life skill education* kepada kelompok Lingkungan Sekolah Bebas Narkoba (LSBN) sebagai salah satu lembaga berbasis sekolah yang eksis dalam melakukan program pencegahan penyalahgunaan Narkoba di kota Makassar.

### **C. Pertanyaan Penelitian**

Berdasarkan masalah yang telah dirumuskan di atas, maka pertanyaan penelitian ini adalah sebagai berikut “Apakah pelatihan *Life Skill Education* cukup efektif untuk meningkatkan kemampuan berfikir kritis, keterampilan mengambil keputusan, keterampilan komunikasi efektif dan keterampilan interpersonal anggota LSBN dalam rangka penanggulangan penyalahgunaan NAPZA?”.

#### **D. Tujuan Penelitian**

1 Tujuan Umum :

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui efektifitas pelatihan *Life Skill Education* dalam meningkatkan kemampuan atau keterampilan psikososial anggota LSBN dalam upaya pencegahan penyalahgunaan NAPZA.

2 Tujuan Khusus :

- a. Untuk mengetahui efektifitas pelatihan *Life Skill Education* dalam meningkatkan kemampuan berfikir kritis anggota LSBN dalam upaya penanggulangan penyalahgunaan NAPZA.
- b. Untuk mengetahui efektifitas pelatihan *Life Skill Education* dalam meningkatkan keterampilan mengambil keputusan anggota LSBN dalam upaya penanggulangan penyalahgunaan NAPZA.
- c. Untuk mengetahui efektifitas pelatihan *Life Skill Education* dalam meningkatkan keterampilan komunikasi efektif anggota LSBN dalam upaya penanggulangan penyalahgunaan NAPZA.
- d. Untuk mengetahui efektifitas pelatihan *Life Skill Education* dalam meningkatkan keterampilan interpersonal anggota LSBN dalam upaya penanggulangan penyalahgunaan NAPZA.

## **E. Manfaat Penelitian**

### **1 Manfaat Ilmiah**

Memberikan masukan bagi ilmu pengetahuan sekaligus memperkaya kepustakaan tentang efektifitas pelatihan *life skill education* dalam program penanggulangan penyalahgunaan NAPZA.

### **2 Manfaat Institusi**

Sebagai bahan bagi sekolah dan institusi lain yang terkait baik pemerintah maupun swasta, LSM dan Lembaga-lembaga lain yang bergerak dalam upaya penanggulangan penyalahgunaan narkoba pada pelajar.

### **3 Manfaat Praktis**

Sebagai pengalaman yang berharga bagi peneliti dalam rangka memperluas dan menambah wawasan dalam melakukan penelitian selanjutnya.

## **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

### **A. Tinjauan Umum Program Penanggulangan Penyalahgunaan NAPZA Berbasis Sekolah**

#### 1. Program Kesehatan pada Setting Sekolah pada Berbagai Pendekatan

##### a. Pendekatan *Life Skill*

##### 1) *Life Skill* sebagai faktor protektif

*Life Skill* dapat diterima untuk adaptasi dan membentuk perilaku positif dalam mengubah individual menuju suatu kondisi yang efektif dalam berbagai tantangannya dalam kehidupan sehari-hari. *World Health Organization* dan *the United Nation Office on Drugs and Crime* dan *The European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction* akhir-akhir ini mengembangkan sebuah model logis untuk pelayanan treatment bagi remaja. Dalam model ini termasuk pendidikan dalam menghindari risiko dan konsekwensinya dan pembelajaran *Basic Life Skill* sebagai teknik untuk stabilisasi.

Evaluasi terhadap intervensi yang dilakukan di sekolah untuk para siswa pengguna dalam berbagai negara merekomendasikan bahwa usaha pencegahan dasar dalam model *life skill* adalah pendekatan paling efektif. *Life skill* dapat juga menjadi faktor protektif terkuat dalam program treatment dan program aftercare termasuk dalam pencegahan relapse.

##### 2) Aplikasi Pendekatan *Life Skill* kepada pengguna

Aplikasi *life skill* terhadap pencegahan penggunaan obat terlarang adalah dengan memfasiliatsi pendidikan dan penguatan terhadap keterampilan

psikososial dalam mengangkat diri sendiri dan pembangunan sosial. Keterampilan ini termasuk kesadaran pribadi, empathy, komunikasi, hubungan interpersonal, membuat keputusan, pemecahan masalah kreativitas dan berfikir kritis dan upaya mengendalikan emosi dan stress. Dalam program-program treatment, terutama keterampilan dalam penolakan obat-obatan dan berfikir kritis, kompetensi sosial, dan komunikasi dalam menjelaskan dan menguatkan komitmen anti obat-obat terlarang.

Aplikasi *life skill* dalam upaya pencegahan penyalahgunaan obat terlarang dapat membentuk skill dari tindakan dan penguat dari psikososial dalam promosi personal dan pengembangan sosial. Skill disini meliputi kesadaran pribadi, empati, komunikasi, hubungan interpersonal, pengambilan keputusan, penyelesaian masalah, berfikir kreatif dan kritis dan mengatasi emosi dan stress. Dalam program treatment, diberikan keterampilan utama untuk resistensi/penolakan terhadap obat terlarang dan berfikir kritis, kompetensi sosial, dan komunikasi untuk menerangkan dan memperkuat komitmen anti obat terlarang dari seseorang.

*Life skill* adalah langkah terbaik dalam model participatory dengan tujuan dan sasaran yang relevan dengan isu-isu bagi pengguna obat-obat terlarang. Strategi pembelajaran partisipatory termasuk diantaranya brainstorming, demonstrasi dan panduan praktis, role play, small group discussion, educational games dan simulasi, studi kasus, menceritakan sejarah hidup, debat, pendidikan *life skill* khusus bagi konteks penelitian dan yang lainnya dan



aktivitas audio dan visual, seni, musik, teater, dansa, pemetaan keputusan, atau analisis pohon masalah.

Gambar 1. Aplikasi Spesifik dari *Life Skill* dalam Pencegahan Penggunaan NAPZA

<p>Komunikasi dan keterampilan interpersonal</p>	<p>Pengambilan keputusan dan keterampilan berfikir kritis</p>	<p>Menanggulangi emosi dan keterampilan manajemen diri</p>
<p><b>Keterampilan komunikasi</b>  <i>Partisipan dapat mengamati dan bertindak dengan cara :</i>            a. Informasi lain dari kesehatan yang bersifat negatif dan konsekuensi sosial dan alasan personal untuk menahan diri dari menggunakan obat terlarang            b. Menyampaikan kepada teman dan anggota keluarga mereka untuk tidak menggunakan obat terlarang.</p> <p><b>Keterampilan empati</b>  <i>Partisipan dapat mengamati dan bertindak dengan cara :</i>            a. Mendengarkan dan menampakkan kepehaman terhadap alasan dari teman yang mungkin memilih menggunakan obat terlarang.            b. Mengajukan alternatif yang menarik dan sesuai dengan trend.</p> <p><b>Keterampilan advokasi</b>  <i>Partisipan dapat mengamati dan bertindak dengan cara :</i>            a. Mempengaruhi komunitasnya untuk mengadopsi dan memperkuat kebijakan untuk zona bebas obat</p>	<p><b>Keterampilan mengambil keputusan</b>  <i>Partisipan dapat mengamati dan bertindak dengan cara :</i>            a. Mengumpulkan informasi tentang konsekuensi dari penggunaan obat terlarang.            b. Menimbang konsekuensi yang bertentangan dengan alasan umum dari remaja untuk menggunakan obat terlarang.            c. Mengidentifikasi alasan sendiri untuk tidak menggunakan obat terlarang dan menyebarkan alasan tersebut kepada orang lain.            d. Mendukung keputusan untuk tidak menggunakan obat terlarang di lingkungan yang memungkinkan terjadinya penggunaan obat terlarang.            e. Membuat dan mempertahankan keputusan untuk berhenti menggunakan obat-obat terlarang dan membantu untuk merealisasinya.</p> <p><b>Keterampilan berfikir kritis</b>  <i>Partisipan dapat mengamati dan bertindak dengan cara :</i>            a. Menganalisa tujuan remaja</p>	<p><b>Keterampilan untuk memajemeni stress</b>  <i>Partisipan dapat mengamati dan bertindak dengan cara :</i>            a. Menganalisis apa kontribusi terhadap stress.            b. Mereduksi stress melalui beberapa aktivitas melalui latihan, meditasi, dan manajemen waktu.            c. Mengkondisikan teman dan orang-orang untuk menerima dukungan dan relaksasi.</p> <p><b>Keterampilan untuk meningkatkan kepercayaan diri, memperoleh tanggung jawab, perbedaan dan menciptakan perubahan.</b>  <i>Partisipan dapat mengamati dan bertindak dengan cara :</i>            a. membangun kepercayaan diri            b. menciptakan keadaran diri, termasuk nilai dan sikap yang bertentangan dan kesadaran akan kekuatan dan kelemahan personal            c. membuat tujuan hidup yang bebas dan obat terlarang dan merencanakan kontribusi positif pada sebuah</p>

<p>terlarang. b. Membangkitkan dukungan local untuk komunitas bebas obat terlarang.</p> <p><b>Keterampilan negosiasi</b> <i>Partisipan dapat mengamati dan bertindak dengan cara :</i></p> <p>a. Melawan lehehdak teman untuk menggunakan kembali obat terlarang, tanpa harus kehilangan muka atau putus persahabatan.</p> <p><b>Keterampilan interpersonal</b> <i>Partisipan dapat mengamati dan bertindak dengan cara :</i></p> <p>a. Menyemangati orang-orang yang mencoba untuk berhenti menggunakan obat terlarang. b. Menyuarakan ketidaktidaktoleransian terhadap teman yang menggunakan obat terlarang.</p>	<p>menggunakan zat dan melihat kecendrungan terhadap wanita atau usaha menarik pria. b. Mengembangkan kontra-pesan yang meliputi biaya belanja obat terlarang dan bagaimana keuntungan lain bila biaya digunakan dengan baik. c. Mengkaji bagaimana pengguna zat mengambil keuntungan dari masyarakat miskin. d. Menganalisa apa yang menggiring mereka untuk menggunakan zat dan cara untuk mencari kesehatan laternatif.</p>	<p>komunitas. d. Keterampilan dalam menilai dan monitoring diri sendiri dan memberi penghargaan kepada mereka yang berhasil mencapai tujuan.</p>
---	--	--

### 3) Siklus Pengembangan *Life Skill*

#### a) Mendefinisikan dan Mempromosikan skill spesifik

- Mendefinisikan skill : skill apakah yang paling relevan dalam mempengaruhi sebuah target prilaku atau kondisi ? akankah seseorang akan melakukan bilamana latihan mengembangkan skill telah berhasil.
- Mengevaluasi aspek positif dan negatif terhadap *life skill* dalam penerapannya.
- Menggalakkan latihan-latihan verbal dan aksi.

