



Universitas  
**Esa Unggul**

**LAPORAN  
PENELITIAN MANDIRI**



Universitas  
**Esa Unggul**



Universitas  
**Esa Unggul**



Universitas  
**Esa Unggul**

Universitas  
**Esa Unggul**



Universitas  
**Esa Unggul**

***LEARNED HELPLESSNESS (Ketidakberdayaan yang Dipelajari) DAN  
DEPRESI PADA PENGGUNA NARKOBA  
DI JAKARTA***



Universitas  
**Esa Unggul**



Universitas  
**Esa Unggul**

**PENGUSUL**  
**Mariyana Widyastuti, M.Psi, Psi**



Universitas  
**Esa Unggul**

**FAKULTAS PSIKOLOGI  
UNIVERSITAS ESA UNGGUL**

**JAKARTA 2015**



Universitas



Universitas



Universitas

# **Learned Helplessness (Ketidakberdayaan yang Dipelajari) Dan Depresi Pada Pengguna Narkoba di Jakarta.**

**Mariyana Widyastuti**  
**Fakultas Psikologi Universitas Esa Unggul**  
[mariana.widyastuti@esaunggul.ac.id](mailto:mariana.widyastuti@esaunggul.ac.id)

## **ABSTRAK**

Saat ini Jumlah kasus narkoba di Indonesia menunjukkan peningkatan yang signifikan. Mudahnya mendapatkan narkoba, kurangnya pengawasan dari pihak medis dan pihak yang berwajib dapat menyebabkan semakin banyaknya individu menjadi seorang pengguna narkoba. Pengguna narkoba menggunakan narkoba sebagai bentuk pelarian dari masalah yang dihadapi, dimana hal ini hanya menimbulkan masalah baru seperti kecanduan (adiksi), gagal memenuhi tanggung jawab, dan berbagai masalah hukum bagi individu pengguna narkoba tersebut.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara *learned helplessness* (ketidakberdayaan yang dipelajari) dengan tingkat depresi pada pengguna narkoba di Jakarta. Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan menggunakan analisis data korelasi yaitu untuk mencari hubungan ataupun ketiadaan hubungan antara *learned helplessness* (ketidakberdayaan yang dipelajari) dengan tingkat depresi. Sampel penelitian ini adalah pengguna narkoba yang masih aktif menggunakan narkoba di Jakarta. Teknik sampling yang digunakan adalah accidental sampling. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan alat ukur berupa kuesioner yang disusun berdasarkan teori Solomon untuk skala *learned helplessness* dan teori Davidson untuk skala depresi.

Berdasarkan hasil analisis data diperoleh nilai  $r = 0,218$  dengan signifikansi 0,000. Artinya bahwa hubungan *learned helplessness* (ketidakberdayaan yang dipelajari) dengan tingkat depresi mempunyai hubungan yang bersifat positif lemah dan signifikan. Dengan demikian hipotesa diterima, artinya *learned helplessness* (ketidakberdayaan yang dipelajari) berhubungan dengan tingkat depresi pada pengguna narkoba atau sebaliknya tingkat depresi pengguna narkoba berhubungan dengan *learned helplessness* (ketidakberdayaan yang dipelajari) yang dimilikinya.

## **A. Pendahuluan**

Pada saat ini peredaran dan penyalahgunaan narkoba di Indonesia merupakan sebuah permasalahan kompleks yang dirasakan sangat sulit untuk ditanggulangi. Jumlah kasus narkoba di Indonesia menunjukkan peningkatan yang signifikan. Berdasarkan data Kepolisian tahun 2001, tercatat 3.617 kasus narkoba, tahun 2007 tercatat sebanyak 22.630 kasus, tahun 2008 tercatat sebanyak 22.921 kasus, tahun 2009 tercatat sebanyak 23.478 kasus, sedangkan tahun 2010 tercatat sebanyak 24.086 kasus (<http://www.surya.co.id>) sebanyak 1,9 persen atau sekitar 3,1 hingga 3,6 juta penduduk Indonesia diperkirakan menjadi pengguna narkoba. Adapun di DKI Jakarta

diperkirakan 278.449 jiwa hingga 294.539 jiwa dari seluruh penduduk DKI Jakarta atau 4,1 persen penduduk pada tahun 2008 menggunakan narkoba (<http://hagemman.wordpress.com>)

Berdasarkan data diatas jumlah pengguna narkoba mengalami peningkatan pada setiap tahunnya terutama di wilayah DKI Jakarta. Kondisi memprihatinkan ini mulai ditanggapi secara serius oleh pemerintah maupun masyarakat. Pemerintah Indonesia dibawah kepemimpinan Presiden Susilo Bambang Yudhoyono mengambil kebijakan dengan membentuk suatu badan yaitu BNN (Badan Narkotika Nasional) yang melakukan kerja sama dengan lembaga hukum dalam rangka memberantas peredaran narkoba. Pembuatan ancaman hukuman terhadap narkoba telah ditetapkan di dalam dua undang-undang yang diberlakukan yakni undang-undang no.23 tahun 1997 tentang narkotika dan undang-undang no.5 tahun 1997 tentang psikotropika, yang diperbaharui dengan undang-undang no.35 tahun 2009 tentang psikotropika. Sedangkan masyarakat sendiri membentuk organisasi-organisasi sosial seperti Granat (Gerakan anti madat), YCAB (Yayasan Cinta Anak Bangsa), yang bekerjasama dengan instansi hukum tertentu untuk melindungi masyarakat dari narkoba. Meskipun ancaman hukuman telah diberlakukan tetap saja peredaran narkoba marak terjadi.

Pada awalnya narkotika dan obat-obatan terlarang (narkoba) adalah obat-obatan yang dibuat dan digunakan untuk keperluan dunia medis, akan tetapi saat ini dalam kehidupan sehari-hari individu dapat menyalahgunakan narkoba tanpa pengawasan dari pihak medis, hal tersebut dapat menyebabkan individu mengalami efek akibat penyalahgunaan narkoba yang digunakannya. Adapun efek penggunaan narkoba yang umum menurut DSM-IV-TR adalah relaksasi (santai), menimbulkan atau menghilangkan nafsu makan, mudah bersosialisasi, menghilangkan penderitaan fisik dan mental, peningkatan atau retardasi aktifitas motorik, euforia, dan efek menyenangkan (menimbulkan perasaan senang). Sedangkan dampak dari penyalahgunaan narkoba adalah rusaknya kondisi fisiologis, kehilangan memori jangka pendek (*short term memory loss*), agresifitas meningkat, sensitifitas emosi meningkat, perubahan kepribadian, gangguan mood, dan tidak stabilnya emosi. Pada

penderita depresi dampak penggunaan narkoba adalah perubahan mood (dari mood sedih menjadi senang), gangguan tidur (*insomnia*), sulit berkonsentrasi, tidak dapat mengambil keputusan, dan timbul sifat malas (Davison dkk., 2006).

Berdasarkan uraian diatas, maka efek penggunaan narkoba dapat membuat individu merasakan hal positif yang terjadi dalam kehidupannya meskipun sifatnya semu. Sebaliknya dampak penggunaan narkoba itu sendiri akan menghasilkan hal negatif yang dimiliki oleh individu pengguna narkoba. Dalam bidang psikologi dan psikiatri terdapat fenomena menarik dimana salah satu terapi yang digunakan dalam menangani pasien penderita depresi adalah terapi obat yang menggunakan obat anti depresan seperti *prozac*, *amitriptilin*, dan *parnate* yang seringkali disalah gunakan oleh pengguna narkoba. Bahkan di Jakarta terdapat toko atau warung yang menjual obat anti depresan dengan bebas tanpa surat resep dari dokter, kondisi tersebut dapat menyebabkan pengguna narkoba dengan mudah melanjutkan penyalahgunaan narkobanya sehingga berakibat fatal dan mengalami adiksi terhadap obat anti depresan.

Adapun contoh kasus berikut ini:

AS adalah seorang pengguna narkoba yang masih aktif menggunakan narkoba jenis mariyuana dan amfetamin. AS saat ini berusia 23 tahun dan berdomisili di daerah Jakarta barat. Sejak remaja AS tinggal dengan pamannya walaupun orangtua AS dapat dikatakan tidak memiliki masalah perekonomian, AS adalah anak pertama dari tiga bersaudara, AS memiliki pekerjaan sebagai mahasiswa dan pegawai paruh waktu (*part timer*), AS memiliki seorang pacar, dalam kehidupan sosial AS memiliki banyak teman dan beberapa sahabat. Sekitar dua bulan yang lalu AS memutuskan untuk berhenti kuliah tanpa sebab yang jelas, memutuskan hubungan dengan pacarnya, dan menarik diri dari lingkungan sosialnya. Beberapa sahabat AS kemudian mencoba menanyakan alasan dan mencoba mempengaruhi keputusan AS agar tetap berkuliah, namun AS hanya menjawab dirinya telah kehilangan minat untuk meneruskan kuliahnya dan tetap pada keputusannya. Paman AS yang khawatir kemudian membawa AS menemui seorang psikiater, AS kemudian divonis menderita depresi dan diberikan obat *amitriptilin* dan *fluoksetin (prozac)* oleh psikiater tersebut hingga sekarang.

Kasus diatas menunjukkan AS didiagnosa oleh psikiater menderita depresi dan harus mengkonsumsi obat-obatan anti depresan seperti *amitriptilin* dan *Prozac* yang memiliki efek menghilangkan kecemasan, penurunan fungsi motorik, malas beraktifitas, mengantuk, dan dapat menimbulkan adiksi. Pada AS selain itu efek terhadap perilaku semakin terlihat jelas ketika AS mulai memutuskan hubungan



dengan pacarnya dan menarik diri dari lingkungan sosial. AS juga memutuskan untuk berhenti kuliah yang merupakan aktifitas sehari-hari yang dilakukannya dikarenakan telah kehilangan minat untuk meneruskan kuliahnya. Artinya dengan mengkonsumsi obat jenis anti depresi untuk menangani depresi ternyata juga memberikan dampak pada munculnya perilaku ketidakberdayaan kepada subjek dan sebaliknya, semakin subjek tidak berdaya maka akan merasakan bertambah depresi.

Untuk mendiagnosa depresi lebih lanjut biasanya merujuk kepada buku panduan diagnosa atau DSM yang masih valid dan reliabel pada waktu melakukan diagnosa. DSM-IV-TR mendefinisikan depresi sebagai suatu kondisi emosional dengan kriteria-kriteria sebagai berikut; memiliki mood sedih dan tertekan hampir sepanjang hari dan hampir setiap hari selama dua minggu atau kehilangan minat dan kepuasan dalam aktivitas yang biasa dilakukan. Untuk mendiagnosis depresi pada individu merujuk pada DSM-IV-TR maka diperlukan setidaknya-tidaknya empat simptom berikut ini; kesedihan yang mendalam, perasaan tidak berarti, perasaan bersalah, pemikiran untuk melakukan bunuh diri, gangguan tidur, gangguan nafsu makan, kesulitan untuk berkonsentrasi, dan mengalami perubahan tingkat aktifitas (mengalami retardasi psikomotorik atau peningkatan psikomotorik).

Berdasarkan uraian diatas setiap individu yang depresi dapat dikatakan memiliki tingkat depresi (depresi ringan, depresi sedang, dan depresi berat) dan penyebab depresi yang berbeda-beda, kondisi ini berkaitan dengan tingkat tekanan yang dirasakan oleh individu dalam menghadapi berbagai peristiwa tidak menyenangkan dalam kehidupannya atau pengalaman traumatis.

Penyebab depresi yang paling umum pada manusia (dalam konteks ini termasuk didalamnya pengguna narkoba) yaitu peristiwa negatif dalam hidup yang tidak dapat dikendalikan (Seligman dalam Davidson dkk, 2006). Pada pengguna narkoba berbagai peristiwa hidup yang tidak menyenangkan di dalam kehidupannya dipandang sebagai sebuah masalah yang biasanya dirasakan “hilang” ketika individu tersebut menggunakan narkoba. Namun pada kenyataannya hal tersebut justru akan membuat masalah yang dihadapi tidak terselesaikan dan semakin memperburuk keadaan. Akibat dari tindakan diatas individu pengguna narkoba kehilangan perasaan mampu

mengontrol kehidupannya, yang kemudian akan menghasilkan perasaan tidak berdaya. Ketidakberdayaan yang dipelajari dapat mengarahkan seseorang pada kondisi depresi.

