

# **Model Biopsikososial Perilaku Adiksi Napza pada Remaja**

**Hetti Rahmawati**

Fakultas Pendidikan Psikologi, Universitas Negeri Malang  
hetti.rahmawati.fppsi@um.ac.id

## **Abstrak**

Tujuan dari kajian ini adalah mengidentifikasi sistem biologis, psikologis, dan sosial yang memengaruhi perilaku penyalahgunaan dan adiksi narkotika, psikotropika, dan zat adiktif lainnya (NAPZA). Model biopsikososial digunakan sebagai sudut pandang memahami adiksi NAPZA pada remaja. Uraian mengenai faktor pendukung dan faktor risiko yang ada dalam sistem biologis, psikologis, dan sosial adalah domain yang diidentifikasi dan disimpulkan sebagai model interaksi yang menyeluruh. Hasil kajian mengenai interaksi antar sistem personal dan lingkungan sebagai dasar dalam merancang program untuk pencegahan dan penanganan perilaku adiksi NAPZA remaja berbasis individu, kelompok, komunitas, keluarga, sekolah, maupun masyarakat lebih luas.

**Kata kunci** : adiksi obat, model biopsikososial, identifikasi sistem, intervensi, penyalahgunaan obat

## **Abstract**

The purpose of this review was to identify biological, psychological, and social systems that influenced the addiction behavior of narcotics, psychotropic, and other addictive substance abuse. The biopsychosocial model is used as a point of view to understand drug addiction in adolescents. A description of protective and risk factors that exist in the biological, psychological, and social systems is the domain which identified and summarized as a comprehensive interaction model. The results of the study on the interaction between personal and environmental systems as baseline of program designs for preventing and treating adolescents drug abuse based on individuals, groups, communities, families, schools, and the wider community.

**Keywords:** drug addiction, biopsychosocial model, systems identification, drug abuse intervention

Kasus penyalahgunaan dan ketergantungan (adiksi) pada narkotika, psikotropika dan zat adiktif lainnya (NAPZA) di Indonesia tergolong cukup besar. Data terakhir dari hasil penelitian Pusat Penelitian Data & Informasi Badan Narkotika Nasional (2017) menunjukkan jumlah pengguna obat-obat terlarang di DKI Jakarta sebagai provinsi dengan prevalensi penyalahgunaan terbesar di Indonesia adalah sebesar 3.376.115 penyalahguna. Persentase terbesar adalah kelompok coba pakai sebesar 59,5%, kelompok teratur pakai 27,25%, kelompok pecandu bukan suntik 14,47% dan kelompok pecandu suntik sebesar 1,73%. Kelompok usia muda adalah kelompok berisiko tinggi terbesar sebagai penyalahguna NAPZA dimana jumlah pengguna di bawah usia 30 tahun lebih banyak dibandingkan di usia lebih dari 30 tahun.

Adiksi NAPZA terjadi apabila setelah menyalahgunakan obat / alkohol itu secara teratur dalam jangka waktu tertentu biasanya selama setahun terakhir berakibat pada kecanduan atau ketergantungan. Kondisi ini membuat penyalahguna yang kemudian menjadi pecandu menjadi sangat sulit untuk menghentikan penggunaan obat atau alkohol itu tanpa bantuan dari profesional dan sistem sosial di luar dirinya. Beberapa model perilaku yang ada

memang telah digunakan untuk menjelaskan tentang faktor pembentuk dan bagaimana cara menangani perilaku adiksi NAPZA tersebut. Namun dalam kajian psikologi, model biopsikologi sebagai satu model yang dapat menjelaskan permasalahan adiksi tersebut secara menyeluruh dari berbagai perspektif. Maka dalam ulasan ini akan lebih menyoroti permasalahan adiksi NAPZA dari sudut pandang biopsikososial sebagai satu pendekatan yang komprehensif.

## B. PEMBAHASAN

### 1. Pengertian Adiksi NAPZA

Jenis *substance* yang disalahgunakan konsumsinya adalah dari golongan narkotika seperti ganja dan heroin (*putauw*), sedang golongan psikotropika seperti ekstasi, pil “koplo” (*lexotan, metal, rohipnol, nipam, mogadon*) dan *shabu-shabu* (campuran bahan *ekstasi* dan alkaloid narkotik). Peringkat yang banyak digunakan di Indonesia adalah ganja disusul oleh amphetamin tipe stimulan atau shabu-shabu, ekstasi dan cocain. Jenis obat-obat terlarang yang berbeda memberikan efek yang berbeda pula selain juga ditentukan dosis pemakaian masing masing (Maisto et al, 2004). Kerja dari obat terlarang terhadap tubuh dapat dilihat memiliki ciri masing-masing. Psikoaktif berpengaruh pada mood, proses berfikir, dan juga perilaku. Misalnya, amphetamine sebagai stimulan memberikan efek energik dan bersemangat. Sementara barbiturat atau depresan memberi efek menenangkan. Efek kenikmatan dan sensasi yang diperoleh ketika mengkonsumsi NAPZA inilah yang kemudian menjadi *positive reinforcement* pada penggunaanya untuk kembali menggunakannya lagi dan lagi. Walaupun telah jelas bahwa dampak dari hal ini merupakan problem yang serius dari sudut pandang perilaku adiksi. Terutama jika dipakai secara bebas tanpa tujuan medis yang dapat dipertanggungjawabkan yaitu tanpa ada penetapan ukuran atau dosis dan protokol administrasi dari dokter. Sehingga istilah *drug use* berubah menjadi *drug abuse* ketika menggunakan obat di luar batas dosis atau keluar dari aturan *drug dosage* dan *route of drug administration* atau pemakaian secara bebas di luar resep dokter (Maisto, et al., 2004).