- Mengoreksi kesalahan persepsi tentang apa skill dan bagaimana melaksanakannya.
- b) Mempromosikan performa dari *life skill*
- Menyiapkan kesempatan untuk mengobservasi kemungkinan efektifitas penerapan *life skill*.
  - Menyiapkan kesempatan untuk praktik bersama pelatih dan feedback
  - Mengevaluasi performance
  - Menyediakan feedback dan rekomendasi untuk mengoreksi kegiatan.
- c) Melakukan pemeliharaan skill / generalisasi
- Menyediakan peluang untuk pendidikan personal
  - Melakukan evaluasi diri sendiri dan penyesuaian skill.
- 4) Faktor-faktor penting yang mempengaruhi keberhasilan program
- a) Dapatkan komitmen dari stakeholders : advokasi intensif dibutuhkan pada tahapan perencanaan paling pertama untuk mempengaruhi kepemimpinan kunci.
- b) Teorical Underpinning : program efektif akan berbasis pada pendekatan teorikal yang dapat mendemonstrasikan efektivitas dalam mempengaruhi perilaku-prilaku berisiko yang berhubungan.
- c) Koordinasi antara lembaga dan strategi : program harus terorganisasi lebih banyak dengan strategi-strategi lainnya, pelayanan kesehatan dan komunitas, pengembangan komunitas, dan pendekatan media.

- d) Metode partisipatory : program yang efektif menggunakan variasi dari pembelajaran partisipasi atau metode pelatihan yang melibatkan keaktifan siswa atau pelatih dan isu kesehatan utama.
- e) Pelatihan bagi guru atau pelatih dan pengembangan profesional : guru, pelatih atau pimpinan sebaya dapat menjadi bagian dari program efektif bila diberi pelatihan yang cukup.
- f) Isi dari pengetahuan, sikap dan skill : isi program bisa menyeleksi untuk menelaraskan risiko kesehatan spesifik dan perilaku protective.
- g) Membangun kecocokan dan relevansi : intervensi harus relevan dengan realitas dan level pengembangan dari remaja dan harus ditujukan pada risiko yang mana berpotensi memberikan lebih banyak kemudahan kepada individu dan sosial.
- h) Partisipation : mekanisme mesti dikembangkan untuk memfasilitasi pelibatan pelajar, remaja, orang tua, dan komunitas yang lebih luas pada semua tingkatan.
- i) Evaluasi dan follow up : evaluasi sangat penting dan mesti direkomendasikan dari luar dan keseluruhan program.

b. Pendekatan Komprehensifitas

Struktur dasar dari program kesehatan sekolah jika dilihat dari berbagai literatur relative dan tidak berubah untuk lebih 50 tahun. Dalam laporan issu oleh *Health Education Section of The American Phisical Eduacation Association* pada tahun 1953, menunjukkan bahwa program kesehatan sekolah

digambarkan terdiri dari tiga komponen independent yakni; instruksi (pembelajaran) kesehatan, Sekolah-staff program dan pelayanan kesehatan sekolah (Green L.,W. and Kreuter M., W., 1991)

#### 1) Instruksi Kelas

Pembelajaran kesehatan dalam kelas mempunyai tiga tujuan: bahwa kesehatan mempunyai sebuah nilai, sepanjang dengan tanggungjawab, kebenaran, hak kewarganegaraan, dan kualitas kehidupan. Kedua, bahwa pelajar akan dibekali dengan pengetahuan, keterampilan dan pemberdayaan kebutuhan untuk memilih dan mempertahankan perilaku personal yang sehat. Ketiga, tujuan yang mengarahkan pelajar sebagai pembelajar seumur hidup, bahwa mereka mungkin memperoleh, mengevaluasi, dan menggunakan informasi baru untuk memecahkan masalah kesehatan ke depan.

Tujuan-tujuan tersebut dirangkaian dalam bentuk kurikulum yang menitikberatkan pada motivasi untuk memelihara kesehatan, mengembangkan kompetensi pemecahan masalah, dan pengetahuan yang berkaitan dengan kesehatan dalam sepuluh bagian. Kesepuluh kategori tersebut adalah kesehatan komunitas, kesehatan konsumen, kesehatan lingkungan, kehidupan keluarga, pertumbuhan dan perkembangan, kesehatan nutrisi, kesehatan pribadi, pencegahan dan control terhadap penyakit dan masalah kesehatan, keselamatan dan pencegahan kecelakaan dan penggunaan zat dan penyalahgunaan.

Kurikulum yang dikembangkan harus mengarah pada kebutuhan untuk pertumbuhan dan perkembangan anak pada umur periode di atas 12 tahun. Topic-topik yang diberikan pada masing-masing tingkatan level dan aktivitas pendidikan harus diseleksi dengan baik. Penyelenggaraan metode pembelajaran yang efektif mencakup penggunaan pendekatan penemuan praktis; kecil, *cooperative learning*, kelompok kerja siswa, silang umur dan pengajaran sebaya; pendekatan positif yang menekankan pertumbuhan normal dan perkembangan; dan peluang-peluang untuk membangun keamanan dan kekuatan diri.

## 2) Sekolah-staff program

Pendidik kesehatan dapat juga bekerja dalam program promosi kesehatan kelas-staff. Program tersebut relative baru dalam program-program kesehatan sekolah dan sering berawal dari koordinasi dari komite relawan. Sekolah mempunyai berbagai macam sumber untuk melaksanakan promosi kesehatan di tempat tersebut, diantaranya; secara perorangan (guru pendidikan kesehatan, perawat, nutrisisionis, guru pendidik physical, dan konselor); dan fasilitas/peralatan (gedung olahraga, lintasan dan lapangan, pengukur tekanan darah, alat ukur, peralatan audiovisual, computer).

## 3) Pelayanan Kesehatan Sekolah

Pelayanan kesehatan sekolah berada pada tengah-tengah sebuah perubahan besar, bergerak dari program tradisional dari pelayanan untuk penyakit akut, penyakit minor dan luka dan pelaksanaan screening ke arah

penekanan pada pelayanan primer, pendidikan kesehatan, dan keadaan kesehatan mental dan program penyalahgunaan zat, pelayanan sosial, dan pelayanan komunitas yang lain, demikian juga nutrisi dan rekreasi. Pelayanan primer yang berbasis pada sekolah telah menunjukkan cara yang efektif dalam menjangkau anak dan remaja yang berisiko, dan klinik yang berbasis sekolah dalam meningkatkan angka tersebut. Sebagai sekolah yang bergerak ke arah program pelayanan yang lebih komprehensif yang ditujukan kepada penyakit sosial, maka aturan dari pendidikan kesehatan akan meningkatkan tingkat kepentingannya. Walaupun demikian pendidik kesehatan jarang bekerja dan berkontribusi dalam pelayanan kesehatan sekolah, hal ini mungkin dapat berubah bila fungsi pelayanan lebih mengarah kepada setting pelayanan kesehatan primer.

Jika karakteristik sebagai bagian dari program komunitas yang besar, kompleksitas organisasi dari program kesehatan sekolah akan lebih jelas. Aktivitas yang menyusun program kesehatan sekolah diantaranya adalah kepemimpinan, administrasi, dan perencanaan input dari kedua pihak antara komunitas dan sekolah

Tiga elemen tradisional yang saling berkaitan yang mencakup lima; integrasi upaya dari sekolah dan promosi kesehatan komunitas, pendidikan fisik sekolah, pelayanan makanan pada sekolah, konseling sekolah, dan program promosi kesehatan yang berbasis sekolah untuk kelas dan staff (terlihat pada gambar 1 dan gambar 2)

Dari lima atau tiga gabungan komponen yang ada, akan mempunyai tiga keunggulan yang nampak secara eksplisit dari program kesehatan sekolah. *Kebaikan Pertama*, sebagai sebuah keniscayaan untuk mengintegrasikan komunitas dan program sekolah, pendidikan fisik, pelayanan makanan sekolah, konseling sekolah, dan promosi kesehatan berbasis sekolah kepada staff, dan semua aktivitas penting dalam sekolah menjadi lebih tampak. Komponen yang lebih menonjol akan mendapatkan perhatian, mendapatkan konsideran kelayakan, pendidikan dan dukungan.