Adapun contoh kasus sebagai berikut:

Di Samarinda, seorang bapak yang juga merupakan seorang pengguna narkoba dan mantan juara tinju nasional ditemukan tewas gantung diri didepan kamar kontrakannya, diduga oleh pihak kepolisian yang pemicunya adalah faktor ekonomi. Di sebuah panti rehabilitasi narkoba yang terletak didalam sebuah pesantren didaerah Suralaya, seorang pemuda ditemukan tewas setelah meminum racun anti serangga karena merasa putus asa tidak dapat menemukan narkoba, dan merasa tidak dapat memperbaiki hidupnya yang telah rusak dikarenakan penggunaan narkoba.

Berdasarkan dua contoh kasus diatas menunjukkan bahwa seorang bapak yang juga pengguna narkoba di Samarinda dan seorang pemuda di Suralaya mengalami depresi yang disertai oleh perasaan tidak berdaya dan putus asa. Seorang bapak yang juga seorang pengguna narkoba merasa malu dan tidak tahan lagi menghadapi tekanan yang dialaminya akibat faktor ekonomi keluarga tidak kunjung membaik sehingga memutuskan untuk melakukan bunuh diri. Sedangkan seorang pemuda di sebuah panti rehabilitasi diSuralaya merasa tidak berdaya dalam menghentikan perilaku menggunakan narkoba yang telah merusak hidupnya sehingga melakukan bunuh diri.

Keduanya memiliki persamaan yaitu merasa tidak berdaya yang diakibatkan oleh pikiran yang lebih banyak memikirkan hal-hal negatif tentang diri, dunia, dan masa depannya sehingga menganggap bahwa bunuh diri merupakan satu-satunya alternatif bagi masalah hidup yang tak dapat diselesaikan. Dengan kata lain perasaan tidak berdaya dalam mengatasi persoalan hidup seringkali bersumber pada diri sendiri yang bisa membuat individu depresif. Berdasarkan uraian-uraian diatas, maka peneliti ingin mengetahui hubungan antara *learned helplessness* dengan tingkat depresi pada pengguna narkoba.

## **B. Tujuan Penelitian**

Mengetahui hubungan antara *learned helplessness* dan depresi pada pecandu narkoba.

## C. Tinjauan Pustaka

### Definisi *Learned Helplessness*

*Learned helplessness* didefinisikan sebagai kepasifan individu dan perasaan tidak mampu bertindak dan mengendalikan hidupnya. Kepasifan ini terbentuk melalui pengalaman yang tidak menyenangkan dan trauma yang tidak berhasil dikendalikan oleh individu (Seligman, 1974 dalam Davidson, 2006). Penelitian tentang *Learned Helplessness* dilanjutkan oleh Seligman untuk merevisi teori yang sudah ada, esensi teori yang direvisi terletak pada konsep atribusi yaitu, penjelasan yang diberikan individu atas perilakunya (Weiner dkk., 1971; Davidson, 2006). Teori ini menggabungkan elemen kognitif dan pembelajaran. Terkait situasi dimana individu mengalami suatu bentuk kegagalan, individu akan mencoba mengatribusikan kegagalan tersebut pada suatu penyebab yang stabil dan global. Namun Metalsky dkk. (1989; Davidson, 2006) berpendapat bahwa suatu peristiwa negatif langsung menghasilkan respon emosional yang terjadi sebelum dilakukan atribusi apapun. Selanjutnya Hanusa dan Schulz (1977; Davidson, 2006) mengatakan bahwa tidak semua individu melakukan proses atribusi, dan sering kali individu tidak menyadari penyebab perilakunya. Apabila individu melakukan interpretasi kausal, dan membuat suatu pola atribusi global serta stabil terhadap kegagalan yang dialaminya akan membuat respon depresif yang terjadi menjadi lebih lama (Weiner, 1986; Metalsky, 1989; Kring, 2006).

Adapun *learned helplessness* merupakan perilaku tidak berdaya yang ditandai oleh penilaian diri yang negatif, interaksi negatif dengan lingkungan atau berasal dari blokade dan hambatan yang berasal dari lingkungan yang lebih besar (Solomon, 1979 dalam Suharto, 2002):

1. Penilaian diri yang negatif

Ketidakberdayaan dapat berasal dari adanya sikap penilaian negatif yang ada pada diri seseorang yang terbentuk akibat adanya penilaian negatif dari orang lain.

2. interaksi negatif dengan orang lain

ketidakberdayaan dapat bersumber dari pengalaman negatif dalam interaksi antara korban yang tertindas dengan sistem diluar mereka yang menindas.

### 3. Hambatan yang berasal dari lingkungan yang lebih luas

Lingkungan luas dapat menghambat peran dan tindakan kelompok tertentu. Situasi ini dapat mengakibatkan tidak berdayanya kelompok yang tertindas tersebut dalam mengekspresikan atau menjangkau kesempatan-kesempatan yang ada di masyarakat.

#### **Karakteristik Terbentuknya *Learned Helplessness***

Untuk menjelaskan fenomena *learned helplessness* yang kemunculannya pada manusia bervariasi (bias, spesifik untuk kondisi tertentu atau bias jadi umum untuk berbagai kondisi), ilmuwan lain (Weiner dalam Davidson,2006) mengeluarkan *attribution theory*. *Attribution theory* menyatakan kemunculan keadaan tidak berdaya tergantung pada tipe masing-masing orang.

1. Tipe optimistis: memandang ada kunci untuk penyelesaian masalah (walaupun awalnya kunci pemecahan masalah belum bisa ditemukan) dan tidak menggeneralisir permasalahan → lebih bisa mencegah belajar tidak berdaya.

2. Tipe pesimistik: memandang tidak ada kunci untuk penyelesaian masalah dan menggeneralisir permasalahan → lebih rentan belajar tidak berdaya.

Pernyataan diatas didukung oleh teori Martin Seligman (1979; Davidson dkk, 2006) tentang *positive psychology*. Dikatakan dalam teori tersebut bahwa penting bagi individu untuk memiliki pemikiran positif dan mempertimbangkan banyak sudut pandang dalam menilai suatu situasi yang dialami, agar tidak memiliki penyimpangan kognitif seperti penilaian diri yang negatif. Lebih lanjut, dikatakan bahwa penyimpangan kognitif merupakan bagian dari skema terbentuknya *learned helplessness*.

#### **Manfaat *Learned Helplessness***

Manfaat *learned helplessness* adalah untuk mengetahui bahwa:

1. Kegagalan untuk memulai tindakan berarti bahwa seseorang yang memiliki



pengalaman *learned helplessness* cenderung untuk tidak mencoba mempelajari materi baru.

2. Kegagalan dalam belajar berarti bahwa walaupun arah baru diberikan kepada seseorang tersebut, mereka tidak mempelajari apapun dari hal itu.
3. Masalah emosional sepertinya menyertai *learned helplessness*. Frustrasi, depresi dan rasa tidak kompeten muncul secara berkala.  
(<http://sosialmanda.blogspot.com>)

### **Karakteristik *Learned Helplessness* Seseorang**

Dalam risetnya, Seligman menemukan ada beberapa kesamaan terhadap cara pandang terhadap pengalaman masa lalu orang-orang yang mengalami *learned helplessness*. Cara pandang tersebut terdiri dari tiga komponen utama, yaitu:

1. *Permanence*

*Permanence* merupakan belief yang salah yang menganggap kejadian masa lalu adalah permanen atau tidak bisa berubah. karena belief salah ini orang tersebut cenderung berhenti berusaha karena merasa tidak ada gunanya.

2. *Personalization*

Seseorang dengan *learned helplessness* memiliki kecenderungan untuk selalu menyalahkan dirinya sendiri untuk segalanya. Ini mengindikasikan rasa rendah diri.

3. *Pervasiveness*

Kecenderungan untuk menggeneralisasi sebuah hal negatif ke dalam setiap hal dalam kehidupan. (<http://st284027.sitekno.com/articles/1>)

### **Definisi Depresi**

Depresi adalah suatu kondisi emosional yang biasanya ditandai dengan Kesedihan yang amat sangat, perasaan tidak berarti dan bersalah, menarik diri dari orang lain, tidak dapat tidur, kehilangan selera makan, hasrat seksual, dan minat serta kesenangan dalam aktivitas yang biasa dilakukan (Davidson, 2006). Aaron Beck (2006) dalam teorinya mengatakan bahwa individu yang mengalami depresi

memiliki perasaan seperti demikian, dikarenakan pemikiran individu tersebut yang menyimpang dalam bentuk interpretasi negatif terhadap stimulus yang diterima.

### **Jenis Depresi**

Secara umum didalam DSM-IV-TR depresi terbagi kedalam dua jenis yaitu depresi mayor yang juga disebut gangguan unipolar dan gangguan bipolar. Diagnosis resmi depresi mayor dalam DSM-IV-TR memerlukan mood depresi atau hilangnya minat dan kesenangan yang berlangsung selama sekurang-kurangnya dua minggu. Selain itu, penegakan diagnosis memerlukan hadirnya empat simptom tambahan, seperti gangguan tidur atau nafsu makan, kehilangan energi, perasaan tidak berarti, pikiran untuk bunuh diri, dan sulit berkonsentrasi. Lebih lanjut, Gotlib, Lewinsohn, dan Seely (1995) menemukan bahwa para individu yang mengalami kurang dari lima simptom, yaitu yang mengalami apa yang disebut depresi subklinis, juga mengalami kesulitan dalam keberfungsian psikososial sama besar dengan para individu yang memenuhi persyaratan formal bagi diagnosis depresi.

DSM-IV-TR mendefinisikan gangguan bipolar sebagai gangguan depresi yang mencakup episode campuran dengan mania, dimana dalam mendiagnosis gangguan bipolar tidak hanya menggunakan simptom-simptom depresi, tetapi juga menggunakan simptom-simptom mania yaitu; kegembiraan amat sangat yang tidak beralasan, perasaan mudah tersinggung, hiperaktivitas, banyak berbicara, pikiran yang melompat-lompat, perhatian yang mudah teralihkan, dan rencana yang tidak praktis serta kebesaran (*Grandiose*).

### **Karakteristik Terbentuknya Depresi**

Aaron Beck (1987; Davison dkk., 2006) menjelaskan dari sudut perspektif teori kognitif depresi didasari oleh sebuah skema negatif atau pandangan negatif yang dipicu oleh sebuah peristiwa kehidupan yang negatif, penyimpangan kognitif, dan negatif triad yaitu; pandangan pesimistik terhadap diri sendiri, dunia, dan masa depan. Penyimpangan kognitif yang umumnya terjadi pada individu yang depresi

adalah pengambilan kesimpulan yang subjektif (*arbitrary inference*), abstraksi selektif (*selective abstraction*), overgeneralisasi, magnifikasi dan minimisasi.

Perspektif teori psikoanalisa tentang pembentukan karakteristik depresi dikemukakan oleh Sigmund Freud. Dalam tulisannya yang berjudul *Mourning and Melancholia*, Freud (1917; 2002) mengatakan bahwa potensi depresi diciptakan pada awal masa anak. Pada fase oral, kebutuhan seorang anak dapat kurang terpenuhi atau dipenuhi secara berlebihan sehingga menyebabkan perasaan terfiksasi pada tahap ini dan memiliki kebergantungan pada pemenuhan instingtual yang menjadi ciri tahap ini. Apabila kondisi tersebut terbawa kedalam tahap kematangan psikoseksual, individu tersebut dapat memiliki kecenderungan untuk sangat bergantung pada individu lain untuk mempertahankan harga dirinya, dan kondisi tersebut akan berdampak pada rentannya tingkat emosi dan gangguan mood yang dapat menyebabkan depresi.

Dalam perspektif teori interpersonal depresi terbentuk karena kurangnya dukungan sosial terhadap individu. Dukungan sosial memiliki peran yang penting dalam kesehatan mental, namun para individu yang depresi memiliki kecenderungan jaringan sosial yang sedikit atau kecil dan menilai jaringan sosial hanya memberikan sedikit dukungan, berkurangnya dukungan sosial dapat melemahkan kemampuan individu untuk mengatasi berbagai peristiwa hidup yang negatif dan membuatnya rentan terhadap depresi (Kring, 2006). Kurangnya dukungan sosial tersebut kemungkinan disebabkan oleh fakta bahwa individu yang depresi memicu reaksi negatif dari individu lain dengan cara memberikan stimulus atau *feedback* yang tidak menyenangkan seperti penolakan dan tingkat agresi yang tinggi (Coyne, 1976; Kring, 2006).