Penyalahgunaan pemakaian NAPZA yang meningkat baik dalam kualitas dan kuantitas akan menimbulkan ketergantungan atau kecanduan (adiksi), inilah yang memicu masalah (Joewana, 2005). Adiksi adalah kondisi yang menunjukkan individu telah mengkonsumsi obat terlarang (yang alamiah maupun sintetis) secara berulang, yang secara khusus akan memunculkan ketergantungan fisik dan psikis pada obat terlarang tersebut. Pemahaman tentang ketergantungan NAPZA ini dalam DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV*, 1994); disebutkan bahwa pemakaian ini menjadi ketergantungan ketika menunjukkan tanda-tanda gejala putus zat (*withdrawal syndrome*) dan adanya proses toleransi. Ketergantungan (adiksi) adalah suatu keadaan dimana tubuh menyesuaikan diri dengan obat sehingga dalam fungsi jaringan tubuh menyesuaikan diri dengan obat. Maka struktur dan fungsi sel otak ada perubahan kimiawi yang memunculkan dependensi fisik berupa toleransi dan reaksi *withdrawal* ketika putus obat. Toleransi sebagai proses meningkatnya adaptasi tubuh dimana dosis pemakaian obat terlarang meningkat agar mencapai efek obat yang sama dari sebelumnya. Di sisi lain ketika seorang pemakai berhenti mengkonsumsi obat terlarang, maka gejala fisik dan psikis yang tidak menyenangkan saat

tidak mengkonsumsi obat / dikurangi dosisnya ada ketergantungan untuk mengkonsumsinya kembali.

Ketergantungan fisik berupa seseorang membutuhkan obat dalam tubuhnya agar dia merasa dapat hidup "normal". Bentuk ketergantungan secara fisik tampak jika berhenti menggunakan, maka otot terasa sakit, gemetar, kejang perut, muntah, diare, berpeluh, pilek, sukar tidur, mata berair, dan hidung mengeluarkan cairan. Gejala berlanjut selama beberapa minggu atau bulan tetapi dapat diharapkan hilang dalam satu tahun kalau penggunaan obat tidak diulangi.

Bentuk ketergantungan psikis menuntut pemakaian obat untuk mendapatkan perasaan enak dan menghilangkan perasaan tidak enak. Jika obat diputus pemakaiannya, pengguna akan gelisah, lekas marah, bingung dan mungkin tertekan dan tidak dapat tidur (Halgin & Whitbourne, 1994). Gejala ini akan hilang dalam beberapa minggu kemudian, tetapi keinginan terhadap obat dapat kembali bahkan kadang-kadang setelah beberapa tahun kemudian. Toleransi adalah keadaan menurunnya pengaruh obat pada tubuh bila obat itu digunakan secara terus menerus, sehingga untuk mendapatkan pengaruh yang sama dibutuhkan dosis yang lebih tinggi (Maisto et al., 2004). Sehingga individu membutuhkan zat yang dimaksud dalam jumlah yang semakin lama semakin besar untuk mencapai keadaan fisik dan psikologis seperti pada awal mereka merasakannya. Konsekuensi ini berdampak pada pengeluaran dana yang terus bertambah untuk membelinya.

Menurut Subandi (1995), tahapan / tingkatan penyalahgunaan NAPZA sebagai berikut :

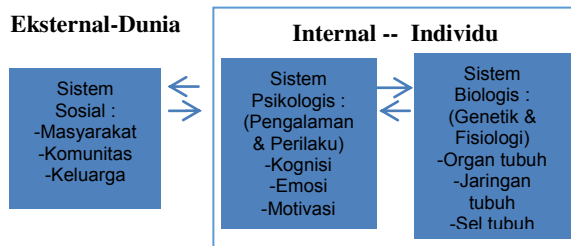
- 1) Tahap coba-coba atau pengenalan, dimana orang sekedar ingin tahu dan merasa kan "barang" tersebut tetapi juga ada yang terpaksa menggunakan karena mendapat tekanan teman-temannya.
- 2) Tahap rekreasional atau setelah seseorang mencoba sekali atau dua kali, mungkin dia akan berhenti atau semakin sering memakai karena merasakan adanya kenikmatan.
- 3) Tahap reguler, seseorang menggunakan secara teratur memakai obat, meskipun tidak ada acara yang khusus. Tahap ini sudah ada perubahan fisik dan perilaku, gejala ketagihan mulai muncul, sehingga tindak kriminalpun sering terjadi.
- 4) Tahap kompulsif, seseorang sudah sangat tergantung, perubahan fisik dan perilaku semakin menonjol, biasanya darahnya sudah mengandung narkotik, kalau dalam waktu tertentu tidak mendapat narkoba akan timbul gejala ketagihan atau adiksi.

Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa penyalahgunaan NAPZA adalah penggunaan NAPZA (narkotika, alkohol, psikotropika dan zat adiktif lain) yang bersifat patologis, paling sedikit telah berlangsung selama lebih dari dua bulan sampai dengan setahun sehingga menimbulkan gangguan dalam pekerjaan dan fungsi sosial. Tanda-tanda awal perilaku remaja yang telah menjadi korban adiksi (kecanduan) NAPZA dapat dikenali dari tanda-tanda fisiknya, tanda-tanda perilaku yang ditunjukkan di rumah dan di sekolah. Perubahan perilaku yang muncul di rumah seringkali membawa dampak terhadap interaksi atau hubungan remaja dengan keluarga khususnya orangtua. Sehingga penting bagi orangtua untuk mengenali gejala adiksi NAPZA pada anak remaja, agar orangtua dapat mengambil langkah yang tepat menanggulangnya.