*Kebaikan Kedua*, perluasan kerangka kerja dukungan sebuah kebutuhan untuk sebuah pendekatan tim terhadap kesehatan sekolah. Mengidentifikasi pelaku penting dalam tim yakni; perawat sekolah, *Physicians*, Pendidik kesehatan, konselor, psikolog, pekerja pada pelayanan makanan, pendidik fisik, dan yang lain yang bertanggungjawab untuk fisik sekolah dan lingkungan psikososial, dan dalam komunitas dimana program kesehatan sekolah dijalankan untuk memperbaiki kesehatan para pelajar

*Kebaikan Ketiga*, dari penggunaan framework yang luas jelas akan memberikan perhatian untuk misi mendasar dari sekolah yakni pendidikan. Tujuan ke arah “performa kognitif dan prestasi pendidikan sebangun dan sebanding dengan status kesehatan outcome jangka pendek dan jangka panjang yang diprioritaskan. Ketika para profesional kesehatan telah kehilangan perhatian untuk mengembangkan kesehatan sekolah dan menggantinya dengan

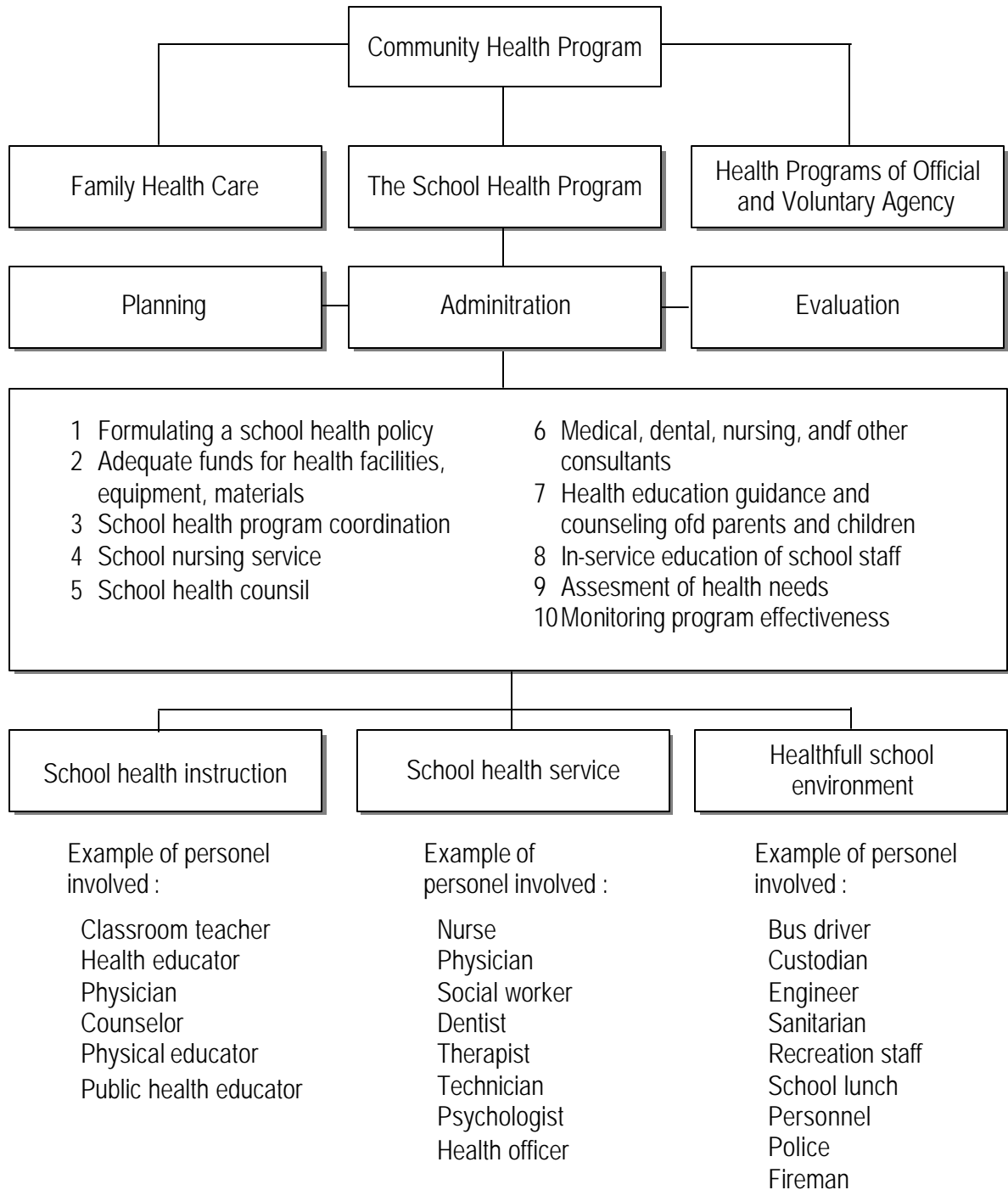


prioritas yang lain, seringkali terjadi jika hilangnya perhatian dan dukungan dari administrator sekolah.

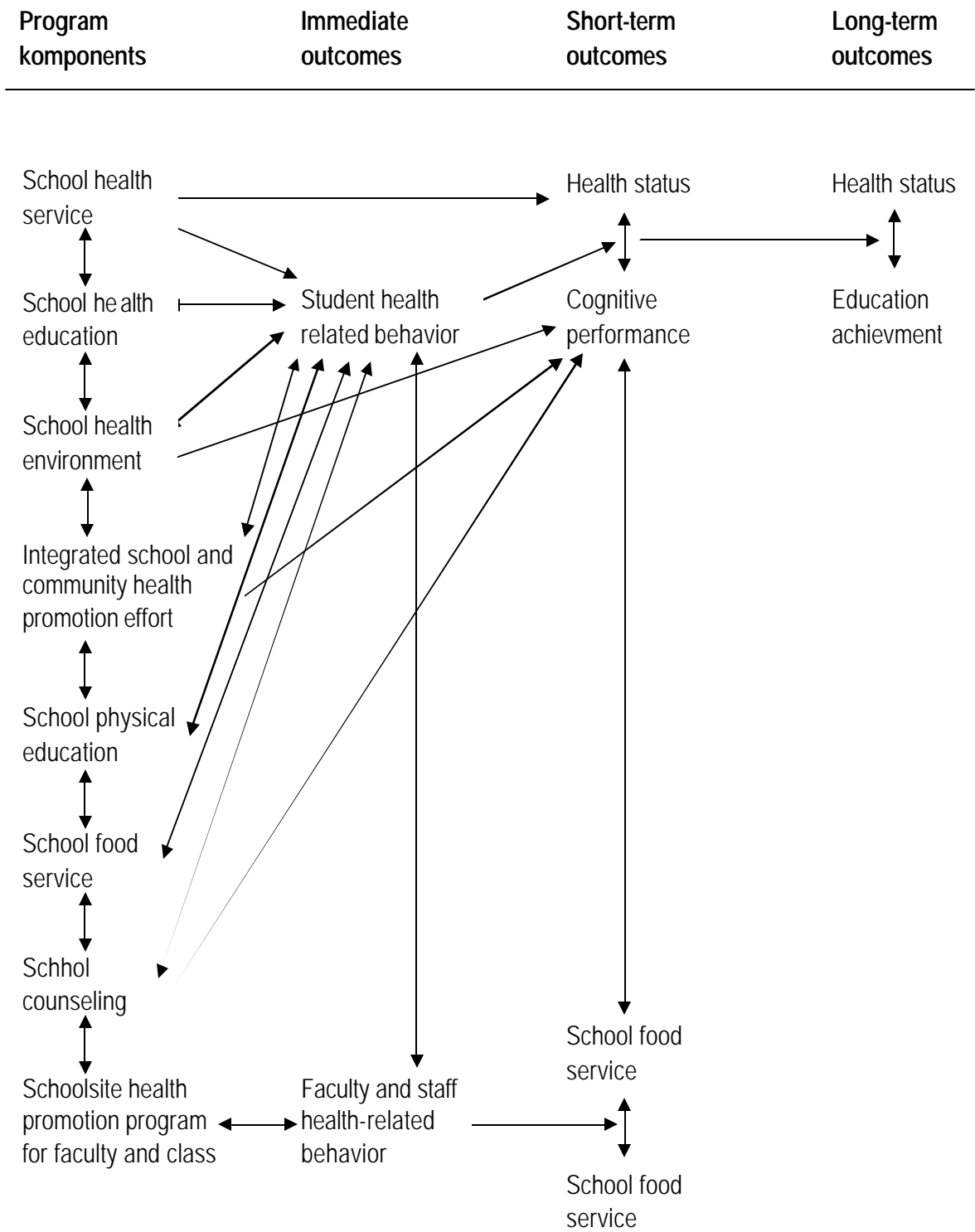
Pada pendekatan ini sasaran umum untuk sekolah adalah meningkatkan angka graduasi sekolah menengah dan menawarkan kualitas komprehensif K-12 program kesehatan sekolah. Sekolah juga menargetkan untuk memberikan topik-topik kesehatan yang lain seperti gizi, pencegahan penggunaan tembakau, pencegahan alcohol dan obat-obatan terlarang, seksualitas remaja (mencakup sekolah, keagamaan atau program remaja), pendidikan HIV berdasarkan umum, pencegahan penyakit menular seksual, penyelesaian konflik tanpa kekerasan dan pencegahan dan control kecelakaan. Kebijakan khusus dan program mencakup program sarapan dan jajanan sehat, pendidikan kesehatan harian yang diorientasikan kepada aktivitas kesehatan sehari-hari, lingkungan bebas tembakau, dan tatacara perlindungan kepala, wajah, mata, dan mulut pada kegiatan olahraga dan rekreasi.