Karakteristik terbentuknya depresi menurut perspektif teori biologis adalah dikarenakan proses-proses biologis seperti neurokimia dan neuroendokrin diketahui memiliki dampak yang besar terhadap mood. Apabila proses biologis mengalami gangguan maka individu tersebut akan mengalami gangguan mood yang menyebabkan depresi. Proses biologis yang terganggu merupakan bagian rantai kausal jika predisposisi gangguan mood dapat diturunkan secara genetik, hal

tersebut memberikan dukungan bahwa gangguan tersebut memiliki basis biologis (Davison dkk, 2006).

### **Faktor-faktor yang Mempengaruhi Depresi**

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi munculnya depresi dapat dijelaskan melalui berbagai pendekatan sebagai berikut, yaitu :

#### **1. Dimensi Biologis**

Pendekatan biologis menemukan bahwa faktor genetik, sistem endokrin, dan neurotransmitter berperan dalam kemunculan depresi (Halgin & Whitbourne, 1997). Kemunculan depresi dalam perspektif biologi dapat dipahami bahwa kehidupan yang penuh stres mengaktifkan hormon stres, berefek luas pada sistem neurotransmitter khususnya *serotonin*, *norepinephrine*, dan *circadian rhythms function/CRF*. Pengaktifan hormon stres dalam jangka waktu lama akan mempengaruhi gen, menghasilkan perubahan jangka panjang pada struktur dan kimia di otak (Durand & Barlow, 2003).

#### **2. Dimensi Psikologis**

##### **a) Pendekatan Psikodinamika**

Pendekatan ini menekankan penyebab depresi sebagai rasa kehilangan dari suatu objek atau status (Dacey & Kenny, 1997). Proses hubungan antara orangtua dan anaknya merupakan sumber kehilangan, seperti perceraian orangtua, kurangnya kasih sayang orangtua, kurangnya penghargaan tanpa syarat kepada anak, perpisahan orangtua dengan anak, dan kehilangan orangtua dapat menyebabkan depresi.

##### **b) Pendekatan Behavioral**

Pendekatan ini memandang bahwa kurangnya *reinforcement* positif, seperti ketertarikan dan perhatian orangtua terhadap anaknya, dan dampak perubahan hidup mempengaruhi timbulnya depresi. Faktor yang penting lain dalam memahami depresi salah satunya adalah perasaan tidak berdaya (*learned helplessness*), muncul ketika dihadapkan pada situasi yang tidak menyenangkan, seperti stres atau rasa sakit yang berkepanjangan, dan individu



merasa tidak memiliki kendali atasnya (Santrock, 2003). Pengalaman perasaan tidak berharga seperti ini mengarahkan individu pada perasaan putus asa dan keyakinan bahwa tidak ada yang bisa dilakukan untuk memperbaikinya. Depresi yang dialami remaja putri muncul dikarenakan meningkatnya perasaan tidak berdaya (*learned helplessness*) yang disebabkan karena meningkatnya penekanan terhadap diri sendiri, kemandirian, dan individualisme serta menurunnya hubungan dengan orang lain, keluarga, dan agama (Seligman dalam Santrock, 2003). Perasaan tidak berharga terjadi ketika remaja putri dihadapkan pada situasi yang tidak menyenangkan atau rasa sakit yang berlangsung lama, sementara remaja putri merasa tidak memiliki kendali untuk mengubahnya, sehingga memupuk perasaan putus asa dan keyakinan bahwa tidak ada yang bisa dilakukan lagi. Remaja putri yang mengalami depresi akan bersikap apatis karena merasa tidak menerima penghargaan dari orang lain (Santrock, 2003).

c) **Pendekatan Humanistik-Eksistensial**

Teori ini memfokuskan atas kehilangan harga diri sebagai penyebab depresi yang utama, kehilangan objek ini dapat nyata atau simbolik, misalnya prestasi belajar menurun, status sosial ekonomi. Perbedaan antara *ideal self* seseorang dengan persepsinya terhadap keadaan yang senyatanya menjadi sumber depresi. Keadaan ini terkait dengan ketidakmampuan individu untuk mengalami kontinuitas perasaan secara langsung yang erat kaitannya dengan hilangnya kesadaran diri dengan tubuh sebagai suatu kesatuan diri (May dalam Koeswara, 1988). Terkadang orang tidak menyadari seutuhnya apa yang dialaminya, seperti seseorang memikirkan tentang situasi emosinya melalui keluhan fisik tanpa mengerti atau merasakan kaitan perasaannya yang ditekan dengan keluhan fisik yang dilontarkan. Tanpa adanya kesadaran diri di sini dan saat ini tentang apa yang dialaminya dan konflik yang sedang dihadapinya, ia tidak akan merasa bahagia dan akan terjebak dalam permasalahan yang dirasakan. Sikap individu yang memisahkan dan mengobjekkan tubuh tanpa dirinya hanya sebagai tubuh tanpa subjek, hal ini

tidak hanya terlihat dalam hubungan individu dengan dirinya, tetapi juga dalam hubungan individu dengan orang lain.

**d) Pendekatan Kognitif**

Penderita depresi menunjukkan pandangan negatif terhadap pengalaman, diri dan masa depan mereka. Penderita depresi juga menunjukkan distorsi kognitif, yaitu kesalahan dalam berpikir yang dibuat penderita depresi dalam menarik kesimpulan terhadap apa yang dialaminya (Beck, 1985). Beck berpendapat bahwa penderita depresi mempunyai skema negatif. Skema adalah sebagai suatu bentuk struktur kognitif yang merupakan konseptualisasi pada respon terhadap keadaan lingkungan berdasarkan pengalamannya. Struktur kognitif atau skema mulai terbentuk sejak awal, yaitu sejak individu mengembangkan berbagai konsep dan sikap mengenai dirinya dan dunianya. Konsep individu tersebut tersusun dari pengalaman, dari penilaian orang lain, dan dari identifikasi terhadap figur kunci seperti orangtua, saudara, atau teman. Respon afektif ditentukan oleh bagaimana cara individu memandang pengalamannya, bila konsep individu terhadap suatu situasi tidak menyenangkan, maka individu tersebut akan mengalami respon afektif yang tidak menyenangkan sesuai dengan pemikirannya. Pandangan kognitif menekankan bahwa remaja yang mengalami depresi pada masa anak-anaknya akan membentuk skema kognitif dengan karakteristik rendahnya penilaian terhadap diri sendiri dan tidak memiliki keyakinan akan masa depannya (Beck dalam Santrock, 2003). Kebiasaan pemikiran negatif dari masa anak-anak akan meningkatkan pengalaman negatif yang dimiliki remaja putri dan akan berujung depresi.

Berdasarkan pendekatan kognitif *mindfulness* dapat dipandang sebagai kualitas kesadaran diri. Afeksi atau emosi dan kognitif memerankan peran penting pada kemunculan depresi dalam arus kesadaran. Keadaan afektif atau emosi negatif bagi seseorang yang mengalami depresi akan disertai adanya pemikiran yang menjelaskan munculnya keadaan tersebut (Greenberger & Padesky, 2004). Beck (1985) dan Burns (1988) mengungkapkan bahwa respon

afektif atau emosi ditentukan bagaimana seseorang memandang pengalamannya sebagai hasil interaksinya dengan lingkungan. Seorang individu mengalami situasi atau keadaan yang tidak menyenangkan, maka akan mengalami respon afektif atau emosi yang tidak menyenangkan sesuai dengan pemikirannya mengenai keadaannya tersebut (kognitif). Berpikir terlalu mendalam (*ruminatio*n) sebagai pemikiran negatif akan situasi yang dihadapi meningkatkan afeksi atau emosi negatif, begitu pula sebaliknya (Bishop dkk, 2004). Ketika seseorang mengalami tekanan kehidupan begitu kuat sehingga muncul suasana hati yang tidak menyenangkan dan disertai pemikiran negatif mengenai keadaan dirinya akan berujung depresi. Depresi merupakan keadaan seseorang ketika merasakan suasana hati yang tidak menyenangkan akan situasi yang dihadapi yang disertai pemikiran negatif atasnya (Ma & Teasdale, 2004). Pemikiran ataupun emosi yang dirasakan muncul dalam arus kesadaran sebagai akibat interaksinya dengan lingkungan (Damasio, 2000; Thompson & Varela, 2001; Capra, 2003).

*Mindfulness* dimulai dengan membawa keadaan sadar terjaga pada pengalaman di sini-saat ini, dengan meningkatkan fokus perhatian pada perubahan yang terjadi atas pikiran, perasaan, dan sensasi diamati dari waktu ke waktu. Peningkatan fokus perhatian menghasilkan kesadaran non-elaboratif dan tanpa penilaian akan pikiran, perasaan, dan sensasi yang muncul sehingga *mindfulness* merupakan pengalaman langsung akan realitas. Keadaan penerimaan dalam *mindfulness* muncul sebagai pengalaman terbuka akan realitas yang terjadi di sini-saat ini (Roemer & Orsillo dalam Bishop, 2004). Pengalaman terbuka dan penerimaan memungkinkan perspektif yang lebih luas akan pikiran dan perasaannya sehingga resiko depresi dapat dikurangi bersama dengan meningkatnya kesadaran akan pikiran negatif sebagai peristiwa mental yang muncul dalam arus kesadaran (Lau & McMain, 2005; Finucane & Mercer, 2006).

e) **Dimensi Sosial-lingkungan (Pendekatan Hubungan Interpersonal)**

Memahami depresi yang terjadi pada remaja memerlukan informasi mengenai pengalamannya pada masa remaja dan anak-anak. Ikatan antara ibu dan anak yang tidak memberikan rasa aman, tanpa rasa cinta dan kasih sayang dalam pengasuhan anak, atau kehilangan salah satu orangtua pada masa anak-anak akan menciptakan set kognitif yang negatif (Bowlby dalam Santrock, 2003). Skema kognitif yang negatif tersebut akan dibawa terus hingga mempengaruhi pengalamannya pada masa kehidupan selanjutnya. Pengalaman-pengalaman baru remaja putri yang berkaitan dengan kehilangan akan memicu munculnya depresi.

Hubungan dengan keluarga atau teman sebaya berpengaruh pada munculnya depresi pada remaja. Orangtua yang mengalami depresi atau orang yang tidak hadir secara emosional, terlibat dalam konflik perkawinan, dan memiliki masalah ekonomi memunculkan depresi pada anak remaja mereka (Downey & Goyne; Galambos & Sears; Lee & Gotlieb; Lempers & Clark-Lempers dalam Santrock, 2003). Ketiadaan hubungan yang dekat dengan sahabat, sedikitnya teman, dan penolakan dari teman sebaya dapat meningkatkan munculnya depresi pada remaja (Vernberg dalam Santrock, 2003).

Berdasarkan uraian di atas tampak bahwa masing-masing pendekatan mempunyai tinjauan dan pandangan yang berbeda dalam menerangkan terjadinya depresi. Keadaan *mindfulness* berperan dalam muncul atau tidaknya depresi. Berpikir terlalu mendalam sebagai pemikiran negatif akan situasi yang dihadapi meningkatkan afeksi atau emosi negatif. Depresi muncul ketika seseorang merasakan suasana hati yang tidak menyenangkan akan situasi yang dihadapi yang disertai pemikiran negatif atasnya. *Mindfulness* adalah pengalaman di sini-saat ini akan keberadaannya yang merupakan kesadaran non-elaboratif dan tanpa penilaian akan pikiran, perasaan, dan sensasi yang muncul sebagai pengalaman langsung akan realitas. *Mindfulness* memungkinkan perspektif yang lebih luas akan pikiran dan perasaannya



sehingga resiko depresi dapat dikurangi bersama dengan meningkatnya kesadaran akan pikiran negatif sebagai peristiwa mental yang muncul dalam arus kesadaran

### **Simpptom atau Gejala Depresi Berdasarkan Kriteria dalam DSM-IV-TR**

Mood sedih dan tertekan, hampir sepanjang hari, hampir setiap hari selama dua minggu atau kehilangan minat dan kesenangan dalam aktivitas yang biasa dilakukan, ditambah sekurang-kurangnya empat gejala berikut ini.