## 2. Model Biopsikososial

### a. Pandangan Biopsikososial tentang Perilaku Sehat

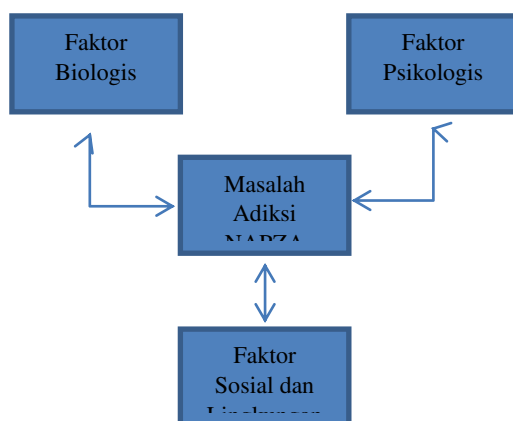
Model Biopsikososial disusun dengan mempertimbangkan adanya hubungan yang saling berinteraksi atau saling berhubungan antara satu sistem dengan sistem yang lain, baik dalam satu komponen sistem dan di luar sistem.



Gambar 1. Model biopsikososial tentang perilaku sehat

Sumber : E.P.,Sarafino & T.W.,Smith. (2014). *Health Psychology. Biopsychosocial Interactions*. New Jersey : John Wiley & Sons, Inc.

Pandangan model biopsikososial melihat individu secara internal memiliki sistem psikologis dan sistem biologis yang saling berinteraksi, dan juga dalam waktu yang sama sistem internal tersebut berhubungan dengan sistem sosial atau dunia di luar individu. Setiap sistem saling berpengaruh satu sama lain, sebagaimana tergambar dalam Gambar 1. Sehingga untuk memahami perilaku sehat dan memberikan intervensi perilaku sehat dengan tepat, perlu memahami dengan baik sistem biologis, psikologis, dan sosial sebagai domain kerja utamanya (Sarafino & Smith, 2014). Termasuk dalam hal ini untuk menjelaskan salah satu persoalan perilaku sehat yaitu perilaku adiksi NAPZA.



Gambar 2. Model biopsikososial pada permasalahan adiksi NAPZA remaja

Sumber : A.W. Blume.(2005). *Treating Drug Problems*. New Jersey : Wiley & Sons., Inc.

Faktor risiko sebagaimana telah diuraikan sebelumnya, ternyata juga sejalan dengan pendapat Fitzgerald et al. (1993) tentang anteseden pemicu terbentuknya perilaku adiksi pada

remaja. *Antecedents* (hal-hal yang mendahului) yang memicu pada penyalahgunaan obat/zat pada remaja ditinjau dari tingkatan pengaruh sistem dikemukakan oleh Fitzgerald et al. (1993), seperti tercantum pada Tabel 1.

Berdasarkan Tabel 1. tersebut dapat disimpulkan bahwa sistem internal individu dan sistem eksternal sosial adalah dua faktor risiko yang berperan sama pentingnya dalam memicu perilaku adiksi remaja.

Tabel 1. Anteseden Adiksi NAPZA Remaja Ditinjau dari Tingkatan Pengaruh Sistem

Tingkatan sistem	Anteseden Adiksi NAPZA Remaja
Intra dan antar individu	Karakteristik fisiologis Perilaku awal dan yang menetap Perilaku agresif pada anak laki-laki Masalah kenakalan/antisosial Hiperaktivitas di masa kanak-kanak dan remaja Temperamen yang sulit Pengenalan dini dengan obat terlarang
Keluarga	Sejarah penggunaan alkohol /obat oleh keluarga Orangtua yang menggunakan obat terlarang Manajemen <i>parenting</i> keluarga (yang minim peraturan, monitoring dan pengelolaan rumah kurang teratur) Konflik keluarga Tradisi dan nilai
Kelompok teman sebaya	Penolakan diri dari teman sebaya Pengaruh sosial untuk coba-coba Modeling teman sebaya
Sekolah	Kegagalan akademis Rendahnya efikasi kolektif, sering membolos
Budaya	Hukum dan norma yang menerima/permisif obat Tersedianya obat terlarang (supply dan akses) Kemiskinan Keterasingan sosial dan pemberontakan nilai

### c. Faktor Risiko terhadap Perilaku Ketergantungan NAPZA pada Remaja

Interaksi faktor biologis, lingkungan, personal memunculkan perilaku penyalahgunaan dan ketergantungan NAPZA pada remaja. Lingkungan sebagai variabel faktor risiko antara lain : modeling, fungsi keluarga, stres psikososial, dukungan sosial (Johnson et al.,1990). Modeling terjadi dengan pengenalan obat dari teman sebaya, orangtua atau saudara kandung, sekaligus sebagai penguatan sosial. Fungsi keluarga yang kurang berjalan dengan baik ; lingkungan keluarga kurang dekat satu sama lain, orangtua kurang memberi dukungan dan afeksi, konflik antara orangtua dan anak. Rendahnya kebersamaan dalam keluarga, orangtua yang menyimpang atau perilaku orangtua yang alkoholis / anti sosial, kurang minat dan tidak