Sasaran program pada *Healthy People 2000* harus mempertimbangkan beberapa hal yang berada pada konteks program kesehatan sekolah komprehensif. Program kesehatan sekolah komprehensif terdiri atas delapan komponen yakni: pelayanan kesehatan sekolah, pendidikan kesehatan sekolah, lingkungan sekolah yang sehat, integrasi antara sekolah dengan upaya-upaya promosi kesehatan komunitas, pendidikan Physikal sekolah, pelayanan makanan sekolah, konseling sekolah, dan program promosi kesehatan untuk

staff dan guru. Demikian pula program membutuhkan koordinasi lintas unit pada berbagai unit administrasi sector sekolah.



Gambar .2.  
Organizational and administrative relationship of component of the health school component



Gambar 3  
School health promotion component and outcomes

### 3. Pendekatan Multilevel

Program kesehatan sekolah yang komprehensif memberikan focus yang alami pada sasaran *ecological programming* (Simons B., G, Greene W., H, and Gottlieb Nell H., 1995). Sasaran primer adalah mempromosikan pencegahan alcohol, bebas mabuk saat berkendara, menghilangkan keinginan menggunakan zat, dan mempromosikan norma sosial yang mendukung. Prilaku dan norma tersebut akan mendukung dan lebih memperkuat keterlibatan para pelajar, orang tua dan guru.. Level program menyentuh kesemua level mulai dari individual, interpersonal, organizational sampai pada komunitas (terlihat pada figur 3)

Level	Program Strategy
Individual	Information and dicussion on substance use as a risk provided Indonesia classrom; articles Indonesia student newspaper
Interpersonal	Discussion groups on norms and behaviors related to substance use by teens; student groups plan strategies to prevent misuse of drugs; students make commitments to each other for support Indonesia responsible behavior related to substance use, parents contract with student to call if they ned rides from social events.
Organizational	policies banning drugs at school events; promotion of drugs-free social events; provision of rides to and from events
Community	drugs-free gathering places for teenagers; media campaigns, focused on teenager, on risk from drugs and benefits from not misusing drugs

Gambar 4. Ecological Programming in School for Drugs Misuse Prevention

2. Model dan Aplikasi Berbagai Program Penanggulangan Penyalahgunaan NAPZA pada Remaja

United Nation, New York (2003) dalam *Adolescent Substance Use : Risk and Protection* menggambarkan beberapa model dan aplikasi dari berbagai program penanggulangan penyalahgunaan zat yang berbasis sekolah dan mempunyai sasaran pada remaja pada berbagai negara sebagai berikut :

a. Lion-Quest Program.

Salah satu lembaga yang menggunakan pendekatan *life skill* adalah Lions Club international dengan nama program *Lion-Quest programme*. Program ini dalam rangka pengembangan remaja yang positif menjangkau lebih 4 juta orang remaja di seluruh dunia. Program ini melibatkan keluarga, sekolah, dan anggota komunitas dalam bekerja bersama untuk meningkatkan faktor protektif dan mempromosikan peningkatan kesehatan remaja dan mengurangi faktor yang mempengaruhi problem perilaku pada anak (komitmen dari stakeholder). Program ini mempunyai pola yaitu memperkuat ikatan antara remaja dengan keluarganya, teman sebaya, sekolah, dan komunitas, dan memberikan pelayanan melalui partisipasi dan kontribusi. *Lion-Quest programme* menyediakan sebuah kerangka perubahan sekolah ke arah positif melalui bantuan workshop dan material kepada staff sekolah, orang tua siswa, dan perencanaan anggota komunitas dan melakukan aktivitas untuk memperbaiki kondisi sekolah.

Dalam workshop yang dilaksanakan oleh *Lion-Quest programme* para guru diajarkan mengorganisasikan ruang kelas, dan manajemen strategi untuk mengagias *clear standard* untuk perilaku (pelatihan guru). Para pelajar dibantu mengembangkan peraturan dalam kelas, penanganan praktis dari tekanan negatif, dan bergerak melakukan kampanye sekolah secara meluas melawan pengguna zat, pemerasan dan kekerasan. Memberikan penugasan untuk menggiatkan tentang obat-obatan terlarang dan kekerasan dan isu-isu lain yang relevan. Juga diberikan suplemen berupa pertemuan-pertemuan untuk membangun skill orang tua dan informasi tentang cara-cara orang tua menolong, memelihara dan membebaskan anak mereka dari obat-obatan. *Lion-Quest programme* menyediakan desain dan materi kelas khusus yang mana mengajarkan kompetensi dalam membentuk remaja memiliki *self-disciplin*, komunikasi, problem-solving, resistensi, dan keahlian penangan konflik. Pembelajaran dilakukan dalam interaksi tinggi dan langsung dilakukan dengan panduan skill praktis, diskusi, dan *service-learning*, *student-practice*, dan aplikasi keahlian tersebut (metode partisipasi).

b. Hawari and Associates, Jakarta

Hawari and Associates melayani detoxifikasi, counseling, dan terapi komunitas untuk kalangan umur muda. Pendekatannya berdasar pada *integrating medical*, therapy psikologi dan religius, mulai dengan therapy psycho-pharmacological selama tiga hari.

Umumnya pasien yang datang pada Hawari and Associates adalah penderita ketergantungan heroin. Konfirmasi keluarga dan tes urine umumnya lebih banyak dipakai dalam mengidentifikasi kebutuhan akan treatment. Penilaian pasien adalah lebih kondusif melalui interview, pemeriksaan fakta-fakta dan tes urine. Proses treatment adalah sama untuk semua pasien, tetapi psykoterapi religius dikondisikan menurut system kepercayaan individual pasien

Umumnya pasien remaja yang datang menampakkan perilaku anti-sosial dan berasal dari keluarga yang tidak harmonis. Mereka yang sukses menyelesaikan treatment dari program regular dan terinspirasi oleh kepercayaan agama tentang haramnya penggunaan obat terlarang. Mereka yang tidak selesai melaksanakan treatment umumnya mempunyai pengalaman tekanan sebaya dari teman ketika masih menggunakan obat-obat terlarang.

c. Yayasan Harapan Permata Hati Kita (Yayasan KITA/YAKITA)

Program YAKITA adalah memberikan pelayanan terhadap remaja dengan pendekatan kombinasi pada pelayanan treatment :

- 1) *Pre-admission* yang mana termasuk counseling dan pelayanan hotline 24 jam. Keluarga biasanya berkinjung ke centre untuk melihat fasilitas dan berdiskusi dengan para fasilitator
- 2) *Treatment Planning* : menggunakan tiga modul (enam bulan program dasar residensial, enam bulan program pelatihan *peer counseling* dan enam bulan program pelatihan staff).

- 3) *Counseling*, biasanya melayani pasien dan keluarga pasien.
- 4) *Medical Detoxification*, jika diperlukan.
- 5) *Non- Medical Detoxification*, jika diperlukan
- 6) *Rehabilitation* sebagai aktivitas utama
- 7) *Aftercare meeting*, dua kali seminggu
- 8) *Relapse intervention*, untuk mereka yang mengalami relaps
- 9) *Outreach*, ke sekolah, masyarakat dan keluarga
- 10) *Crisis intervention*, team akan mengadakan kunjungan untuk mengatasi krisis di rumah client.

Standard proses treatment termasuk fasilitas tempat tinggal, makanan, fungsi job, tugas rumah tangga, session, dan waktu kosong adalah hal-hal yang pokok bagi semua pasien. Perencanaan treatment tergantung dari masing-masing kepribadian, temperament, kebiasaan, dan keadaan khusus dari mental dan fisik atau program.

d. E's Up, Portsmouth City, United Kingdom

E's Up adalah baru, pelayanan community-based treatment bersifat eksklusif untuk umur muda di bawah umur 18 tahun. Pelayanan paling sering diberikan bagi bagi remaja termasuk terapi *solution-focused*, interview motivational, counseling jangka panjang dan jangka pendek, termasuk terapi kognitif, terapi kelompok dan keluarga, terapi pencegahan relaps, control penggunaan paket, dan detoksifikasi non-medikal. Kapan perencanaan



pengobatan dan treatment, E's Up bekerja secara sistematis meliputi intervensi dengan lembaga lain, bersama dengan *statutory dan non-statutory*.

E's Up menerima berbagai sumber dan asal permintaan, termasuk permintaan sendiri dan permintaan melalui telepon. Semua penilaian dan treatment dikondisikan dengan keadaan rumah dari remaja atau pertimbangan lain, lokasi pergaulan. Penilaian terhadap pengguna mencakup, latar belakang sosial, hubungan keluarga, hubungan sebaya, pendidikan/perkerjaan, keadaan ekonomi, keterlibatan dengan kejahatan, kesehatan mental, kesehatan fisik, harga diri, dan harapan / cita-cita masa depan. Penilaian juga meliputi penilaian risiko. E's Up menekankan pada remaja, terutama remaja yang cenderung mengalami kesulitan menemukan kemampuan dan kepercayaan diri..

E's Up percaya dibutuhkan sebuah pendekatan holistic dan sistematis kepada para pengguna. Menundaklanjuti penilaian semua klien dalam sebuah pertemuan multidisipliner. E's Up membangun perencanaan tretmen individual untuk setiap klien dan pekerja kunci terlibat dalam pelayanan dan kordinasi pada semua treatment, termasuk intervensi oleh lembaga lain. Treatment tidak mempunyai batas waktu. E's Up memberikan palayanan *aftercare* dengan metode *on-going support* dan juga menghubungkan klien dengan lembaga support yang lain.