- a. Sulit tidur (insomnia); pada awalnya tidak dapat tidur, tidak dapat kembali tidur bila terbangun di tengah malam, dan bangun pada dini hari; atau pada beberapa pasien, keinginan untuk tidur selama mungkin.
- b. Perubahan kadar aktivitas, menjadi lemas (retardasi psikomotorik) atau terlalu bersemangat.
- c. Nafsu makan sangat berkurang dan berat badan turun, atau nafsu makan meningkat dan berat badan bertambah.
- d. Kehilangan energi, sangat fatik.
- e. Konsep diri negatif, menuding dan menyalahkan diri sendiri; merasa tidak berarti dan bersalah.
- f. Mengeluh sulit untuk berkonsentrasi, atau terlihat sulit berkonsentrasi, seperti lambat berpikir dan tidak dapat mengambil keputusan.
- g. Pikiran tentang kematian atau bunuh diri yang terus menerus timbul.

### **Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Individu Menggunakan Narkoba**

1. Pengaruh relasi sosial seperti teman yang memiliki kebiasaan menyalahgunakan narkoba adalah prediktor terkuat bagi remaja untuk terlibat dalam masalah yang sama, namun hasil yang penelitian ini dipengaruhi oleh konformitas, cara pandang yang positif atau negatif, penguat yang diberikan lingkungan sosial, dan tingkat keintiman individu dengan temannya (Fisher&Harrison, 1997);
2. Temperamen atau stabilitas emosi anak tidak berkait langsung dengan

penyalahgunaan narkoba, namun hal tersebut diperantarai oleh kontrol diri anak (Wills et al, 1998);

3. Orangtua memiliki pengaruh yang besar dalam proses penyalahgunaan narkoba, melalui pengawasan terhadap anak dan melalui pemberian pembelajaran kontrol diri (Farell&White, 1998);
4. Kualitas hubungan yang dimiliki individu dapat menjadi filter atau menyaring pengaruh buruk dari lingkungan sekitar dan pergaulan, terutama hubungan antara orangtua dengan anak (Farell&White, 1998). Namun kualitas hubungan yang dimiliki individu juga dapat mempengaruhi penggunaan narkoba;
5. Variabel sosiokultural seperti kebiasaan dalam suatu kebudayaan dan iklan (pariwara) dapat menjadi faktor yang mempengaruhi individu menggunakan narkoba. Hal tersebut erat kaitannya dengan proses kognitif seperti interpretasi, modeling, imitasi (Davidson dkk,2006);
6. Kondisi psikologis individu dapat menjadi faktor yang mempengaruhi individu menggunakan narkoba, terutama individu yang sedang mengalami kondisi psikis penuh tekanan (Davidson dkk,2006);
7. Faktor biologis dalam beberapa penelitian tentang penyalahgunaan zat, menunjukkan terdapat predisposisi genetik pada keturunan dari individu yang menyalahgunakan narkoba. Dalam hal ini keturunan dari individu yang menyalahgunakan narkoba mengalami peningkatan toleransi terhadap penggunaan zat, namun hasil penelitian ini menunjukkan konsistensi dengan faktor- faktor pengaruh sosial (Chassin, 1999);
8. Rasa ingin tahu (*couriosity*) dan keinginan bereksperimen seperti mencoba-coba, adalah faktor yang paling sering ditemui dalam proses penyalahgunaan narkoba (Robinson dkk., 1997).

#### **7. Ciri-ciri kondisi penyalahgunaan narkoba**

Ciri-ciri yang ditimbulkan dari penyalahgunaan narkoba menurut DSM-IV-TR adalah rusaknya kondisi fisiologis dan psikologis individu. Lebih lanjut menurut DSM-IV-TR penyalahgunaan narkoba dapat menimbulkan gangguan-

gangguan pada motorik, Psikomotorik, aktifitas sehari-hari, nafsu makan, tidur, hubungan dengan relasi sosial, gairah seksual, dan dapat menyebabkan depresi. Namun semua dampak penyalahgunaan narkoba yang timbul, memiliki hubungan yang erat dengan daya tahan tubuh, pola penggunaan zat, cara penggunaan zat, dan jenis zat yang digunakan.

DSM-IV-TR mengategorikan dampak penyalahgunaan narkoba berdasarkan jenis zat yang digunakan, hal ini dikarenakan setiap zat yang disalahgunakan memiliki dampak yang spesifik terhadap kondisi kesehatan individu. Lebih lanjut kategorisasi dampak penyalahgunaan narkoba oleh DSM-IV-TR, yaitu :

a. Mariyuana

1) Dampak psikologis

Para perokok mariyuana menemukan bahwa obat tersebut membuat mereka merasa rileks dan mudah bersosialisasi. Dosis yang sangat besar kadang menimbulkan halusinasi dan berbagai efek lain yang sama dengan efek LSD, termasuk kepanikan ekstrem, yang kadang muncul dari keyakinan bahwa pengalaman yang menakutkan tersebut tidak akan pernah berakhir. Penggunaan mariyuana dapat pula menyebabkan berbagai perubahan emosi dan kemampuan atensional.

2) Dampak somatic

Dampak jangka pendek mariyuana mencakup mata yang memerah dan gatal, mulut dan kerongkongan kering, nafsu makan meningkat, berkurangnya tekanan pada mata, dan agak meningkatkan tekanan darah. Obat tersebut berbahaya bagi orang-orang yang mengalami kelainan jantung karena obat ini dapat meningkatkan denyut jantung. Dari bukti-bukti yang ada, para peneliti menyimpulkan bahwa berbagai masalah memori jangka pendek yang berhubungan dengan penggunaan mariyuana.

3) Dampak terapeutik

Bahan aktif mariyuana, THC, dapat menghilangkan rasa sakit dengan cara menyuntikkannya. Bila mariyuana dihisap maka seseorang akan mengalami penurunan fungsi imun.

b. Sedatif dan stimulant

1) Sedatif

Dampak psikologis opium dan derivatnya berupa morfin dan heroin menimbulkan euphoria, rasa kantuk, kerasukan, dan kadang kurangnya koordinasi. Sedative melemaskan otot, mengurangi kecemasan, dan dalam dosis rendah menghasilkan kondisi euforik ringan.

2) Stimulan

a) Amfetamin

Denyut jantung semakin cepat, dan pembuluh darah di kulit serta selaput lender mengalami penyempitan. Individu yang bersangkutan menjadi terjaga, euforik, dan bersemangat serta dirasuki oleh energi seolah tanpa batas dan rasa percaya diri. Dosis yang lebih besar dapat membuat pengguna menjadi gugup, mudah terpancing, dan bingung sehingga ia dapat membahayakan orang lain. Dosis tinggi yang digunakan dalam satu kurun waktu tertentu dapat menimbulkan kondisi yang cukup mirip dengan skizofrenia paranoid, termasuk delusinya.

b) Metamfetamin

Dapat menyebabkan kelambatan pada beberapa tugas motorik. Beberapa studi dari hewan mengindikasikan bahwa penggunaan metamfetamin yang kronis menyebabkan kerusakan otak, mempengaruhi sistem dopamine dan serotonin (Frost&Cadet, 2000).

c) Kokain

Dapat mengurangi rasa sakit, meningkatkan hasrat seksual dan menimbulkan rasa percaya diri, rasa sejahtera dan tidak pernah lelah. Overdosis dapat menyebabkan yang bersangkutan menggigil, mual dan mengalami insomnia, serta serangan paranoid dan halusinasi



yang mengerikan mengenai serangga yang merambas di bawah kulit. Penggunaan kronis dapat memicu perubahan kepribadian, termasuk sangat mudah tersinggung, terganggunya hubungan social, pemikiran paranoid dan gangguan pola makan serta tidur (*Scientific Perspectives on Cocaine Abuse, 1987*).

c. LSD dan halusinogen lain

Para pengguna LSD menuturkan bahwa obat tersebut dapat meningkatkan keintiman dan insight, meningkatkan hubungan interpersonal, meningkatkan mood dan rasa percaya diri, dan meningkatkan kesadaran estetik. Obat tersebut juga dapat menyebabkan ketegangan otot, gerakan mata yang cepat, rahang terkunci, mual, pusing, menggigil atau berkeringat, dan kecemasan, depresi, depersonalisasi, dan kebingungan.

### **Gejala atau Simptom Penyalahgunaan Narkoba**

Gejala atau simptom penyalahgunaan zat (narkoba) menurut kriteria DSM-IV-TR adalah:

1. Gagal memenuhi tanggung jawab.
2. Penggunaan berulang dalam berbagai situasi yang secara fisik berbahaya.
3. Berulang kali mengalami berbagai masalah hukum yang berkaitan dengan penggunaan zat.
4. Terus menerus menggunakan terlepas dari berbagai masalah yang disebabkan oleh penggunaan zat tersebut.

## **D. METODE PENELITIAN**

### **Rancangan Penelitian**

Penelitian ini termasuk ke dalam penelitian kuantitatif yang bersifat non- *Eksperimental* dengan jenis korelasional, yaitu metode yang digunakan untuk mengetahui hubungan antara suatu variabel dengan variabel lain. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan antara *learned helplessness* dengan depresi pada pengguna narkoba.

## Variabel Penelitian

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah *learned helplessness*, sedangkan variabel terikatnya adalah depresi.

### 1. Learned helplessness

**Definisi konseptual:** secara teoritis *learned helplessness* (ketidakberdayaan) yaitu penilaian diri yang negatif, interaksi negatif dengan lingkungan atau berasal dari blokade dan hambatan yang berasal dari lingkungannya yang lebih kuat.

**Definisi operasional:** secara operasional *learned helplessness* sebagai skor yang menunjukkan tinggi atau rendahnya tingkat penilaian diri yang negatif, interaksi negatif dengan lingkungan atau berasal dari blokade dan hambatan yang berasal dari lingkungan yang lebih kuat.

### 2. Depresi

**Definisi konseptual:** secara teoritis depresi adalah suatu kondisi emosional yang biasanya ditandai dengan kesedihan yang amat sangat, perasaan tidak berarti dan bersalah, menarik diri dari orang lain, tidak dapat tidur, kehilangan selera makan, hasrat seksual, dan minat serta kesenangan dalam aktivitas yang biasa dilakukan.

**Definisi operasional:** secara operasional depresi didefinisikan sebagai skor yang menunjukkan tinggi atau rendahnya gambaran suatu kondisi emosional yang biasanya ditandai dengan Kesedihan yang amat sangat, perasaan tidak berarti dan bersalah, menarik diri dari orang lain, tidak dapat tidur, kehilangan selera makan, hasrat seksual, dan minat serta kesenangan dalam aktivitas yang biasa dilakukan.

## Populasi dan Sampel Penelitian

### Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah para pengguna narkoba yang masih aktif menggunakan narkoba di wilayah DKI Jakarta. Berdasarkan data dari jumlah kasus pengguna narkotika di Jakarta, populasi pengguna narkoba tersebut sebanyak 993 orang.

### **Sampel penelitian**

Sampel dalam penelitian ini adalah sampel yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan, yaitu pengguna narkoba yang masih aktif menggunakan narkoba di wilayah DKI Jakarta.

Dari perhitungan untuk mencari jumlah sampel penelitian yaitu :

$$n = \frac{N}{N \cdot d^2 + 1} = \frac{993}{993 \cdot 0,05^2 + 1} = \frac{993}{(993)(0,0025) + 1} = \frac{993}{3.482} = 285 \text{ responden}$$

didapatkan jumlah sampel yang diambil dalam penelitian ini sebanyak 285 orang karena jumlah sampel penelitian menurut Gay (dalam Overcharme. Dkk, 1995) harus dapat mewakili dari populasi.

### **Teknik pengambilan sampel**

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *Nonprobability sampling* yaitu, teknik pengambilan sampel yang tidak memberi peluang atau kesempatan sama bagi setiap unsur atau anggota populasi untuk dipilih menjadi sampel (Sugiyono, 2007).

### **Alat ukur**

Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan teknik skala untuk pengambilan data penelitian, dalam metode pengumpulan data yaitu menggunakan kuesioner yang diisi sendiri oleh responden. Terdapat dua alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini.