terlibat dalam interaksi dengan anak-anak lain, orangtua kurang memberikan perhatian dan kasih yang hangat dan mendukung, ikatan cinta yang kurang kuat. Jika sikap orangtua kurang dekat dengan anak, sementara kelompok teman lebih berpengaruh maka akan lebih kuat mendorong remaja untuk menyalahgunakan obat. Keterikatan yang terjadi selama masa kanak-kanak antara anak dan orangtua mulai ingin dilepaskan pada masa remaja. Lepasnya ikatan ini membuat remaja membutuhkan teman untuk bersosialisasi. Agar dapat diterima teman dalam suatu kelompok, remaja harus mengikuti kebiasaan kelompok yang dimasukinya. Bila dalam kelompok tersebut penggunaan zat psikoaktif merupakan suatu kebiasaan atau kelompok itu permisif terhadap penggunaan zat psikoaktif, seorang remaja akan cenderung menggunakan zat psikoaktif untuk mempermudah interaksi sosial (Joewana, 2005).

#### c.1. Faktor risiko sistem biologis dan adiksi NAPZA remaja

Penjelasan mengenai dimensi biologis pada penyalahgunaan NAPZA adalah bertolak dari pandangan bahwa secara internal ada faktor risiko dan faktor pendukung baik secara genetik maupun kondisi fisiologi yang memengaruhi kualitas kesehatan yang berbeda-beda pada setiap individu (Sarafino & Smith, 2014). Dalam konteks ini faktor risiko (*risk-factors*) yang besar secara biologis seperti : risiko dari efek obat terlarang, risiko genetik, risiko pola makan tidak sehat, aktivitas *sedentary* (bersantai sambil makan atau minum), aktivitas terlalu padat / beban kerja tinggi, risiko kurang tidur atau jam istirahat kacau. Risiko genetik diketahui dari jalur keturunan sebelumnya merupakan konsumen aktif NAPZA, punya kebiasaan merokok, minum alkohol. Faktor risiko tersebut merupakan predisposisi yang berpeluang besar terjadinya penyalahgunaan NAPZA.

Risiko dari efek obat itu sendiri merupakan “daya tarik” sebagai penguat mengapa individu memilih memakai obat terlarang. Sebagai contoh adanya penguat positif dari obat terlarang yang memberi sensasi senang, rasa lega, hangat dan tenang yang dibutuhkan pemakai selesai memakainya. Demikian pula dengan penguat negatif dari obat terlarang untuk mengurangi rasa tidak menyenangkan, membuang rasa sakit, lelah atau perasaan yang tidak nyaman. Efek cepat dari obat terlarang ini berpengaruh pada afeksi dan kognitif individu.

#### c.2. Faktor risiko sistem psikososial dan adiksi NAPZA pada remaja

Teori-teori *interactionism* tentang penyalahgunaan obat pada remaja menyatakan bahwa penyalahgunaan obat dan alkohol adalah proses yang kompleks yang berjalan dari interaksi beberapa faktor risiko yang meliputi kecenderungan biologis, lingkungan dan variabel kepribadian. Pandangan tentang perspektif *interactionism* dari Jessor et al. (2006) yang menjelaskan interaksi dari faktor risiko psikososial yang berasal dari :

- 1) Individu secara psikologis memiliki permasalahan seperti : kerentanan kepribadian, dorongan berprestasi, *mental hardiness*, dan kepercayaan diri serta otonomi yang rendah, ketidakmampuan mengelola stres atau masalah yang dihadapi, tindakan coba-coba dan berpeluang memperoleh pengalaman baru yang menyebabkan remaja terjerumus ke penyalahgunaan obat terlarang. Selain itu adanya kebutuhan untuk menekan frustrasi dan dorongan agresi serta ketidakmampuan menunda kepuasan, tidak ada identifikasi seksual yang jelas, kurang kesadaran dan upaya untuk mencapai