E's Up menemukan bahwa beberapa faktor risiko dan faktor protectif ketika pekerja menghubungkan antara remaja yang bersangkutan dengan

individual lain, bahwa terpenting adalah kehidupan personal, keadaan orang tua, pendidik, rasa keadilan, dan lembaga yang dapat memberikan kontribusi positif.

Adanya tantangan termasuk kemungkinan tidak meperolehnya sikap dari lembaga lain dan sempunya kemungkinan untuk memperoleh pekerjaan, sikap tidak kerjasama dari orang tua dan orang lain, dan rendahnya motivasi dari remaja untuk memperoleh yang yang ia atau orangh lain butuhkan. Juga rendahnya sumber daya, kenyataan akan adanya bantuan dan sumber-sumber dari lembaga lain.

e. Alberta Alcohol and Drugs Abuse Committedion (AADAC), Calgary Canada

Pelayanan yang diberikan lebih sering pada program pelayanan *pre admission*, *treatmen planning*, *individual counseling*, *family counseling*, *insentive day treatment program*, *relapse prevention*, *experiential learning*, *outdoor pursuits*, *problem-solving skill traing*, *aftercare*, and *outreach school*. Hal yang paling utama pelayanan kepada remaja yaitu memberlakukan remaja bukan sebagai pasien saja tetapi sebagai individual dan juga konseling keluarga.

AADAC mempunyai dua proses treatment yakni; *Out-patient Treatment Programmed* dan *Intensive Day Treatment Programme*. Semua remaja yang berpatokan ke AADAC melihat *out-patient counselor* mendapat tempat dalam satu tempat dalam bentuk kantor lapangan dalam setiap provinsi. Semua konseling dan perencanaan treatment adalah dasar dari penilaian.

Sebelum bergabung dalam program treatment harian AADAC klien mendapat penilaian secara komprehensif tentang penggunaan obat-obatan termasuk di dalamnya program *the Personal Experience Screening Questionnaire (PESQ)*, *The Assesment Problem Severyty Index (APSI)*, *the Personal Experience Inventory (PEI)*, *the Adolescent Problem Gambling Screen*, and *the Treatment Goal Checklist*

AADAC menyadari luasnya masalah dari remaja dan keluarga. Latar belakang keluarga mungkin termasuk masalah orang tua para pengguna zat dan remaja yang jauh dari kesejahteraan. Mungkin juga termasuk keadaan keuangan dan kelengkapan keluarga yang dapat memberikan dukungan penuh terhadap anak-anak remaja mereka. Yang paling dibutuhkan remaja adalah adanya pelayanan yang memberikan dukungan sekitar kehidupan remaja itu sendiri. Beberapa faktor dapat membantu klien sukses menyelesaikan pelayanan treatment termasuk komitmen personal untuk berubah, dukungan keluarga dan komunitas selama dan sesudah treatment, partisipasi dari berbagai kegiatan kesehatan, dan adanya teman yang tidak menggunakan obat-obatan. Adanya keterlibatan keluarga dalam proses treatment adalah kunci kesuksesan. Ada perbedaan, remaja yang tidak sukses menyelesaikan pelayanan treatment adalah jika mereka tidak siap membuat perubahan dalam gaya hidup mereka dan rendanya dukungan dari keluarga dan teman.

AADAC focus pada sekolah, keluarga dan sebaya. Setiap program yang dilakukan diupayakan dapat menghubungkan mereka dengan sekolah

mereka (rasa memiliki dari sekolah) atau membuat hubungan dengan program alternative pendidikan. Pelibatan dan dukungan dari keluarga seluruhnya adalah prioritas treatment. Adanya remaja juga memberikan peluang dalam perencanaan setiap kegiatan kesehatan yang positif.

- f. Division of Alcohol and Substances Abuse (DASA), State of Washington, United State.

Pelayanan lebih sering diarahkan pada remaja meliputi *abstinence-based out patient dan residential treatment*. DASA memberikan pelayanan *Out-patient assessmen, konseling keluarga, program aftercare, dan In-patient treatment* pada pada level aquity yang berbeda, termasuk bekerja dengan kondisi remaja dan keluarga yang mengalami kekacauan.

Orang atau remaja yang paling banyak menerima pelayanan dari lembaga adalah yang mempunyai masalah dengan kriminal (terkespos dengan kekerasan), sekolah (kegagalan akademik, komitmen yang rendah terhadap sekolah), lari dari kenyataan dan penyalahgunaan. Mereka yang tidak sukses menyelesaikan program treatment hambatan utamanya adalah lebih banyaknya komplikasi problem kehidupan, termasuk gangguan kesehatan mental yang hebat, dan keretakan keluarga (lingkungan rumah tangga yang kisruh, konflik keluarga).

- g. Essex Young People's Drug and Alcohol Sevice, Essex, United Kingdom

Program lebih mengarah pada intervensi krisis, konseling, kelompok kerja, program harian yang terstruktur termasuk *life-skill*, penjangkauan

pekerja jalanan, bekerja dengan para gelandangan, training, pencegahan dan pendidikan.

Para remaja diidentifikasi melalui pelayanan sosial, para praktisi umum, orang tua, inisiatif diri sendiri, atau berhubungan langsung dengan para petugas lapangan. Semua penilaian bersifat holistik dan diperoleh melalui konsideran yang mutakhir ataupun terdahulu tentang penggunaan obat-obatan, kondisi dan sejarah sosial dan keluarga, tingkat kebutuhan dari remaja, perilaku yang menyimpang, penilaian kompetensi, dan perhatian terhadap perlindungan anak.

Sebagai program yang bersifat holistik the Essex Young People's Drug and Alcohol Service memperhitungkan semua penilaian dan semua risiko yang mempengaruhi situasi personal.

Remaja dalam program ini berasal dari latar belakang yang cukup beragam, tapi mereka mempunyai faktor risiko yang hampir serupa, mencakup keterasingan dalam lingkungan sekolah, orang tua sebagai pengguna zat, pengangguran, terlibat sebagai pelaku kejahatan, terpapar dengan kekerasan, dan faktor-faktor lain yang berhubungan dengan keterasingan sosial. Untuk remaja yang tidak sukses menyelesaikan sebuah *Care Plan*, faktor utamanya biasanya berasal dari keluarga (konflik keluarga), dan pengaruh dari kelompok sebaya.

### 3. Faktor Risiko dan Faktor Protective Penyalahgunaan Zat pada Remaja

WHO dalam United Nation (2003) juga memberikan analisa dari temuan-temuan penelitian tentang Risiko dan faktor protective terhadap 50 negara termasuk diantaranya Negara-negara di Asia sebagai berikut :

- a. Konflik dalam Keluarga
- b. Berteman dengan pengguna

Juga termasuk faktor prospective sebagai berikut :

- f. Hubungan positif dengan Keluarga
- g. Peraturan yang sehat dalam keluarga
- h. Lingkungan sekolah yang positive
- i. Keyakinan spiritual yang mendalam

Faktor Risiko dan Faktor Prospective terhadap penyalahgunaan NAPZA berada pada beberapa level :

- 1) Pada Level Individu, bayangan pengalaman hidup lebih signifikan terhadap penggunaan NAPZA dibandingkan dengan sifat-sifat genetic. Faktor terpenting adalah tingkat support dan perhatian dari orang tua atau saudara lainnya pada usia dini, kualitas dari pengalaman pendidikan masa kecil, dan kompetensi personal dan sosialnya perasaan dan harapan terhadap masa depan. Lagipula remaja yang mempunyai kepercayaan spiritual dan ketidakpercayaan terhadap teman pengguna tidak akan mempengaruhi dirinya untuk menjadi pengguna.

- 2) Pada Level sebaya, seleksi pergaulan terhadap teman pada usia sebaya dan lingkungan juga sangat penting. Sebagai contoh hubungannya dengan masalah perilaku sebaya atau perilaku konvensional akan memberikan perbedaan.
- 3) Pada tingkat Keluarga, faktor-faktor termasuk sejarah atau kelemahan pengguna : efektivitas manajemen keluarga, termasuk komunikasi dan disiplin, tingkat kedekatan antara orang tua dan anak, aturan alamiah dan harapan orang tua, dan kekuatan dari jaringan keluarga. Remaja yang mempunyai hubungan yang positif dengan orang tua dan mempunyai struktur perhatian dan perlindungan dari orang tua akan mengeliminasi kecenderungan sebagai pengguna. Sebaliknya remaja yang berada pada keluarga yang mengalami konflik dalam keluarga akan mempengaruhi remaja untuk menjadi pengguna.
- 4) Pada tingkat sosial dan komunitas, termasuk didalamnya norma-norma sosial dan kepercayaan , demikian pula keahlian dan kompetensi sosial , komunikasi dan aturan kemasyarakatan.
- 5) Pada tingkat sekolah, remaja yang mempunyai hubungan positif dengan para guru, mematuhi peraturan sekolah dan mengerjakan kegiatan yang menjauhkan mereka dari penggunaan obat-obat terlarang.