#### **1. Learned helplessness**

Alat ukur *learned helplessness* mengacu pada teori yang dikemukakan oleh Solomon yakni berupa kuesioner terdiri dari 3 jenis, yaitu penilaian diri yang negatif, interaksi negatif dengan lingkungan, atau berasal dari blokade dan hambatan yang berasal dari lingkungan yang lebih besar. item-item pernyataan yang terdapat dalam instrumen *learned helplessness* berjumlah 40 item, terdiri dari 22 pernyataan *favourable* dan 18 *unfavourable*.

Tabel 3.1 Teknik skoring

Respon	Favorable	Unfavorable
Sangat Tidak Sesuai (STS)	1	4
Tidak Sesuai (TS)	2	3
Sesuai (S)	3	2
Sangat Sesuai (SS)	4	1

### Kisi-kisi Alat ukur *learned helplessness*

Setelah melalui proses *tryout*, berdasarkan hasil perhitungan uji validitas item skala *learned helplessness*, dari 40 item didapatkan 27 item valid dan 13 item gugur. Item yang tidak valid diantaranya nomor 2, 5, 7, 8, 10, 11, 17, 18, 20, 27, 34, 36, dan 37. Sedangkan item-item yang tersisa setelah diurutkan kembali dapat dilihat melalui tabel 3.2 berikut ini :

Tabel 3.2 *learned helplessness*

Dimensi	Indikator	Favorable	Unfavorable
<i>learned helplessness</i>	- Penilaian diri yang negatif	1, 4, 6, 12, 21, 23, 29	26, 28, 30, 32, 38, 40
	- Interaksi negatif dengan orang lain	15, 16, 22, 24, 25,	13, 14, 19,
	- Hambatan yang berasal dari lingkungan yang lebih luas	31, 33, 35, 39.	3, 9.
Total Item		27	

## 2. Depresi

Alat ukur depresi disusun berdasarkan pada teori Davidson, yaitu depresi adalah suatu kondisi emosional yang biasanya ditandai dengan Kesedihan yang amat sangat, perasaan tidak berarti dan bersalah, menarik diri dari orang lain, tidak dapat tidur, kehilangan selera makan, kehilangan hasrat seksual, kehilangan minat serta kesenangan dalam aktivitas yang biasa dilakukan, kehilangan motivasi untuk melanjutkan hidup dan keinginan untuk mengakhiri hidup. Item-item pernyataan



yang terdapat dalam instrumen depresi berjumlah 50 item, terdiri dari 27 pernyataan *favourable* dan 23 *unfavourable*.

Tabel 3.3 Teknik skoring

Respon	Favorable	Unfavorable
Tidak Pernah (TP)	1	4
Jarang (JR)	2	3
Sering (SR)	3	2
Selalu (S)	4	1

#### Kisi-kisi item Alat ukur depresi

Setelah melalui proses *tryout*, berdasarkan hasil perhitungan uji validitas item skala tingkat depresi, dari 50 item didapatkan 37 item valid dan 13 item gugur. Item yang tidak valid diantaranya nomor 14, 18, 24, 25, 29, 31, 32, 35, 36, 39, 44, 45, dan 48. Sedangkan item-item yang tersisa setelah diurutkan kembali dapat dilihat melalui tabel 3.4 berikut ini :

Tabel 3.4 kisi-kisi depresi

Dimensi	Indikator	Favorable	Unfavorable
Depresi	- Kesedihan yang mendalam dan tertekan	1, 17, 22,	46,
	- Perasaan tidak berarti dan bersalah	5, 9, 10, 13, 15,	37, 38,
	- Menarik diri dari orang lain	26, 28,	30, 34,
	- Tidak dapat tidur	33,	27,
	- Kehilangan selera makan	19, 21,	20, 23,
	- Kehilangan hasrat seksual	41, 43,	12, 16,
	- Kehilangan minat serta kesenangan dalam aktivitas yang biasa dilakukan	47, 49, 50	2, 4, 6, 8
- Kehilangan motivasi untuk melanjutkan hidup dan keinginan untuk mengakhiri hidup	3, 7, 11.	40,42.	
	Total Item	37	

### Validitas item

Perhitungan validitas alat ukur dilakukan dengan menggunakan jenis *Content validity* (validitas isi), yaitu teknik validitas yang mencerminkan serangkaian total perilaku yang dapat digunakan untuk mengukur suatu atribut atau karakteristik tertentu dari individu yang ingin di ukur (Gunion, dalam Yulianto, 2005)

Uji *Content validity* dilakukan dengan meminta pertimbangan dan pengujian yang dilakukan dari ahli, selanjutnya akan dilakukan uji coba, kemudian di analisis dengan analisis item.

Untuk menganalisis item digunakan rumus *korelasi product moment* yang pelaksanaannya dilakukan dengan menggunakan *SPSS versi 15*.

Rumus *Pearson Product Moment* :

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

Keterangan :

$r_{xy}$  = Korelasi antara X dan Y

X = Skor subjek pada suatu item

Y = Skor total subjek – skor item n

### Reliabilitas item

Pada penelitian ini pengujian instrument dilakukan secara eksternal maupun internal, secara eksternal pengujian dilakukan dengan reliabilitas *single trial* dan internal menggunakan koefisien *Alfa Cronbach*. Dalam teknik *single trial* hanya dihasilkan satu skor tes yang melihat konsistensi performa subjek dalam item-item tes. Secara internal reliabel instrument di uji dengan menggunakan teknik koefisien *Alfa Cronbach*. Teknik ini digunakan untuk menguji reliabilitas *Internal Consistency* sehingga konsistensi subjek dapat dilihat pada semua item-item dalam tes yang berdasarkan oleh konstruk tertentu (Friedencerg, 1995; Yulianto 2005)

Rumus pengujian reliabilitas dengan teknik *Alfa Cronbach* :

$$r_{xx} = \alpha = \frac{k}{k-1} \left( 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_x^2} \right)$$

Keterangan :

$r_{xx}$  =  $\alpha$  = koefisien reliabilitas (alpha cronbach)

k = jumlah item tes

$S_i^2$  = varians skor masing-masing item tes

$S_x^2$  = varians skor masing-masing item tes

$\sum S_i^2$  = jumlah varians skor masing-masing

### Analisis Data

Analisis validitas faktor digunakan untuk mengetahui struktur atau faktor-faktor yang terkandung dalam suatu set variabel, dan untuk mengetahuinya dilakukan analisis faktor. Faktor analisis adalah analisis terhadap suatu set variabel untuk mengetahui dimensi dan hubungannya terhadap variabel-variabel pada alat ukur.

#### 1. Frekuensi

Pengolahan data berdasarkan atas metode pengumpulan data kuantitatif melalui perhitungan statistic dan dinyatakan dalam bentuk deskriptif . untuk mendapatkan gambaran menyeluruh mengenai responden penelitian, dilakukan statistika deskriptif dengan menentukan presentase. Untuk melakukan melakukan statistika deskriptif digunakan rumus sebagai berikut:

$$P = \frac{F}{N} \times 100\%$$

Keterangan:

P = Presentase frekuensi

F = Frekuensi

N = Jumlah subjek

#### 2. Kategorisasi subjek

Kategorisasi subjek bertujuan untuk menempatkan individu ke dalam kelompok-kelompok yang terpisah secara berjenjang menurut suatu kontinum berdasar atribut yang diukur (Azwar, 2007). Pada skala *Learned Helplessness* kategorisasi berdasarkan pada

seluruh pernyataan yaitu 40 pernyataan yang kemudian diberi skor 1, 2, 3, sampai 4. Kategorisasi subjek digolongkan kedalam tiga kategori tingkat *Learned Helplessness*, yaitu:

$X < (\mu - 1,0 \sigma)$  *Learned helplessness* rendah

$(\mu - 1,0 \sigma) \leq X < (\mu + 1,0 \sigma)$  *Learned helplessness* sedang

$(\mu - 1,0 \sigma) \leq X$  *Learned helplessness* tinggi

Keterangan:

$\mu$  = nilai rata-rata skor yang diperoleh seluruh sampel

$\sigma$  = standar deviasi

Pada skala depresi, kategorisasi berdasarkan pada 50 pernyataan yang diberi skor 1, 2, 3, sampai 4. Kategorisasi subjek digolongkan kedalam tiga kategori tingkat depresi, yaitu:

$X < (\mu - 1,0 \sigma)$  Depresi rendah

$(\mu - 1,0 \sigma) \leq X < (\mu + 1,0 \sigma)$  Depresi sedang

$(\mu - 1,0 \sigma) \leq X$  Depresi tinggi

### 3. Teknik korelasi

Teknik korelasi digunakan untuk melihat hubungan antara *learned helplessness* (ketidakberdayaan yang dipelajari) dengan tingkat depresi pada pengguna napza. Teknik korelasi yang digunakan adalah *pearson product moment*, yang pada perhitungannya dilakukan dengan SPSS 15.

Rumus *Pearson Product Moment* :

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

Keterangan :

$r_{xy}$  = Korelasi antara X dan Y

X = Skor subjek pada suatu item



$Y = \text{Skor total subjek} - \text{skor item } n$

Perhitungan yang dilakukan akan dibantu dengan program SPSS 15.0 *for windows*

Tabel 3.5 Interpretasi Nilai Korelasi

Interval nilai r	Interpretasi
0,001 – 0,200	Korelasi positif sangat lemah
0,201 – 0,400	Korelasi positif lemah
0,401 – 0,600	Korelasi positif cukup kuat
0,601 – 0,800	Korelasi positif kuat
0,801 – 0,100	Korelasi positif sangat kuat

Untuk pengujian signifikan dalam SPSS digunakan kriteria sebagai berikut:

- Jika angka signifikan hasil riset  $< 0,05$  maka hubungan kedua variable signifikan.
- Jika angka signifikan hasil riset  $> 0,05$  maka hubungan kedua variable tidak signifikan.

## E. HASIL DAN PEMBAHASAN

### Hubungan antara *Learned Helplessness* dengan Tingkat Depresi

Untuk menjawab tujuan penelitian yang pertama maka dilakukanlah analisis korelasi antara *learned helplessness* dengan tingkat depresi. Analisis korelasi antara *learned helplessness* dengan tingkat depresi dilakukan dengan cara melihat koefisien korelasi antara skor total responden pada skala *learned helplessness* dan skor total responden pada skala tingkat depresi. Rumus yang digunakan adalah rumus koefisien korelasi *Pearson product moment*, yang pada perhitungannya dilakukan dengan SPSS 15.0. Hasil dari korelasi *learned helplessness* dan tingkat depresi dapat dilihat pada tabel 4.1 di bawah ini.

**Tabel 4.1 Korelasi antara *Learned Helplessness* dengan Tingkat Depresi**

<i>Learned Helplessness</i>	Tingkat Depresi	Korelasi	Keterangan
285 subjek	285 subjek	0,218	Korelasi signifikan pada level signifikansi 0,01
Mean: 86,1439	Mean: 67,5579		
Std.Deviasi:17,35230	Std.Deviasi:15,35109		

Berdasarkan pada hasil analisis koefisien korelasi *Pearson* di atas, diperoleh nilai koefisien korelasi sebesar 0,218 dengan signifikansi ( $p$ ) = 0,000 atau lebih kecil dari 0.05, sehingga hipotesis yang menyatakan terdapat hubungan yang signifikan antara *learned helplessness* dengan tingkat depresi dapat diterima.

Hasil skor korelasi penelitian yang menggunakan korelasi *Pearson* adalah sebesar 0,218. Menurut Usman (Sugiyono, 2007), merujuk pada tabel 3.5 hasil korelasi tersebut berada pada taraf korelasi positif lemah. Atau dengan kata lain dapat diinterpretasikan bahwa hasil skor korelasi subjek penelitian menunjukkan bahwa variabel *learned helplessness* memiliki hubungan yang lemah dengan variabel depresi, dan hubungan tersebut sifatnya positif. Artinya terdapat sebuah hubungan timbal balik antara *learned helplessness* dengan tingkat depresi. Dimana semakin tinggi ketidakberdayaan individu, semakin tinggi juga tingkat depresi individu tersebut, begitu pula sebaliknya semakin rendah ketidakberdayaan individu, semakin rendah juga tingkat depresi individu tersebut. Dengan kata lain dalam penelitian ini semakin tinggi penilaian diri yang negatif dari subjek penelitian, interaksi negatif dengan orang lain, atau hambatan yang berasal dari lingkungan yang lebih luas, diikuti juga dengan semakin tingginya perasaan sedih dan tertekan, perasaan tidak berarti dan bersalah, menarik diri dari orang lain, gangguan tidur, gangguan nafsu makan, gangguan hasrat seksual, kehilangan minat dan motivasi hidup, dan keinginan untuk mengakhiri hidup subjek penelitian tersebut.