- tujuan-tujuan yang dapat diterima secara sosial, menggunakan perilaku yang menyerempet bahaya untuk menunjukkan kemampuan diri, menekan rasa bosan.
- 2) Individu secara psikologis memiliki risiko cara berfikir (*cognitive appraisal*) yang keliru tentang diri dan lingkungannya, sehingga kurang dapat mengendalikan perilaku dan emosi dengan baik sehingga memicu potensi konflik atau sebaliknya sikap permisif dengan lingkungan. Persepsi yang berubah karena adanya perubahan nilai yang disebabkan oleh perubahan zaman sehubungan dengan arti dan alasan penggunaan zat-zat psikoaktif, misalnya obat tidur banyak digunakan tanpa resep dokter untuk membantu seseorang yang sulit tidur. Obat digunakan sebagai tolok ukur status sosial, adanya keyakinan obat dapat membantu meningkatkan rasa percaya diri dan mengurangi beban masalah.
  - 3) *Domain model*; dimana model ini juga sejalan dengan model biopsikososial. Sumber yang jadi acuan berperilaku atau berpengaruh pada gaya hidup. Faktor disini antara lain : (a) biologis yaitu sistem kesehatan dan kerentanan penyakit; (b) intrapersonal yaitu status psikologis, cara berfikir, kecenderungan kepribadian; (c) interpersonal yaitu dukungan dari orang dekat, modeling terhadap mereka, penguat sosial, rasa identitas dan rasa memiliki ; dan dorongan untuk menggunakan obat dipengaruhi untuk lebih diterima secara sosial. Tekanan dan pengaruh dari kelompok teman sebaya ini yang mengajak untuk mencoba menggunakan obat/ zat dan mengucilkan mereka yang mencoba berhenti menggunakannya. Adanya tekanan kelompok teman sebaya dalam membentuk identitas dan rasa cemas akan penolakan sosial, sebagai alasan menggunakan obat. (d) sosio kultural yaitu harapan sosial, budaya, sanksi, stresor dari lingkungan maupun longgarnya komunitas yang kurang dapat mengendali perilaku bermasalah.
  - 4) Model *interactionism* dengan perspektif perkembangan. Secara langsung atau tidak langsung remaja dipengaruhi oleh orang tua, dalam hubungan dengan orang lain dan faktor-faktor sosial yang dihadapi. Domain-domainnya adalah : sosiokultural dan pengaruh lingkungan (kelas sosial, etnis dan religius), ketersediaan fasilitas umum untuk aktivitas publik mengisi waktu luang dengan positif, penegakan hukum dan pengaruh nilai-nilai ketetangaan, keluarga dan teman (modeling pemakaian alkohol), pengaruh intra-individual (pengaruh timbal balik genetik, kognitif dengan variabel kepribadian). Penyalahgunaan obat merupakan alat interaksi sosial, yaitu agar diterima oleh teman sebaya atau merupakan perwujudan dari penentangan terhadap orangtua dalam rangka membentuk identitas diri dan supaya dianggap dewasa. Sementara peredaran obat terlarang semakin banyak dan memudahkan remaja mendapatkannya. Apabila kebijakan publik, penegakan hukum dan kontrol peraturan tentang regulasi perdagangan gelap obat terlarang dan perilaku hukum dari adiksi tidak diterapkan dengan tegas.
  - 5) Sistem keluarga. Perilaku yang berhubungan dengan penyalahgunaan obat pada remaja yang terjadi dalam keluarga. Jika fungsi keluarga tidak berjalan dengan baik (hubungan orangtua dengan anggota keluarga tidak baik), maka perilaku remaja yang mungkin akan muncul adalah : menarik diri (*withdrawal*), kontak dengan keluarga yang menurun dan remaja kurang ekspresif dalam keluarga, muncul konflik, remaja

berdebat, berargumentasi, sering pergi dari rumah, atau berbohong. Hubungan keluarga ; keluarga yang tidak harmonis dan memiliki masalah dalam penyalahgunaan obat/zat, ibu yang terlalu dominan, overprotektif, ayah otoriter atau acuh tak acuh. Kualitas hubungan keluarga yang buruk dapat memperparah kemungkinan penyalahgunaan obat/ zat tersebut.

Berdasarkan uraian tersebut maka dapat disimpulkan bahwa faktor risiko sebagai faktor-faktor dan proses yang memiliki kerentanan, merupakan pemicu atau yang dapat memperparah kemungkinan penyalahgunaan dan ketergantungan NAPZA oleh remaja, terdiri dari faktor biologis, psikologis/ personal, dan sosial / lingkungan.

#### d. Faktor Pelindung dari Perilaku Adiksi NAPZA pada Remaja

Faktor pelindung adalah faktor-faktor dan proses yang dapat melindungi atau melawan penyalahgunaan NAPZA. Faktor biologis terutama kualitas genetik yang baik memang berperan dalam membentuk kualitas kesehatan individu. Namun kerentanan genetik dapat didukung oleh kebiasaan yang sehat dalam hal pola makan, tidak merokok, tidak minum alkohol, serta melakukan aktivitas olahraga dan istirahat yang cukup merupakan faktor pencegah (*protective factors*) terhadap penyalahgunaan atau adiksi NAPZA. Tujuan utama pencegahan penyalahgunaan NAPZA adalah mengurangi prevalensi atau kemungkinan kemunculan perilaku ketergantungan NAPZA, khususnya pada populasi remaja, melalui intervensi pada domain atau sumber sasaran individual, keluarga, *peer* (teman sebaya), sekolah dan komunitas (Hawkins et al., 1997). Karena adanya hubungan antara faktor karakteristik individual dan lingkungan dan interaksi antara kedua faktor tersebut serta perkembangan masalah penyalahgunaan obat selanjutnya. Dengan memperkuat faktor pelindung dan mengurangi faktor risiko dari domain di atas, agar perkembangan penyalahgunaan dan ketergantungan NAPZA dapat dicegah.

Beberapa penelitian mengungkapkan bahwa faktor individual dan keluarga adalah sumber yang paling potensial sebagai prediktor yang berhubungan dengan perilaku penyalahgunaan dan ketergantungan NAPZA (Hawkins et al., 1997). Kebiasaan keluarga yang sehat serta lingkungan yang sehat dan kondusif dalam aktivitas rekreasi , olahraga dan akses kesehatan yang memadai sebagai kondisi pendukung. Faktor pelindung inilah yang berfungsi sebagai benteng pertahanan remaja dan lingkungan dalam mencegah dan menanggulangi persoalan adiksi NAPZA.