Berikut ini beberapa faktor risiko dan beserta program untuk melindungi terhadap remaja dari penggunaan obat-obatan terlarang pada tiap level yang terangkum dalam tabel 1 (Global Youth Network, 2002 dalam United Nation, 2003) sebagai berikut :

Gambar 5. Faktor Risiko Dan Faktor Protective Untuk Remaja Terhadap Penyalahgunaan Obat Terlarang

Sektor	Faktor Risiko	Faktor Protektive
Individual/Peers	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Berhubungan dengan teman sebaya yang mempunyai model problem pengguna obat</li> <li>b. Kepercayaan terhadap pengguna, pengetahuan tentang obat terlarang.</li> <li>c. Kegagalan dalam pekerjaan dan persangan geng.</li> <li>d. Perasaan kegagalan dan kehilangan harapan hidup.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Berafiliasi dengan teman yang mempunyai perilaku yang normative.</li> <li>b. Mempunyai tipe yang baik termasuk empathy, problem-solving, dan control internal.</li> <li>c. Tidak bertoleransi terhadap nilai yang menyimpang.</li> <li>d. Moral kepercayaan dan nilai.</li> <li>e. Optimis dan orientasi positif terhadap kesehatan.</li> <li>f. Persepsi yang benar terhadap risiko dari penggunaan obat terlarang.</li> </ul>
Keluarga	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. lingkungan rumah yang kisruh</li> <li>b. konflik keluarga</li> <li>c. lemahnya ikatan keluarga</li> <li>d. orang tua dan atau keluarga lain adalah pengguna obat-obatan atau mempunyai kecenderungan terhadap obat-obatan.</li> <li>e. Kemiskinan dan inkonsistensi dalam mendidik, pendidikan yang tidak efektif, dan pola komunikasi yang negative.</li> <li>f. Harapan tinggi yang tidak realistis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. kesempatan pendidikan dan dukungan social bagi orang tua, mengajarkan kepada orang tua bagaimana mendisiplinkan anak dan mengatasi konflik.</li> <li>b. Pengawasan orang tua dengan peraturan yang jelas terhadap tingkah laku dan perhatian penuh orang tua terhadap kehidupan anak.</li> <li>c. Keluarga yang aman dan tentram.</li> <li>d. Ikatan yang kuat antara anak dengan keluarganya.</li> <li>e. Norma dan moralitas keluarga yang kuat.</li> <li>f. Dukungan, perhatian orang tua dan keluarga yang harmonis.</li> </ul>
Community	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. ketersediaan obat-obatan</li> <li>b. keterpaparan dengan kekerasan</li> <li>c. adanya tekanan ekonomi</li> <li>d. lemahnya legislasi dan penegakan hukum</li> <li>e. lemahnya hukum dan norma terhadap penggunaan obat-obatan dan alcohol.</li> <li>f. Tatanan persaudaraan yang kurang harmonis, termasuk perang dan kamp pengungsi.</li> <li>g. Persepsi yang memberikan pembenaran terhadap perilaku</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. akses terhadap berbagai pelayanan yang mendukung</li> <li>b. adanya norma sosial/komunitas yang mereduksi tentang kekerasan dan penggunaan obat-obatan.</li> <li>c. Adanya aktivitas kesehatan yang cukup.</li> <li>d. Adanya ikatan yang kuat dengan intitusi pro-sosial seperti organisasi keagamaan atau dengan kelompok komunitas lain.</li> <li>e. Adanya identitas budaya yang kuat dan kebanggaan etnik.</li> </ul>



	pengguna dalam lingkungan komunitas.	
Sekolah	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. kegagalan akademik, prestasi sekolah yang rendah.</li> <li>b. Rendahnya derajat komitmen terhadap sekolah.</li> <li>c. Menjadi remaja tersisi pada sekolah dasar.</li> <li>d. Rendahnya peraturan akademik dan komitmen.</li> <li>e. Harapan tinggi yang tidak realistik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. perubahan organisasi di sekolah, pembimbingan, memperbaiki hubungan fakultas, sekolah dan komunitas, mengubah prosedur disiplin.</li> <li>b. Orientasi positif terhadap sekolah, rasa memiliki, adanya ikatan.</li> <li>c. Iklim sekolah yang positif.</li> <li>d. Adanya kelompok remaja yang pro-sosial.</li> <li>e. Adanya Norma sekolah yang mematahkan kekerasan penggunaan obat-obatan</li> <li>f. Performa sekolah yang sukses dan perhatian terhadap prestasi.</li> </ul>

## B. Tinjauan Umum tentang LSBN

### 1. Dasar Pemikiran Pembentukan LSBN

Sebagai wadah pembentukan sikap dan mental agar memahami lebih mendetail tentang bahaya narkoba, sekaligus siswa sebagai corong pemberi informasi kepada teman sebayanya.

### 2. Tujuan Pembentukan LSBN

Memberikan informasi yang benar dan tepat kepada siswa tentang bahaya narkoba, agar mereka memiliki pengetahuan, sikap dan keterampilan hidup dalam upaya pencegahan terhadap narkoba dan HIV/AIDS baik terhadap diri mereka sendiri ataupun kepada orang-orang sekitarnya.

### 3. Sasaran LSBN

Menumbuhkan kepekaan social yang tinggi pada setiap siswa tentang nahaya narkoba.

#### 4. Visi, Misi dan Strategi LSBN

##### a. Visi LSBN

Menjadi organisasi yang dapat menghasilkan anggota yang berwawasan luas, percaya diri, berjiwa social dan mampu berbicara tentang bahaya narkoba.

##### b. Misi LSBN

Bekerjasama dengan semua pihak terkait dalam rangka memberikan informasi secara cepat dan tepat untuk menghindarkan diri dari bahaya narkoba.

##### c. Strategi LSBN

Kebersamaan, keterbukaan dan kepercayaan.

#### 5. Program Kerja LSBN

##### a. Program Rutin

Pertemuan sekali dalam seminggu selama dua jam (120 menit) di sekolah dimana peserta terdiri dari kelas 1-2 dan 3 dari berbagai jurusan. Materi berasal dari Pembina/instruktur, yayasan atau lembaga atau lembaga pemerhati masalah kesehatan dan narkoba.

##### b. Program Berjangka

- 1) Pelatihan Peer Konselor / pendidik sebaya tentang narkoba
- 2) Pendidikan Dasar LSBN
- 3) Anjagsana ke Pusat Rehabilitasi Pecandu
- 4) Talk Show Islam dan Problematika Remaja Kontemporer
- 5) Pelatihan Jurnalistik tentang Narkoba dan permasalahannya
- 6) Malam renungan AIDS sedunia dan Nusantara

- 7) Penyuluhan kesehatan reproduksi remaja putrid
  - 8) Penyuluhan hukum dna narkoba
  - 9) Pemberian informasi (*on air*) tentang self help dan dukungan
  - 10) Juara 1 lomba mading SLTA se kota Makassar
  - 11) Penyuluhan dan sosialisasi di sekolah
  - 12) Sweeping di sekolah dengan melibatkan anggota LSBN
  - 13) Mengikuti seminar narkoba dan HIV/AIDS
  - 14) Random test urine
- c. Sistem Penilaian Program
- 1) Penilaian berdasarkan kemampuan siswa melakukan presentasi sebanyak tiga kali pada kelas-kelas jam pelajaran kosong.
  - 2) Penilaian kemudian memutuskan apakah criteria telah terpenuhi atau tidak, untuk kemudian mendapatkan sertifikat.
- d. Kendala Pelaksanaan Program
- 1) Kurangnya referensi bagi anggota LSBN terutama terkait dengan narkoba, HIV/AIDS dan kesehatan reproduksi remaja.
  - 2) Kurangnya dana operasional pelaksanaan program terutama dalam memenuhi kebutuhan financial narasumber.
  - 3) Masih banyak siswa yang kurang berminat menjadi anggota LSBN pada tingkat sekolah.
  - 4) Pelaksanaan program berbenturan dengan kegiatan ekstra kurikuler lainnya di sekolah

## C. Tinjauan Umum tentang Remaja

### 1. Definisi Remaja

Definisi remaja oleh beberapa pendapat beraneka ragam dan sulit untuk menentukan definisi yang paling benar, bahkan seringkali orang mendefinisikan remaja sebagai periode transisi antara masa anak-anak ke masa dewasa, atau masa usia belasan tahun, atau jika seseorang menunjukkan tertentu seperti susah diatur, mudah terangsang perasaan dan sebagainya. Namun ternyata mendefinisikan remaja tidaklah semudah yang kita inginkan sebagaimana sulitnya memahami problematika remaja.

Pada tahun 1974, WHO memberikan definisi tentang remaja yang lebih bersifat konseptual. Dalam definisi tersebut dikemukakan tiga kriteria yaitu biologik, psikologik dan social ekonomi, sehingga secara lengkap definisi tersebut berbunyi sebagai berikut :

Remaja adalah suatu masa dimana : *Pertama*, Individu berkembang dan saat pertama kali ia menunjukkan tanda-tanda seksual sekundernya sampai saat ia mencapai kematangan seksual, *kedua*, individu mengalami perkembangan psikologik dan pola identitas dari kanak-kanak ke dewasa, dan *ketiga*, terjadi peralihan ketergantungan social ekonomi yang penuh kepada keadaan yang lebih mandiri

Di Indonesia sendiri sering digunakan batasan usia 11-24 tahun dan belum menikah untuk remaja Indonesia dengan perkembangan-perkembangan sebagai berikut :

- a. Usia 11 tahun adalah usia dimana pada umumnya tanda-tanda seksual sekunder mulai tampak
- b. Dibanyak masyarakat Indonesia, usia 11 tahun sudah
- c. Pada usia 24 tahun merupakan batas maksimal, yaitu untuk memberi peluang bagi mereka yang sampai pada usia tersebut menggantungkan diri pada orang tua, belum mempunyai hak-hak sebagai orang dewasa dan belum berpendapatan.