Nilai signifikansi hubungan antara *learned helplessness* dengan tingkat depresi adalah ( $p$ ) = 0,000. Dengan kriteria signifikansi < 0,05 Atau dengan kata lain lebih kecil dari 0,05. Maka dapat dikatakan hasil penelitian ini bisa digeneralisasi pada populasi dari penelitian ini. Selain itu, hasil dari penelitian ini hanya berlaku pada responden dalam area pengambilan

sampel yang berpartisipasi dalam penelitian ini, yaitu pengguna narkoba di wilayah DKI Jakarta.

## **Tingkat *Learned helplessness* Subjek Penelitian Berdasarkan Kategorisasi Alat Ukur Penelitian**

### **1. Kategorisasi *Learned helplessness***

Untuk menjawab pertanyaan penelitian yang kedua maka dibuatlah kategorisasi pada variabel *learned helplessness*, yang dibagi kedalam tiga kategori yaitu, *learned helplessness* rendah, *learned helplessness* sedang, dan *learned helplessness* tinggi. Dengan skor terendah pada setiap item yaitu 1 dan skor tertinggi pada setiap item yaitu 4, diperoleh rentang minimum sampai maksimum adalah 40 sampai dengan 160. Setelah melalui *tryout* dan pengurangan item rentang skor *learned helplessness* minimum sampai maksimum pada subjek penelitian adalah 38 sampai dengan 99. dengan demikian setiap satuan deviasi standarnya bernilai  $\sigma = 17,98$  dan mean teoritisnya adalah  $\mu = 67,33$ . Untuk lebih jelas dapat dilihat pada tabel 4.2 di bawah ini.

**Tabel 4.2. Rentang skor *Learned helplessness***

Rentang skor	Kategori
$X < 59,88$	<i>learned helplessness</i> Rendah
$59,88 \leq X < 75,22$	<i>learned helplessness</i> Sedang
$75,22 \leq X$	<i>learned helplessness</i> Tinggi

Dari 285 subjek pengguna narkoba diperoleh hasil bahwa subjek yang memiliki *learned helplessness* rendah sebanyak 36,84% atau sebanyak 105 orang, subjek yang memiliki *Learned helplessness* sedang sebanyak 28,77% atau 82 orang, dan subjek yang memiliki *Learned helplessness* tinggi sebanyak 34,39% atau sebanyak 98 orang. Untuk selanjutnya kategori subjek yang digunakan untuk pembahasan pada penelitian ini adalah

subjek yang masuk ke dalam kategori rendah dan tinggi saja, sedangkan pada kategori sedang tidak dipergunakan dalam pembahasan. Hal tersebut dilakukan agar hasil pengukuran lebih akurat, karena sebagian subjek yang berada pada kategori *Learned helplessness* sedang, merasa kurang nyaman, atau tidak dapat menentukan sikap dalam menyatakan pendapatnya yang berkaitan dengan tingkat *learned helplessness* yang dimilikinya pada saat pengisian kuisioner. Untuk lebih jelas dapat dilihat pada tabel 4.3 di bawah ini:

**Tabel 4.3. Rentang skor *Learned helplessness***

Rentang Skor	Kategori	Jumlah	Persentase
$X < 59,88$	<i>Learned helplessness</i> Rendah	105 orang	51,73%
$75,22 \leq X$	<i>Learned helplessness</i> Tinggi	98 orang	48,27%
Total		203 orang	100%

Dalam penelitian ini melalui penjabaran tabel 4.3 didapatkan hasil bahwa pengguna narkoba yang menjadi subjek penelitian cenderung untuk memiliki tingkat *learned helplessness* rendah. Para pengguna narkoba yang memiliki tingkat *learned helplessness* rendah, merasa memiliki kesempatan kerja yang sama meskipun seorang pengguna narkoba (item no.5), merasa berani untuk bertanya kepada orang yang tidak dikenalnya (item no.13), merasa senang berada dalam lingkungan yang baru (item no.24), merasa dirinya menyenangkan (item no.28), merasa memiliki paras yang rupawan (item no.36), merasa bangga atas keberhasilan dalam hidupnya (item no.38), hal ini menunjukkan bahwa subjek tersebut memiliki penilaian diri yang positif, memiliki interaksi yang tidak negatif dengan lingkungan, atau tidak memiliki blokade dan hambatan yang berasal dari lingkungan yang lebih besar. Menurut Martin Seligman (1979; Davidson dkk, 2006) tentang *positive psychology*, individu yang memiliki tingkat *learned helplessness* rendah berpikir secara positif dalam menilai suatu situasi yang dialami dan memiliki rasa optimisme yang tinggi.



Dengan demikian pengguna narkoba dengan *learned helplessness* rendah merasa mampu untuk mengatasi permasalahan yang sedang dihadapinya.

Sedangkan para pengguna narkoba yang memiliki tingkat *learned helplessness* tinggi, meragukan kemampuan yang dimilikinya (item no.1), menganggap dirinya pemalas (item no.6), merasa malu berhadapan dengan orang yang baru dikenalnya (item no.11), merasa bersalah atas kegagalan dalam hidupnya (item no.12), merasa narkoba membuatnya tidak berdaya (item no.21), merasa cemas ketika memasuki lingkungan baru (item no.24), merasa tidak memiliki kesempatan kerja yang sama meskipun seorang pengguna narkoba (item no.35). dengan kata lain subjek yang berada pada tingkat *learned helplessness* tinggi memiliki penilaian diri yang negatif, memiliki interaksi yang negatif dengan lingkungan, atau memiliki blokade dan hambatan yang berasal dari lingkungan yang lebih besar dari dirinya sehingga membuatnya merasa tidak berdaya dan sulit untuk menyesuaikan diri dengan lingkungan. Menurut Weiner (dalam Davidson, 2006) individu yang seperti ini termasuk dalam kategori tipe pesimistik, atau dengan kata lain memandang tidak ada kunci untuk penyelesaian masalah yang dihadapi dan menggenalisir permasalahan yang dimilikinya. Dalam penelitian ini pengguna narkoba yang memiliki *learned helplessness* tinggi cenderung merasa lebih pesimis dan merasa tidak berdaya dalam mengatasi permasalahan yang dihadapi dan memilih untuk menggunakan narkoba sebagai bentuk pelarian dari masalahnya.

## **2.Kategorisasi Tingkat Depresi**

Kategorisasi tingkat depresi dibuat untuk menjawab pertanyaan penelitian yang ketiga. Kategorisasi tingkat depresi dibagi kedalam tiga kategori yaitu, tingkat depresi rendah, tingkat depresi sedang, dan tingkat depresi tinggi. Dengan rentang skor minimum sampai maksimum adalah 37 sampai dengan 148. Rentang skor minimum sampai maksimum pada subjek penelitian adalah 49 sampai dengan 137 dengan demikian setiap satuan deviasi standarnya bernilai  $\sigma = 17,35$  dan mean teoritisnya adalah  $\mu = 86,14$ . Untuk lebih jelas dapat dilihat pada tabel 4.4 di bawah ini:

**Tabel 4.4. Rentang skor Tingkat Depresi**

RentangSkor	Kategori
$X < 77,47$	Tingkat Depresi Rendah
$77,47 \leq X < 94,81$	Tingkat Depresi Sedang
$94,81 \leq X$	Tingkat Depresi Tinggi

Dari 285 subjek pengguna narkoba diperoleh hasil bahwa subjek yang memiliki depresi rendah sebanyak 34,39% atau sebanyak 98 orang, subjek yang memiliki depresi sedang sebanyak 33,68% atau 96 orang, dan subjek yang memiliki depresi tinggi sebanyak 31,93% atau sebanyak 91 orang. Untuk selanjutnya kategori subjek yang digunakan untuk pembahasan pada penelitian ini adalah subjek yang masuk ke dalam kategori rendah dan tinggi saja, sedangkan pada ketegori sedang tidak dipergunakan dalam pembahasan. Hal tersebut dilakukan agar hasil pengukuran lebih akurat, karena sebagian subjek yang berada pada kategori depresi sedang, merasa kurang nyaman, atau tidak dapat menentukan sikap dalam menyatakan pendapatnya yang berkaitan dengan tingkat depresi yang dimilikinya pada saat pengisian kuisisioner. Untuk lebih jelas dapat dilihat pada tabel 4.5 berikut ini:

**Tabel 4.5. Rentang skor Tingkat Depresi**

Rentang Skor	Kategori	Jumlah	Persentase
$X < 77,47$	Tingkat Depresi Rendah	98 orang	51,85%
$94,81 \leq X$	Tingkat Depresi Tinggi	91 orang	48,15%
Total		189 orang	100%

Dalam penelitian ini melalui penjabaran tabel 4.5 didapatkan hasil bahwa pengguna narkoba lebih banyak memiliki tingkat depresi rendah. Prihal tersebut dapat dilihat dari beberapa pengguna narkoba yang mengaku jarang atau tidak pernah merasa mengalami kesedihan (item no.1), subjek merasa tidak berarti (item no.10), subjek merasa bersalah

(*guilt*) (item no.15), subjek mengalami gangguan tidur (item no.29), subjek kehilangan rasa nafsu makan (item no.20), subjek kehilangan hasrat seksual (item no.45), dan subjek memiliki keinginan untuk melakukan bunuh diri (item no.7). Hal diatas mengindikasikan bahwa sebagian subjek penelitian jarang merasa mengalami gangguan emosional dan karakteristik depresi lain, menurut Aaron Beck (1987; Davison dkk, 2006) depresi pada subjek penelitian tidak muncul dikarenakan subjek penelitian tidak memiliki sebuah skema negatif atau pandangan negatif, dan penyimpangan kognitif yang dipicu oleh sebuah peristiwa kehidupan yang negatif.

Sedangkan para pengguna narkoba yang memiliki tingkat depresi tinggi mengaku sering atau selalu merasa mengalami kesedihan (item no.1), subjek merasa tidak berarti (item no.10), subjek merasa bersalah (*guilt*) (item no.15), subjek mengalami gangguan tidur (item no.29), subjek kehilangan rasa nafsu makan (item no.20), subjek kehilangan hasrat seksual (item no.45), dan subjek memiliki keinginan untuk melakukan bunuh diri (item no.7). Atau dengan kata lain subjek penelitian yang memiliki tingkat depresi tinggi mengalami perasaan tertekan, gangguan emosional dan karakteristik depresi lain dikarenakan tidak dapat menyelesaikan permasalahan yang dihadapi. Perasaan subjek yang seperti ini mungkin disebabkan pemikiran subjek tersebut yang menyimpang dalam bentuk interpretasi negatif terhadap stimulus yang diterimanya (Aaron Beck, 1967 dalam Davidson, 2006).