### 3. Penanggulangan Penyalahgunaan dan Ketergantungan NAPZA

Persoalan penanganan awal dalam hal ini adalah seorang pecandu NAPZA dibantu lebih dulu keluar dari kondisi *withdrawal* yang sedang dialaminya. Lalu bagaimana cara untuk mengurangi efek *withdrawal* tersebut ?. Cara-cara ini disampaikan oleh Sarafino & Smith (2014) untuk mengatasi masalah *withdrawal* atau lebih sering disebut sebagai “sakaw” di masyarakat. *Cara pertama*, adalah menjauhkan dari stimulus-stimulus yang terkait dengan penggunaan *substance* (misal bau tembakau, bau alkohol maupun obat). Karena dengan menjauhkannya maka perasaan peka terhadap stimulus (*buzz feeling*) akan menurun. Dengan teknik *behavioral control* mengurangi dampak dari tekanan dan keadaan sensitif ketika mendambakan obat ; misalnya dengan latihan relaksasi dan pernafasan. Demikian juga dengan belajar ketrampilan berkomunikasi asertif dan mengelola stres dan latihan



pengambilan keputusan. *Cara kedua*, menurunkan ekspektasi atas tujuan pemakaian obat, misal semula tujuannya adalah mendapatkan kesenangan, diubah menjadi sesuatu yang tidak diterima oleh lingkungan dan memutuskan tidak memakainya lagi. Dengan *cognitive control* dikembangkan kemampuan mengendalikan pikiran dan memproses dampak dari stres atau mengendalikan pikiran agar merasa senang dan lebih netral dalam berfikir dengan *cognitive reappraisal* mengenali emosi negatif dan mengartikannya sebagai hal positif sehingga stres berkurang dan perasaan lebih menyenangkan dalam menghadapinya. dengan mengubah harapan pada obat. *Cara ketiga*, kepribadian pemakai dibentuk kembali dengan modifikasi yang semula regulasi diri lemah, tipe pencari sensasi dan pengambilan risiko tinggi menjadi lebih mampu dalam mengendalikan pikiran, perasaan dan perilakunya dalam bertindak untuk mencapai tujuan, sekalipun tidak ada pengawasan atau kontrol dari siapapun.

Ketika faktor pendukung cukup kuat dan faktor risiko telah diminimalisasi maka sebenarnya segala upaya pencegahan dapat menekan lebih rendah kemungkinan munculnya perilaku adiksi dan prevalensinya. Beberapa penanganan masalah penyalahgunaan dan ketergantungan NAPZA yang lazim menggunakan prinsip *classical conditioning* dan *operant conditioning* dalam memfasilitasi pengguna NAPZA untuk memiliki *counter conditioning* terhadap perilaku ketergantungannya (Walker, 1996). Selain itu perspektif perilaku dan modifikasi terapi kognitif atau *cognitive behavioral treatment* untuk membentuk pemahaman baru tentang penanganan kasus adiksi NAPZA (Maude-Griffin et al. 1998; Messina et al., 2003). Model pendekatan *cognitive behavioral treatment* (CBT) merupakan salah satu contoh intervensi dalam hal ini untuk menjaga *abstinence* dan mencegah perilaku *relapse*.

Pendekatan sistem sosial dapat dilakukan pada sistem keluarga, kelompok, komunitas dan masyarakat bernegara yang lebih luas. Sebuah pendekatan makro yang tersistematis dan saling terkait dapat membantu mengurangi *supply-demand* pada ketersediaan dan permintaan di masyarakat luas pada *substance*. Langkah pertama yaitu dengan menetapkan kebijakan publik dan juga pendekatan hukum secara jelas dalam peraturan dan perundang-undangan mengenai adiksi NAPZA di masyarakat (Halgin & Whitbourne, 1994). Dimana sanksi hukuman yang berat dan tegas diberlakukan pada semua pihak yang terlibat di dalamnya. Aturan lain berupa cukai yang tinggi pada peredaran minuman beralkohol dan juga rokok serta regulasi pembatasan iklan di media. Karena rokok dan alkohol berperan penting sebagai pintu pembuka paparan NAPZA pada remaja. Langkah ini diharapkan dapat mempersempit ruang gerak keterlibatan masyarakat lokal, nasional dan global dengan adiksi NAPZA.

Pendekatan kuratif yang terfokus pada sistem kelompok dapat dilakukan dengan menggunakan dukungan keluarga maupun kelompok. Terapi kelompok juga dianggap efektif diterapkan untuk masalah remaja (Gazda, 1989) terutama untuk problem ketergantungan NAPZA pada remaja; terapi kelompok yang dapat digunakan misalnya *self-help groups*. *Self-Help Groups* adalah kelompok kecil yang terbentuk secara sukarela dan terstruktur untuk saling membentuk dan saling berusaha mencapai tujuan khusus. Kelompok sebaya ini saling membantu memenuhi kebutuhan umum dan mengatasi masalah dalam kehidupan, kelompok pengguna NAPZA menekankan pada : pengakuan dari anggota bahwa mereka punya masalah, kesaksian tentang pengalaman dalam menghadapi permasalahan dan rencana mengatasinya, pemberian dukungan sesama anggota kelompok. Model ini lebih banyak dikembangkan dalam pelaksanaan *Therapeutic Community* di panti rehabilitasi narkoba atau

bagi residen mantan pengguna (Guydish et al., 1999; Halgin & Whithbourne, 1994). *Self-help groups* lebih banyak didasari oleh prinsip *addict to addict*, sesama pecandu saling membantu untuk membentuk perilaku baru yang bebas dari masalah ketergantungan NAPZA lewat penerapan prinsip *behavioral* dengan *reward* (penghargaan/penguatan) dan *punishment* (hukuman).