## 2 Tahapan Perkembangan Remaja

Dikenal ada 3 (tiga) tahapan perkembangan yang dilalui oleh remaja dalam proses penyesuaian dirinya menuju kedewasaan (Dadang Hawari dalam Yakita, 2004), yaitu :

- a. Remaja Awal (*early adolescence*)

Pada tahap ini, remaja masih terheran-heran pada perubahan-perubahan yang terjadi pada dirinya dan dorongan-dorongan yang menyertai perubahan-perubahan tersebut. Mereka mulai mengembangkan pikiran-pikiran baru, cepat tertarik pada lawan jenis dan mudah terangsang secara erotis. Kepekaan yang berlebihan ini ditambah dengan berkurangnya pengendalian terhadap 'ego' menyebabkan remaja pada tahap ini sulit mengerti dan dimengerti oleh orang dewasa.

- b. Remaja Madya (*middle adolescence*)

Pada tahap ini, remaja sangat membutuhkan teman-teman. Ada kecenderungan 'narcistic' yaitu mencintai diri sendiri, dengan cara lebih menyukai teman-teman yang mempunyai sifat-sifat yang sama dengan dirinya. pada tahap ini

remaja berada dalam kondisi kebingungan karena tidak tahu harus memilih yang mana: peka atau peduli, ramai-ramai atau sendiri, optimis atau pesimis dan lain-lain.

c. Remaja Akhir (*late adolescence*)

Tahap ini adalah masa konsolidasi menuju kedewasaan yang ditandai dengan pencapaian 5 (lima) hal, yaitu:

- 1) Minat yang makin mantap terhadap fungsi-fungsi intelek.
- 2) Egonya mencari kesempatan untuk bersatu dengan orang-orang lain dan mendapatkan pengalaman-pengalaman baru
- 3) Terbentuknya identitas seksual yang tidak akan berubah lagi  
Egosentrisme (terlalu memusatkan perhatian pada diri sendiri) diganti dengan keseimbangan antara kepentingan diri sendiri dengan orang lain
- 4) Tumbuh dinding pemisah antara diri sendiri dengan masyarakat umum.

3. Prilaku menyimpang Remaja

a. Faktor yang mempengaruhi remaja terhadap penyalahgunaan NAPZA

1) Faktor internal individu

- (a) Faktor kepribadian anak, antara lain adanya gangguan kepribadian, kurang rasa percaya diri atau rendah diri, adanya kepahitan, gangguan emosi dan kehendak dan cara berfikir yang keliru.
- (b) Pengaruh usia, pada usia remaja anak masih kurang pengalaman, kurang pengertian dan penalaran. Mudah terpengaruh oleh lingkungan dan hal-hal yang baru dialami.

- (c) Pandangan atau keyakinan yang keliru, karena kurangnya pengertian yang dimiliki dan anak mendapatkan informasi yang keliru namun tidak disadari, maka anak akan terjerumus ke dalam kekeliruan sehingga membahayakan diri sendiri.
- (d) Religiusitas yang rendah, kurangnya pengertian akan penciptanya, maka kurang mengenal control diri dan etika moral yang terkandung di dalam ajaran agama.
- (e) Ego yang tidak realistis, orang yang tidak mengenal diri sendiri dengan baik, tidak ada keyakinan akan dirinya, tidak tahu di mana tempatnya. Biasanya akan mudah terombang-ambing oleh keadaan, dan mudah hanyut oleh lingkungan.

## 2) Faktor eksternal atau lingkungan

- (a) Faktor keluarga, keluarga yang tidak harmonis dan suasana keluarga yang tidak baik, cara komunikasi yang tidak baik, tidak ada cinta dan kasih sayang, tidak adanya ketenangan membuat anak tidak nyaman di rumah dan akibatnya akan mencari kesenangan di luar rumah atau dari teman sebaya.
- (b) Lingkungan tempat tinggal, lingkungan hidup sangat besar pengaruhnya terhadap perkembangan jiwa anak, terlebih lagi kalau anak berkelompok dengan orang-orang nakal.

- (c) Keadaan di sekolah, sekolah adalah tempat para sebaya remaja bertemu dan bergaul dengan leluasa, tempat untuk mendapatkan ilmu pengetahuan, juga tempat untuk saling bertukar informasi. Banyak anak nakal akibat di sekolah tidak dapat membina hubungan dengan anak yang baik, malah sebaliknya bergaul dengan anak nakal.
- (d) Pendidikan, selain ilmu pengetahuan anak juga perlu mendapatkan pendidikan moral dan kepribadian, yang dasarnya diperoleh dari keluarga dan sekolah. Anak yang kurang mendapatkan pendidikan keluarga dan pendidikan pembentukan kepribadian biasanya mereka menjadi nakal dan kurang mengenal etika moral. Tidak pandai membawa diri, dan ini adalah awal dari sikap tidak bersahabat atau anti social.

b. Ciri-ciri remaja yang rentan terhadap penyalahgunaan NAPZA

Beberapa ciri-ciri remaja yang rentan terhadap kenakalan remaja termasuk penyalahgunaan NAPZA (PP. Dwiyaning L., 2004), sebagai berikut :

- 1) Anak memiliki sifat mudah kecewa, cenderung menjadi agresif dan destruktif dalam menanggulangi perasaan kecewa tersebut, kekecawaannya menimbulkan kemarahan pada diri sendiri dan lingkungannya sehingga sering bertindak nekat tanpa pikir panjang.
- 2) *Low self esteem*, kurang percaya diri, kurang yakin pada kemampuan diri sendiri, ragu-ragu, takut ditolak dan *dependent*, mudah putus asa, apatis, pasif dan pesimistis.



- 3) Ingin enak tanpa bersusah payah, manipulatif, pandai berpura-pura, pandai berbohong dan merayu, suka membual untuk menutupi kekurangan dan kelemahan dirinya, pandai membuat sensasi dan pandai acting menipu orang lain.
- 4) Tidak sabar dan tidak dapat menunda pemuasan keinginan, suka serba instant yang berlebihan.
- 5) Mudah merasa bosan dan tertekan, selalu ada saja alasan untuk menyalahkan keadaan atau orang lain, mencari “kambing hitam”, suka protes social dan anti social.
- 6) Tidak berani menghadapi tantangan, duka cari jalan pintas dan lari dari tanggungjawab, takut gagal, pandai mencari alasan untuk menutupi rasa tidak mampunya atau kemalasannya, suka menunda tugas, mengabaikan kewajiban tapi gigih menuntut haknya.
- 7) Cenderung suka makan berlebihan dan melakukan hal-hal yang disukai tanpa mengenal batas dan waktu. Sering memaksakan keadaan sehingga sering mengalami kekecewaan akibat ulahnya sendiri.
- 8) Kurang motivasi untuk bekerja dan berkarya, membua-buat alasan, mudah putus asa, mudah marah dan cenderung selalu *negatif thinking*.
- 9) Cenderung suka mengabaikan peraturan dan sangat suka diistimewakan.
- 10) Mudah percaya pada orang lain yang dianggap baik serta cocok dengan dirinya.

- 11) Kurang mengenal Tuhannya, kurang mendapatkan pendidikan dan mendapatkan cinta kasih dan tidak mendapatkan pendidikan mengenai *character building*.
- 12) Mempunyai gangguan kejiwaan misalnya kepahitan hidup dan ego tidak realistis, menganggap dirinya tidak perlakukan secara tidak adil oleh keluarga dan lingkungannya.
- 13) Sejak usia dini sudah suka merokok, tinggal bersama atau ada orang yang peminum atau pemakai narkoba.

#### 4. Penanganan terhadap Prilaku menyimpang Remaja

Menurut Rogers dalam Sarwono (2002) setidaknya ada lima ketentuan yang harus dipenuhi dalam membantu remaja dalam mengatasi prilaku penyimpangan :

##### a. Penanganan Individu

Remaja ditangani sendiri oleh seorang psikolog atau konselor disertai dengan konfirmasi orang tua atau orang-orang lainnya, mereka diwawancarai tersendiri pada waktu yang bersamaan. Dalam penanganan ini dilakukan beberapa teknik diantaranya :

- 1) Pemberian petunjuk atau nasihat (*guidance*)
- 2) Konseling
- 3) Psikoterapi

##### b. Penanganan Keluarga

Dalam hal ini dilakukan terapi sekaligus terhadap seluruh anggota keluarga (ayah, ibu dan anak-anak). Biasanya ini dilakukan jika dinilai bahwa maslaah

yang dihadapi remaja berkaitan erat dengan perilaku atau cara-cara pendekatan yang dilakukan oleh orang tua atau anggota keluarga lainnya di rumah terhadap anggota keluarga yang bermasalah itu.

#### **D. Tinjauan Umum tentang Penyalahgunaan NAPZA**

##### **1 Pendekatan Organobiologik**

Obat psikotropik adalah bahan atau zat (substansi) yang dapat mempengaruhi fungsi berfikir, perasaan dan tingkah laku pada orang yang memakainya. WHO (1969) memberi batasan mengenai *Drug* (Obat), setiap zat (bahan) yang jika masuk dalam organisme hidup, akan mengadakan perubahan pada satu atau lebih fungsi-fungsi organisme tersebut. Bahan-bahan yang masuk narkotika, ganja, psikotropika dan alcohol adalah bahan-bahan yang mempunyai efek tersebut. Bahan-bahan tersebut seringkali disalahgunakan (*drug abuse*), sehingga dapat mengakibatkan ketergantungan (*drug dependence*).

Dengan penyalahgunaan obat (*drug abuse*) menurut WHO (1969) adalah pemakaian obat yang berlebihan secara terus menerus atau berkala di luar maksud medik atau pengobatan. Sedangkan yang dimaksud ketergantungan obat (*drug dependence*) adalah suatu keadaan dimana akibat pemakaiannya menimbulkan hal-hal berikut :

- a. Keinginan luar biasa (*an overpowering desire*) terhadap obat yang dimaksud, dan kalau perlu dengan jalan apapun untuk memperolehnya.
- b. Kecendrungan untuk menambah takaran (dosis), hal ini sesuai dengan toleransi tubuh

- c. Ketergantungan psikis, apabila obat itu dihentikan akan menimbulkan kecemasan, kegelisahan, depresi dan lain-lain gejala psikis
- d. Ketergantungan fisik, apabila obat dihentikan akan menimbulkan gejala fisik yang disebut sindroma putus obat.