### **3. Gambaran *Learned helplessness* Berdasarkan Usia**

Untuk menjawab pertanyaan penelitian yang ke empat, peneliti pertama-tama akan menjelaskan hasil analisis deskriptif dari kategori tingkat *learned helplessness* dan kategori tingkat depresi berdasarkan krostabulasi dengan setiap variabel yang termasuk data penunjang penelitian. Peneliti kemudian akan membahasnya lebih lanjut menggunakan teori dibawah penjelasan analisis deskriptif setiap tabel tersebut. Data penunjang yang pertama adalah usia. Pengguna narkoba yang menjadi subjek penelitian memiliki usia yang bervariasi, sehingga untuk mempermudah analisis dalam penelitian ini rentang usia dikelompokkan menjadi tiga sesuai dengan teori psikologi perkembangan yaitu, usia remaja awal atau

pubertas 11-15 tahun, usia remaja akhir 16-21 tahun, dan usia dewasa awal (*early adulthood*) 21-40 tahun. Dari 203 subjek penelitian diperoleh hasil bahwa subjek yang berusia antara 11-15 tahun dan memiliki *learned helplessness* rendah sebanyak 19 orang atau 18,1%, antara 16-21 tahun sebanyak 84 orang atau 80%, antara 21-40 tahun sebanyak 2 orang atau 1,9%, sedangkan subjek yang berusia antara 11-15 tahun dan memiliki *learned helplessness* tinggi sebanyak 12 orang atau 12,24%, antara 16-21 tahun sebanyak 67 orang atau 68,37%, antara 21-40 tahun sebanyak 19 orang atau 19,39%. Untuk lebih jelas dapat dilihat pada tabel 4.6 di bawah ini:

**Tabel 4.6. *Learned helplessness* Berdasarkan Usia Crosstabulation**

Kategori <i>Learned Helplessness</i>	Usia						Total	
	11-15 tahun		16-21 tahun		21-40 tahun		Jumlah	%
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%		
Rendah	19	61,30%	84	55,63%	2	9,5%	105	51,7%
Tinggi	12	38,70%	67	44,37%	19	90,5%	98	48,3%
Total	31	100%	151	100%	21	100%	203	100%

Berdasarkan hasil krostabulasi *learned helplessness* dengan usia pada tabel 4.6, didapatkan hasil bahwa penyebaran frekuensi subjek berdasarkan usia tidak merata, dengan penyebaran frekuensi tingkat *learned helplessness* tinggi terbesar berada pada rentang usia 21-40 tahun. Pada rentang usia 11-15 tahun dan 16-21 tahun penyebaran frekuensi subjek lebih banyak berada dalam kategori tingkat *learned helplessness* rendah. Hal ini ditunjukkan dengan banyaknya subjek penelitian yang berada dalam rentang usia 11-15 tahun dan 16-21 tahun yang merasa memiliki kesempatan kerja yang sama meskipun seorang pengguna narkoba (item no.5), merasa yakin memiliki teman yang dapat mengerti dirinya (item no.17), merasa dirinya menyenangkan (item no.28), merasa kuat walaupun tanpa narkoba (item no.30). Artinya pengguna narkoba berusia remaja yang memiliki *learned helplessness*



rendah merasa optimis dan memiliki pemikiran positif bahwa masalah yang dihadapinya dapat diselesaikan dan tidak membuat dirinya tertekan. Kesimpulan tersebut didukung oleh teori Martin Seligman (1979; Davidson dkk, 2006) tentang *positive psychology*. Dikatakan dalam teori tersebut bahwa penting bagi individu untuk memiliki pemikiran positif dan mempertimbangkan banyak sudut pandang dalam menilai suatu situasi yang dialami, agar tidak memiliki penyimpangan kognitif yang merupakan bagian dari skema terbentuknya *learned helplessness*.

Sedangkan pada rentang usia 21-40 tahun penyebaran jumlah frekuensi subjek lebih banyak berada dalam kategori tingkat *learned helplessness* tinggi, hal tersebut ditandai oleh banyaknya subjek yang memilih pernyataan kuisioner yang menunjukkan tingginya *learned helplessness* yang dimiliki oleh subjek tersebut seperti merasa bodoh karena narkoba (item no.4), merasa malu berhadapan dengan orang yang baru dikenalnya (item no.11), merasa bersalah atas kegagalan dalam hidupnya (item no.12), merasa narkoba membuatnya tidak berdaya (item no.21), merasa cemas ketika memasuki lingkungan baru (item no.24), merasa tidak memiliki kesempatan kerja yang sama meskipun seorang pengguna narkoba (item no.35). Menurut Seligman (dalam Davidson, 2006) individu yang memiliki *learned helplessness* tinggi dan sudah dewasa atau berusia lanjut seringkali memiliki *Permanence*, yaitu *belief* yang salah yang menganggap kejadian masa lalu adalah permanen atau tidak bisa berubah. karena *belief* salah ini orang tersebut cenderung berhenti berusaha karena merasa tidak ada gunanya dan cenderung mudah depresi atau putus asa.

#### **4. Gambaran *Learned helplessness* Berdasarkan Jenis Kelamin**

Gambaran *learned helplessness* berdasarkan jenis kelamin subjek penelitian dibagi menjadi dua yaitu perempuan dan laki-laki. Dari 203 subjek penelitian diperoleh hasil bahwa subjek yang berjenis kelamin perempuan dan memiliki *learned helplessness* rendah sebanyak 35 orang atau 48,6%, sedangkan subjek berjenis kelamin laki-laki dan memiliki *learned helplessness* rendah sebanyak 70 orang atau 53,4%. Jumlah subjek yang berjenis kelamin perempuan dan memiliki *learned helplessness* tinggi sebanyak 37 orang atau 51,4%,

sedangkan subjek berjenis kelamin laki-laki dan memiliki *learned helplessness* tinggi sebanyak 61 orang atau 46,6%. Untuk lebih jelas dapat dilihat pada tabel 4.7 berikut ini:

**Tabel 4.7. *Learned helplessness* Berdasarkan Jenis Kelamin**

Kategori <i>Learned Helplessness</i>	Jenis Kelamin				Total	
	Perempuan		Laki-laki		Jumlah	%
	Jumlah	%	Jumlah	%		
Rendah	35	48,6%	70	53,4%	105	51,7%
Tinggi	37	51,4%	61	46,6%	98	48,3%
Total	72	100%	131	100%	203	100%

Berdasarkan hasil krostabulasi *learned helplessness* dengan jenis kelamin pada tabel 4.7, Pengguna narkoba berjenis kelamin perempuan didapatkan hasil penyebaran frekuensi terbesar yaitu sebanyak 37 (51,4%) subjek berada pada kategori *learned helplessness* tinggi, subjek dengan *learned helplessness* tinggi tersebut menyatakan ragu dengan kemampuan yang dimiliki (item no.1), menganggap dirinya pemalas (item no.6), merasa malu berhadapan dengan orang yang baru dikenalnya (item no.11), merasa bersalah atas kegagalan dalam hidupnya (item no.12), merasa narkoba membuatnya tidak berdaya (item no.21), merasa cemas tidak memiliki teman yang mengerti dirinya (item no.22), merasa cemas ketika memasuki lingkungan baru (item no.24). Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa subjek berjenis kelamin perempuan pengguna narkoba mengembangkan rasa tidak berdaya yang disebabkan oleh pengaruh relasi sosial yang negatif dan tidak mendapatkan dukungan yang dibutuhkan dari lingkungan sekitarnya. Menurut Harvey A. Tilker (1975) pada umumnya terdapat perbedaan sifat kepribadian tertentu yang dianggap khas milik perempuan oleh masyarakat umum. Semua sifat khas perempuan tersebut dipelajari oleh individu melalui pembelajaran peran gender oleh orang tua, tanpa disadari sifat tersebut ternyata membuat kaum perempuan mengembangkan rasa tidak berdaya lebih baik daripada laki-laki. Sifat-sifat yang dianggap khas perempuan misalnya lemah lembut, peka terhadap perasaan orang lain,

sangat memperhatikan penampilan, mudah menangis, tergantung atau kurang mandiri, dan memiliki kebutuhan rasa aman yang besar.

Sedangkan pada pengguna narkoba berjenis kelamin laki-laki penyebaran frekuensi subjek terbesar yaitu sebanyak 70 (53,4%) berada pada kategori *learned helplessness* rendah. Hal ini ditunjukkan dengan hampir semua subjek laki-laki memilih pernyataan memiliki kesempatan kerja yang sama meskipun seorang pengguna narkoba (item no.5), merasa yakin memiliki teman yang dapat mengerti dirinya (item no.17), merasa memiliki bakat untuk melakukan apapun yang diinginkan (item no.40). Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa subjek berjenis kelamin laki-laki pengguna narkoba lebih memiliki keyakinan terhadap kemampuan dirinya, merasa dapat mengatasi permasalahan yang dialaminya, dan tidak mengembangkan perasaan tidak berdaya walaupun menggunakan narkoba. Menurut Harvey A. Tilker (1975) laki-laki tidak mengembangkan perasaan tidak berdaya dikarenakan pembelajaran sifat-sifat khas laki-laki seperti laki-laki harus kuat, melindungi, dan bertanggung jawab.

#### 5. Gambaran *Learned helplessness* Berdasarkan Tingkat Pendidikan Terakhir

Karakteristik subjek selanjutnya yang ditabulasi silang dengan kategori *learned helplessness* adalah tingkat pendidikan terakhir. tingkat pendidikan terakhir yang menjadi fokus dalam penelitian ini ada lima, yaitu SD, SMP, SMA, D3, dan Strata 1 (S1). Untuk melihat secara detail, dapat dilihat pada tabel 4.8 berikut ini:

**Tabel 4.8. *Learned helplessness* Berdasarkan Tingkat Pendidikan Terakhir**

Kategori <i>Learned Helplessness</i>	Pendidikan Terakhir					Total	
	SD	SMP	SMA	D3	S1	Jumlah	%
	Jumlah %	Jumlah %	Jumlah %	Jumlah %	Jumlah %	Jumlah	%
Rendah	0 (0%)	2 (66,7%)	74 (52,5%)	14 (51,9%)	15 (46,9%)	105	51,7%
Tinggi	0 (0%)	1 (33,3%)	67 (47,5%)	13 (48,1%)	17 (53,1%)	98	48,3%
Total	0 (100%)	3 (100%)	141 (100%)	27 (100%)	32 (100%)	203	100 %

Berdasarkan hasil krostabulasi *learned helplessness* dengan tingkat pendidikan terakhir pada tabel 4.8, didapatkan hasil bahwa pengguna narkoba yang memiliki jenjang pendidikan terakhir SMA memiliki jumlah populasi terbanyak sebagai subjek penelitian yaitu sebanyak 141 (73,8%). Dari jumlah tersebut sebanyak 67 (47,5%) memiliki tingkat *learned helplessness* tinggi, sedangkan sebanyak 74 (52,5%) subjek lainnya memiliki tingkat *learned helplessness* rendah.

Temuan lain dari hasil analisis penelitian adalah subjek yang memiliki jenjang pendidikan terakhir SMP, SMA, dan D3 memiliki jumlah populasi penyebaran subjek terbanyak pada kategori tingkat *learned helplessness* rendah, Hal ini ditunjukkan dengan hampir semua subjek memilih pernyataan memiliki kesempatan kerja yang sama meskipun seorang pengguna narkoba (item no.5), merasa yakin memiliki teman yang dapat mengerti dirinya (item no.17), merasa memiliki bakat untuk melakukan apapun yang diinginkan (item no.40). Menurut peneliti para subjek dengan *learned helplessness* rendah dan memiliki jenjang pendidikan yang tidak terlalu tinggi tidak berpikir terlalu mendalam (*ruminat*) tentang perilaku menggunakan narkoba dan dampak negatif yang ditimbulkan, sehingga mereka merasa mampu untuk mengatasi permasalahan yang dihadapinya dan tidak mengembangkan perasaan tidak berdaya.

Sedangkan pada subjek yang memiliki jenjang pendidikan terakhir S1 jumlah populasi penyebaran subjek terbanyak berada pada tingkat *learned helplessness* tinggi. Para subjek yang memiliki jenjang pendidikan terakhir S1 serta memiliki tingkat *learned helplessness* tinggi menyatakan bahwa sebagai pengguna narkoba merasa tidak diterima oleh masyarakat (item no.3), merasa bersalah atas kegagalan dalam hidupnya (item no.12), merasa sendiri tanpa narkoba (item no.29), merasa tidak memiliki kesempatan kerja yang sama meskipun seorang pengguna narkoba (item no.35). Hal ini mungkin disebabkan pada periode jenjang pendidikan terakhir yang diterima oleh para pengguna narkoba tersebut, subjek sebagai individu mengalami suatu bentuk kegagalan dalam mengendalikan peristiwa negatif atau traumatis, dan mengatribusikan kegagalan tersebut pada dirinya sendiri. Menurut Seligman (dalam Davidson, 2006) individu yang memiliki *learned helplessness* tinggi dan memiliki jenjang pendidikan yang tinggi memiliki kecenderungan untuk



menggeneralisasikan sebuah peristiwa negatif ke seluruh hal dalam kehidupannya, secara teoritis hal ini disebut *Pervasiveness*.