Hal terpenting dalam menghadapi anak yang menjadi *drug abuser* adalah penerimaan dan sikap pengasuhan (*parenting attitudes*) yang perlu ditata kembali. Pengelolaan kembali pola pengasuhan dan komunikasi yang dilakukan orangtua yang memiliki anak seorang pengguna NAPZA dapat diupayakan dengan belajar dan berlatih mengembangkan ketrampilan seperti *parenting skill* (Szapocznik et al, 1988). Pengetahuan dan ketrampilan dalam menghadapi anak *drug abuser* selain dapat mengurangi perasaan frustrasi dan stres yang melanda orangtua, yang paling utama adalah membantu orangtua membuat keputusan sendiri bagaimana menjadi orangtua, khususnya dalam membantu dan membimbing anak mereka yang menjadi penyalahguna atau pecandu NAPZA untuk melewati masa pemulihan atau *recovery*, tanpa mengesampingkan anak-anak mereka dan anggota keluarga yang lain (Westermeyer, 1997).

Perawatan penyalahgunaan dan ketergantungan NAPZA memiliki dua tujuan (WHO, 1991) yaitu pertama, menghentikan atau mengurangi pemakaian dan ini dapat mengakibatkan penghentian pemakaian obat. Kedua, menghindari pengulangan kembali penggunaan obat dengan menanggulangi pendambaan terhadap obat dan mencari jalan lain untuk mengatasi tekanan kejiwaan dan tekanan dari masyarakat. Keadaan *relapse* atau kembali lagi memakai NAPZA, menurut Somar (2001) karena mantan pengguna mengabaikan pentingnya keberadaan orang-orang yang mendukungnya, merasa sulit dan ingin berhenti menjalani program pemulihan dan ingin kembali menyalahgunakan NAPZA. Pintu masuk *relapse* adalah perasaan, keinginan, pikiran negatif, memaksa diri dan lari dari kenyataan. Faktor utama terjadinya kekambuhan (Hawari, 2006) adalah faktor teman, sesama pemakai atau bandar; faktor sugesti (*craving*), mantan pengguna tidak mampu menahan keinginan (sugesti) untuk memakai NAPZA; faktor stres sebagai pemicu merasa frustrasi sehingga melarikan diri ke NAPZA.

Keluarga merupakan komunitas di luar remaja dengan masalah NAPZA yang sangat mendukung bagi upaya penanggulangan masalah NAPZA tersebut. Pandangan menurut *psychoeducation* (Westermeyer, 1997), menyarankan pemberian informasi yang benar, berguna, tepat waktu tentang narkoba dan bahayanya serta belajar ketrampilan baru untuk orangtua dalam mendengarkan dengan baik aspirasi anak remaja. Sementara bagi remaja diajak belajar untuk bernegosiasi dengan teman, guru dan orangtua. Peran orangtua menjadi penting dalam menanggulangi penyalahgunaan NAPZA remaja, karena orangtua adalah subsistem terpenting pengendali sebuah keluarga dengan anak-anak di dalamnya.

Ketrampilan orangtua perlu diasah dengan pengetahuan yang benar tentang perilaku adiksi (Hawari, 2006) dan pencegahan kekambuhan (Somar, 2001). Selain itu orang tua berlatih komunikasi efektif serta membuat aturan dan nilai yang demokratis dalam keluarga. Dimensi pengasuhan yang dipelajari orangtua meliputi kasih (*care*), kontrol (*control*), dan komunikasi (*communication*) seperti yang dinyatakan oleh McGillicuddy et al. (2001). Kasih (*care*) adalah *intimacy / bonding* atau kedekatan fisik dan emosional, perlakuan orangtua

yang peduli dengan kebutuhan fisik dan emosional anak. Kontrol (*control*) adalah penerapan aturan dan tujuan dalam mengendalikan perilaku adiksi anak. Komunikasi (*communication*) adalah tindakan berkomunikasi secara asertif, terbuka dan jelas. Belajar saling memberi umpan balik tentang tingkah laku yang harus dipahami dan dimengerti diantara orangtua dan anak. Bersama dalam pengambilan keputusan dan belajar melakukan aktivitas waktu luang dengan keluarga. Pendapat Garbarino (1992) juga menjelaskan hal yang sama dengan hal tersebut.

Berdasarkan uraian tentang ini, maka peran keluarga dan orangtua menjadi penting. Pola pengasuhan yang mendukung anti-NAPZA dibentuk dalam proses interaksi orangtua-anak, lebih banyak didukung oleh faktor yang melibatkan unsur kasih, komunikasi dalam aktivitas keluarga sebagai ekspresi keakraban antara orangtua-anak, pengambilan keputusan serta kontrol terhadap aturan perilaku dan tujuan keluarga.

### C. SIMPULAN

Identifikasi faktor-faktor yang berpengaruh pada pembentukan perilaku adiksi NAPZA pada remaja dan juga perancangan intervensi pencegahan serta penanggulangannya dapat dilakukan dengan mengacu pada model biopsikososial. Interaksi sistem biologis, psikologis, dan sosial merupakan domain yang bermakna dan menyeluruh dalam menjelaskan persoalan adiksi tersebut secara lebih jelas dan utuh. Penguatan faktor pendukung dan pengurangan faktor risiko adalah dua upaya yang dilakukan secara simultan untuk mencapai tujuan pencegahan dan penanggulangan adiksi NAPZA baik dalam konteks personal maupun sosial. Domain psikologis yang mengemuka dalam riset terkini adalah intervensi pada sistem kognitif, emosi dan kendali perilaku, Domain sistem sosial yang semakin marak dalam kajian terkini adalah yang berhubungan dengan topik intervensi pada orangtua *drug abuser* serta tentang dukungan sistem keluarga. Pertimbangan perencanaan program harus sesuai tujuan untuk mengurangi faktor risiko dan memperkuat faktor pendukung dalam sistem. Ruang lingkup program berbasis individu, kelompok, komunitas, keluarga, sekolah, mulai dari lokal, nasional, maupun global. Langkah ini sebagai jalan agar pilihan program lebih optimal membentuk perilaku anti-NAPZA, mencegah *relapse* dan menjaga perilaku *abstinence* yang lebih konsisten.

### DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association, (1994). *DSM IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4 th ed. Washington : American Psychiatric Association.
- Blume, A.W. (2005). *Treating Drug Problems*. New Jersey : John Wiley & Sons, Inc.
- Fitzgerald, H.E., Sullivan, L.A., Ham, H.P. Zucker, R.A., Bruckel, S., Schneider, A.M. & Noll, R.B. (1993). Predictors of behavior problems in three-years-old sons of alcoholics : early evidence for the onset of risk. *Child Development*, 64. 110-123.
- Garbarino, J. (1992). *Children and Families in the Social Environment*. New York : Aldine de Gruyter.
- Gazda, G.M. (1989). *Group Counseling : A Developmental Approach*. 4 th ed. Boston : Allyn and Bacon.

- Guydish, J.; Sorensen, J.L.; Werdegar, D.; Chan, M.; Boston, A. & Acampora, A. (1999). A randomized trial comparing day and residential drug abuse treatment : 18-month outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67. 428-434.
- Halgin, R.P. & Whitbourne, S.K. (1994). *Abnormal Psychology. The Human Experience of Psychological Disorders*. Fort Worth : Harcourt Brace & Company.
- Hawari, D. 2006. *Penyalahgunaan dan Ketergantungan NAZA ( Narkotika, Alkohol & Zat Adiktif)*. Edisi Kedua. Jakarta : Balai Penerbit FKUI.
- Hawkins, J.D., Kosterman, R., Maguin, E., Catalano, R.F. & Arthur, M.W. (1997). Substance use and abuse. In Ammerman, R.T & Hersen, M. (Eds.). *Handbook of Prevention and Treatment with Children and Adolescents : Intervention in The Real World Context*. New York : John Wiley & Sons, Inc.
- Jessor, R., Costa, F.M., & Krueger, P.M. (2006). A developmental study of heavy episodic drinking among college students : the role of psychosocial and behavioral protective and risk factors. *Journal of Studies on Alcohol*, 67(1). 86-94. The H.W. Wilson Company.
- Joewana, S. (2005). *Gangguan Mental dan Perilaku Akibat Penggunaan Zat Psikoaktif : Penyalahgunaan NAPZA /Narkoba*. Edisi 2. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Johnson, C.A., Pentz, M.A., Weber, M.D., Dwyer, J.H., Baer, N., MacKinnon, D.P., Hansen, W.B. & Flay, B.R. (1990). Relative effectiveness of comprehensive community programming for drug abuse prevention with high-risk and low-risk adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58. 447-456.
- Maisto, S.A., Galizio, M., & Connors, G.J. (2004). *Drug Use and Abuse. 4<sup>th</sup> Edition*. California : Wadsworth / Thomson Learning.
- Maude-Griffin, P.M.; Hohenstein, J.M.; Huhemfleet, G.L.; Reilly, P.M.; Tusel, D.J. & Hall, S.M. (1998). Superior efficacy of cognitive-behavioral therapy for urban crack cocaine abusers – main and matching effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66. 823-837.
- McGillicuddy, N.B., Rychtarik, R.G., Duquette, J.A. & Morshheimer, E.T. (2001). Development of skill training program for parents of substance – abusing adolescents. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20. 59-68.
- Messina, N.; Burdon, W. & Prendergast, M. (2003). Treatment responsivity of cocaine-dependent patients with antisocial personality disorder to cognitive behavioral and contingency management interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71. 320-329.
- Pusat Penelitian Data dan Informasi Badan Narkotika Nasional. (2017). *Survei Nasional Penyalahgunaan Narkoba di 34 Propinsi Tahun 2017*. Jakarta : Badan Narkotika Nasional.
- Sarafino, E.P. & Smith, T.W. (2014). *Health Psychology. Biopsychosocial Interactions. 8th Edition*. New Jersey : Wiley.
- Somar, L. (2001). *Kambuh, Relapse. Sudut Pandang bagi Mantan Pecandu Narkoba*. Jakarta : Penerbit PT Gramedia Widiasarana bekerjasama dengan Yayasan Kasih Mulia.
- Subandi. (1995). Dokumentasi skala pengukuran psikologi klinis. *Laporan Penelitian*. Yogyakarta : Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada.

- Szapocznik, J., Perez-Vidal, A., Brickman, A., Foote, F., Santisteban, D., Hervis, O., & Kurtines, W. (1988). Engaging adolescent drug abusers and their families into treatment : A strategic structure systems approach. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 56. 552-557.
- Walker, J.T. (1996). *The Psychology of Learning : Principles and Processes*. New Jersey : Prentice-Hall, Inc.
- Westermeyer, J. (1997). Substance –related disorders. In Ammerman, R.T & Hersen, M. (Eds.). *Handbook of Prevention and Treatment with Children and Adolescents : Intervention in The Real World Context*. New York : John Wiley & Sons, Inc.
- World Health Organization (WHO) Organisasi Kesehatan Sedunia, (1991). *Menanggulangi Ketagihan Obat dan Alkohol. Pedoman bagi Petugas Kesehatan Masyarakat dengan Petunjuk untuk Pelatih*. (Terjemahan). Bandung : Penerbit ITB.