Orang dengan ketergantungan obat, apabila dihentikan pemakaiannya akan menunjukkan gejala-gejala putus obat (*withdrawal symptoms*) secara fisik (misalnya pada gejala putus obat morfin) : menguap, mata berair, hidung berair, bersin, pernafasan cepat, tidak nafsu makan, pupil melebar, tubuh gemetar, gigi geligi bergetukan, kejang-kejang otot anggota gerak, perut dan punggung, denyut nadi bertambah, tekanan darah naik, buang-buang air, muntah-muntah, tidak dapat tidur dan gaduh gelisah.

Ditinjau dari organobiologi, maka penyalahgunaan obat dapat menimbulkan ketergantungan fisik dan hal ini ditandai dengan timbulnya toleransi dan gejala putus obat. Disamping itu penyalahgunaan obat dapat menimbulkan komplikasi medik. Pada umumnya komplikasi medik itu tidak disebabkan oleh obatnya sendiri melainkan oleh keadaan-keadaan dimana pada saat obat itu dipakai. Komplikasi-komplikasi infeksi misalnya disebabkan oleh suntukan-suntikan yang tidak steril dan cara-cara hidup yang tidak higienis.

Angka-angka yang dapat dikumpulkan mengenai komplikasi medik pada pasien-pasien yang dirawat di rumah sakit Ketergantungan Obat (RSKO) Jakarta, menunjukkan bahwa lebih dari 20% pasien disertai oleh komplikasi penyakit fisik sebagai akibat langsung atau tidak langsung dari penyalahgunaan obat (Chandra dalam

Yongki, 2003). Komplikasi medik tersebut meliputi : hepatitis (2,4%), pleuritis (0,7%), pneumonia (0,7%), Koch Pulmonum (1,4%), gangguan gastrointestinal (2%), typhoid (1,4%), phlebitis (1,4%), penyakit venerik (3,4%) dan CVA (0,3%).

## 2 Pendekatan Psiko-educational

Penyalahgunaan obat dapat menimbulkan suatu kondisi yang dapat dikonseptualisasikan sebagai gangguan jiwa ; dimana penyalahgunaan obat (*drug abuser*) tidak mampu lagi berfungsi secara wajar dalam masyarakat, menunjukkan perilaku maladaptif. Kondisi demikian dapat dilihat pada hendaknya dalam fungsi social atau pekerjaan / sekolah, ketidakmampuan untuk mengendalikan atau menghentikan penggunaan obat tersebut (*compulsive drug taking*), dan timbulnya gejala putus obat apabila penggunaan obat tersebut dihentikan atau dikurangi.

Lubis dalam Yongki (2003) menggolongkan orang-orang dengan ketergantungan obat atau *alcohol* ke dalam *neurosa impuls*. Hal ini ditandai dengan perbuatan-perbuatan yang dilakukan seolah-olah didesak oleh impuls yang sukar dikendalikan. Gejala ini sepiantas lalu mirip dengan gejala kompulsi (*compulsive drug taking*) di satu pihak dan di pihak lain gejala psikopatik. Penderita ketergantungan obat terlarang merupakan representasi impulsifitas yang paling karakteristik dan murni; eksternalisasi yang menjelma dalam defense berupa “tindakan” (*tindakan by acting*). Sumber dan sifat ketergantungan tidak ditentukan oleh khasiat kimiawi obat melainkan oleh struktur kepribadian seseorang. Adapun sampai terjadi ketergantungan fisik, hal itu merupakan komplikasi sekunder. Dan, orang itu akan menjadi ketergantungan apabila obat atau sesuatu zat itu mempunyai

signifikasnsi baginya. Selanjutnya Lubis mengemukakan bahwa orang dengan ketergantungan obat terlarang adalah orang dengan disposisi untuk bereaksi secara khas terhadap obat terlarang itu.

Selanjutnya Evans dalam Yongki (2003) membagi penyalahgunaan obat terlarang dalam tiga kelompok yang ditinjaunya dari segi psikologik, yaitu :

- a. Mereka yang menyalahgunakan obat terlarang karena mengalami konflik atau stress pribadi (depresi, kecemasan dan lain-lain)
- b. Sebagai penjelmaan dari kelainan kepribadian, yang ditandai dengan ketidakmampuan untuk menyelesaikan berbagai masalah, tidak mampu belajar dari pengalaman dan lain sebagainya.
- c. Mereka yang terlibat karena pengaruh lingkungan sosial (pengaruh kelompok/*peer group*).

Tidak ada kepribadian tertentu/khas untuk ketergantungan obat terlarang (kepribadian ketergantungan obat terlarang). Ketergantungan obat terlarang biasanya mudah terjadi pada mereka yang tergolong risiko tinggi dengan cirri-ciri : mudah kecewa, cepat emosional, pembosan, lebih mengutamakan kenikmatan sesaat tanpa memikirkan akibatnya dikemudian hari (pemuasan segera).

Berbagai alasan atau motivasi orang menyalahgunakan obat terlarang, antara lain :

- a. Kepercayaan bahwa obat dapat mengatasi semua persoalan
- b. Harapan untuk memperoleh kenikmatan dari efek obat

- c. Untuk menghilangkan rasa sakit atau keadaan ketidaksenangan atau ketidaknyamanan.
- d. Untuk memperoleh ide atau pikiran baru
- e. Sebagai pernyataan tidak puas terhadap system dan nilai social yang berlaku
- f. Sebagai pernyataan sudah dewasa atau ikut zaman (mode)
- g. Tekanan kelompok sebaya, agar dapat diterima dalam kelompoknya
- h. Karena mudah diperoleh

Kusumanto dalam Yongki (2003) menyatakan bahwa di usia remaja (*adolescent*), usia sekitar 12-18 tahun, banyak masalah berada dalam kondisi transisi, mnaka peralihan dari masa kanak-kanak kea lam dewasa. Terdapat tiga jalur perkembangan remaja tanpa secara menyimpang jauh dari norma perkembangan yang lazim.

Bagaimana tepatnya hubungan antara faktor kepribadian dan penyalahgunaan/ketergantungan obat terlarang itu berhubungan dengan adanya efek pada perkembangan kepribadian, yang mengakibatkan terbentuknya jenis kepribadian tidak wajar (*inadequate personality*) atau kepribadian anti-sosial (*psychopathic personality*)

### 3 Pendekatan Psikososial –Budaya

Penyalahgunaan obat terlarang mempunyai kaitan erat dengan faktor sosio-kultural dan sosi-ekonomik. Persepsi masyarakat berubah-ubah sesuai dengan perubahan kedua faktor social di atas, yang mempunyai dampak dalam penanggulangan penyalahgunaan obat terlarang.

Pattison dalam Yongki (2003) telah mengadakan pengamatan dan penelitian terhadap perubahan-peubahan persepsi social pada penyalahgunaan obat terlarang sejak tahun 1990 hingga 1965 menyimpulkan antara lain :

- b. Telah terjadi perubahan anggapan bahwa penyalahgunaan obat terlarang tidak lagi dipandang sebagai masalah moral, melainkan sebagai masalah penyakit.
- c. Pengobatan penyalahgunaan obat terlarang sebagai penderita/pasien amat berguna dalam usaha mengurangi permintaan (*deman reduction*), dengan demikian pengadaan obat terlarang di pasaran gelap akan menurun dengan sendirinya (*supply reduction*). Hal ini dipakai dalam usaha pengawasan lalu lintas obat.
- d. Dahulu dianggap bahwa faktor kondisi social yang buruk (pemukiman, pengangguran dan sebagainya) sebagai penyebab penyalahgunaan obat terlarang. Namun, kini faktor social semacam itu telah beralih kepada faktor keluarga. Pendekatan yang menitikberatkan peran faktor keluarga ini telah dianut sejak tahun 1960-an.
- e. Penyalahgunaan obat terlarang tidak lagi dipandang sebagai kriminal, melainkan sebagai korban (*victim*), sebagai penderita yang memerlukan pertolongan serta pengobatan.
- f. Perubahan persepsi social lainnya adalah perubahan sikap terhadap penyalahgunaan obat terlarang, tidak lagi bersikap punitive melainkan pada sikap *terapeutik*.



Pengaruh lingkungan social besar sekali bagi terjadinya penyalahgunaan/tergantung obat terlarang. Kondisi social tertentu telah membuat keadaan sedemikian rupa sehingga kondusif bagi seseorang untuk mencoba-coba dengan obat terlarang. Rasa ingin tahu, pemberontakan terhadap figure orang tua atau otoritas, meniru-niru, tekanan dari teman sekelompok (*peer group pressure*) rasa jenuh dan bosan, keinginan untuk melarikan diri dari kesulitan dan lain sebagainya, kesemuanya itu membuat seseorang mencari keterangan tentang khasiat obat terlarang yang dapat memberikan kepuasan dan kenikmatan.

#### **E. Hipotesis Penelitian**

Adapun yang menjadi hipotesis dari penelitian ini adalah bahwasanya pemberian pelatihan *life skill education* akan lebih efektif meningkatkan kemampuan berfikir kritis, keterampilan mengambil keputusan, keterampilan komunikasi efektif dan kemampuan interpersonal dalam upaya pencegahan penyalahgunaan NAPZA.