### 6. Gambaran *Learned helplessness* Berdasarkan Pekerjaan Orang Tua

Gambaran *learned helplessness* berdasarkan pekerjaan orang tua subjek penelitian dibagi menjadi tujuh, yaitu pegawai negeri sipil (PNS), pegawai swasta, tentara negara Indonesia (TNI), pedagang, guru, dokter, dan lain-lain. Untuk lebih jelas dapat dilihat pada tabel 4.9 berikut ini:

**Tabel 4.9. *Learned helplessness* Berdasarkan Pekerjaan Orang Tua Crosstabulation**

Kategori	Pekerjaan Orang Tua							Total
	<i>Learned Helplessness</i>							
	PNS	Swasta	TNI	Pedagang	Guru	Dokter	Lain-lain	
	Jumlah %	Jumlah %	Jumlah %	Jumlah %	Jumlah %	Jumlah %	Jumlah %	Jumlah %
Rendah	27 (56,3%)	34 (47,9%)	26 (56,5%)	16 (53,3%)	0 (0%)	2 (25%)	0 (0%)	105 (51,7%)
Tinggi	21 (43,7%)	37 (52,1%)	20 (43,5%)	14 (46,7%)	0 (0%)	6 (75%)	0 (0%)	98 (48,3%)
Total	48 (100%)	71 (100%)	46 (100%)	30 (100%)	0 (0%)	8 (100%)	0 (0%)	203 (100%)

Berdasarkan hasil krostabulasi *learned helplessness* dengan jenis pekerjaan orang tua pada tabel 4.9, didapatkan hasil bahwa subjek pengguna narkoba yang orang tuanya memiliki pekerjaan sebagai dokter dan pegawai swasta memiliki jumlah populasi terbanyak berada pada kategori *learned helplessness* tinggi. Hal tersebut berbeda dengan pengguna narkoba yang orang tuanya memiliki pekerjaan sebagai pedagang, TNI/POLRI, dan PNS yang memiliki jumlah populasi penyebaran subjek terbanyak berada pada kategori *learned helplessness* rendah.

Temuan lain dari hasil penelitian adalah subjek yang orang tuanya memiliki pekerjaan sebagai dokter dan pegawai swasta dan memiliki *learned helplessness* tinggi, menyatakan ragu terhadap kemampuan dirinya (item no.1), menggunakan narkoba ketika sedang cemas atau ada masalah (item no.23), merasa sendiri tanpa narkoba (item no.29). Menurut Solomon (dalam Suharto, 2002) hal ini mungkin disebabkan kurangnya waktu berkualitas yang dihabiskan orang tua dengan anaknya, kurangnya pengawasan orang tua terhadap anak, dan interaksi negatif dengan orang lain. Atau dengan kata lain ketidakberdayaan subjek berasal dari pengalaman negatif dalam interaksi dengan otoritas orang tua yang dianggap menekan atau memaksa.

#### **7. Gambaran *Learned helplessness* Berdasarkan Lama Menggunakan narkoba**

Pengguna narkoba yang menjadi subjek penelitian memiliki usia pertama kali menggunakan narkoba yang bervariasi, dalam penelitian ini rentang usia pertama kali menggunakan narkoba dikelompokkan menjadi empat sesuai dengan teori psikologi perkembangan yaitu, usia 6-11 tahun, usia 12-15 tahun, usia 16-21 tahun, dan usia 21-40 tahun. Dari 203 subjek penelitian diperoleh hasil bahwa subjek yang pertamakali menggunakan narkoba pada usia antara 6-11 tahun dan memiliki *learned helplessness* rendah sebanyak 23 orang atau 53,5%, antara 12-15 tahun sebanyak 68 orang atau 52,7%, antara 16-21 tahun sebanyak 14 orang atau 48,3%, dan antara 21-40 tahun tidak ditemukan populasi subjek atau 0 orang. Sedangkan subjek yang usia pertama kali menggunakan narkoba antara 6-11 tahun dan memiliki *learned helplessness* tinggi sebanyak 20 orang atau 46,5%, antara 12-15 tahun sebanyak 61 orang atau 47,3%, antara 16-21 tahun sebanyak 15 orang atau 51,7%, dan antara 21-40 tahun sebanyak 2 orang atau 100%. Untuk lebih jelas dapat dilihat pada tabel 4.10 berikut ini:

**Tabel 4.10. *Learned helplessness* Berdasarkan Lama Menggunakan Narkoba**  
***Crosstabulation***

Kategori <i>Learned Helplessness</i>	Sejak Kapan Menggunakan Narkoba				Total	
	6-11 tahun Jumlah %	12-15 tahun Jumlah %	16-21 tahun Jumlah %	21-40 tahun Jumlah %	Jumlah	%
Rendah	23 (53,5%)	68 (52,7%)	14 (48,3%)	0 (0%)	105	51,7%
Tinggi	20 (46,5%)	61 (47,3%)	15 (51,7%)	2 (100%)	98	48,3%
Total	43 (100%)	129 (100%)	29 (100%)	2 (100%)	203	100 %

Berdasarkan hasil krostabulasi *learned helplessness* dengan sejak usia berapa pertamakali menggunakan narkoba pada tabel 4.10, didapatkan hasil penyebaran populasi subjek penelitian terbanyak dalam rentang usia 6-11 tahun dan 12-15 tahun berada pada kategori *learned helplessness* rendah, sedangkan pada rentang usia 16-21 dan 21-40 tahun hasil penyebaran populasi subjek penelitian terbanyak berada pada kategori *learned helplessness* tinggi.

Temuan lain dari hasil analisis adalah subjek penelitian yang berada pada rentang usia 16-21 dan 21-40 tahun memiliki kecenderungan untuk memilih pernyataan kuisisioner yang menunjukan tingginya *learned helplessness* yang dimiliki oleh subjek tersebut seperti merasa bodoh karena narkoba (item no.4), merasa malu berhadapan dengan orang yang baru dikenalnya (item no.11), merasa bersalah atas kegagalan dalam hidupnya (item no.12), merasa narkoba membuatnya tidak berdaya (item no.21), merasa cemas ketika memasuki lingkungan baru (item no.24), merasa tidak memiliki kesempatan kerja yang sama meskipun seorang pengguna narkoba (item no.35). Menurut Seligman (dalam Davidson, 2006) individu yang memiliki *learned helplessness* tinggi dan pertamakali menggunakan narkoba pada usia remaja akhir atau dewasa awal telah memiliki *Permanence* pada saat pertama kali menggunakan narkoba. *Permanence* adalah suatu *belief* yang salah yang menganggap kejadian masa lalu adalah permanen atau tidak bisa berubah, oleh sebab itu individu tersebut cenderung untuk berhenti berusaha mengatasi masalah yang dihadapi karena merasa tidak ada gunanya dan cenderung mudah depresi atau putus asa.

Sedangkan bagi subjek yang memiliki *learned helplessness* rendah dan pertamakali menggunakan narkoba pada usia anak-anak dan remaja awal penyimpangan kognitif masih

dapat berubah atau dihilangkan karena terjadi akibat kenakalan remaja atau *jouvenile delinquency*, sehingga subjek tersebut tidak atau belum mengembangkan rasa tidak berdaya pada dirinya.

### 8. Gambaran *Learned helplessness* Berdasarkan Keberadaan Teman Pengguna Narkoba atau Tidak

Gambaran *learned helplessness* berdasarkan status subjek penelitian memiliki teman sesama pengguna narkoba atau tidak dibagi menjadi dua, yaitu ya dan tidak. Dari 203 subjek penelitian diperoleh hasil bahwa subjek yang memiliki teman sesama pengguna narkoba dan memiliki *learned helplessness* rendah sebanyak 85 orang atau 54,8%, sedangkan subjek yang tidak memiliki teman sesama pengguna narkoba dan memiliki *learned helplessness* rendah sebanyak 20 orang atau 41,7%. Selanjutnya jumlah subjek yang memiliki teman sesama pengguna narkoba dan memiliki *learned helplessness* tinggi sebanyak 70 orang atau 45,2%, sedangkan subjek yang tidak memiliki teman sesama pengguna narkoba dan memiliki *learned helplessness* tinggi sebanyak 28 orang atau 58,3%. Untuk lebih jelas dapat dilihat pada tabel 4.11 di bawah ini:

**Tabel 4.11. *Learned helplessness* Berdasarkan Memiliki Teman Pengguna Narkoba atau Tidak Crosstabulation**

Kategori <i>Learned Helplessness</i>	Memiliki Teman Pengguna Narkoba				Total	
	YA		TIDAK		Jumlah	%
	Jumlah	%	Jumlah	%		
Rendah	85	54,8%	20	41,7%	105	51,7%
Tinggi	70	45,2%	28	58,3%	98	48,3%
Total	155	100%	48	100%	203	100%

Berdasarkan hasil krostabulasi *learned helplessness* dengan memiliki teman sesama pengguna narkoba atau tidak pada tabel 4.11, didapatkan hasil bahwa pengguna narkoba yang juga memiliki teman sesama pengguna narkoba memiliki penyebaran populasi terbanyak yang berada pada kategori *learned helplessness* rendah yaitu sebanyak 85 (54,8%), hal ini didukung dengan pemilihan pernyataan seperti masyarakat menerima



pengguna narkoba dengan tangan terbuka (item no.3), subjek yakin memiliki teman yang mengerti dirinya (item no.17), subjek yakin memiliki teman yang baik (item no.19), dari pernyataan diatas dapat disimpulkan subjek penelitian tersebut memiliki sebuah keyakinan bahwa perilaku menggunakan narkoba yang dimilikinya tidak membuatnya dikucilkan dan kehilangan relasi sosial. Menurut Seligman (dalam Davidson ,2006) subjek penelitian dengan *learned helplessness* rendah tidak menyalahkan dirinya sendiri untuk semua permasalahan yang dihadapinya, dan memiliki penghargaan yang tinggi terhadap dirinya.

Sedangkan pengguna narkoba yang tidak memiliki teman sesama pengguna narkoba memiliki penyebaran populasi terbanyak yang berada pada kategori *learned helplessness* tinggi yaitu sebanyak 28 (58,3%), hal ini didukung dengan pemilihan pernyataan seperti subjek khawatir tidak memiliki teman yang mengerti dirinya (item no.22), subjek cemas bila temannya tidak menepati janjinya (item no.27), subjek merasa sendiri tanpa narkoba (item no.29), dan subjek merasa pengguna narkoba hanya memiliki teman sesama pengguna narkoba saja (item no.39). sehingga dapat disimpulkan bahwa pengguna narkoba yang tidak memiliki teman sesama pengguna narkoba dan memiliki *learned helplessness* tinggi merasa cemas dan masyarakat mengucilkannya. Menurut Solomon (dalam Suharto,2002) dalam konteks ini ketidakberdayaan subjek berasal dari pengalaman negative dalam interaksi dengan orang lain atau terdapat hambatan dari lingkungan yang lebih luas seperti masyarakat.

### **9.Gambaran *Learned helplessness* Berdasarkan Sumber Pertamakali Mendapatkan Narkoba**

Gambaran *learned helplessness* berdasarkan dari siapa pertama kali mendapatkan narkoba dibagi menjadi tiga kategori, yaitu teman, pacar, dan saudara. Dari 203 subjek penelitian diperoleh hasil bahwa subjek yang pertama kali mendapatkan narkoba dari teman dan memiliki kategori *learned helplessness* rendah sebanyak 54 orang atau 48,6%, subjek yang pertama kali mendapatkan narkoba dari pacar dan memiliki kategori *learned helplessness* rendah sebanyak 25 orang atau 52,1%, subjek yang pertama kali mendapatkan narkoba dari saudara dan memiliki kategori *learned helplessness* rendah sebanyak 26 orang atau 59,1%, sedangkan subjek yang pertama kali mendapatkan narkoba dari teman dan

memiliki kategori *learned helplessness* tinggi sebanyak 57 orang atau 51,4%, subjek yang pertama kali mendapatkan narkoba dari pacar dan memiliki kategori *learned helplessness* tinggi sebanyak 23 orang atau 47,9%, dan subjek yang pertama kali mendapatkan narkoba dari saudara serta memiliki kategori *learned helplessness* tinggi sebanyak 18 orang atau 40,9%. Untuk lebih jelas dapat dilihat pada tabel 4.12 di bawah ini:

**Tabel 4.12. *Learned helplessness* Berdasarkan Sumber Pertama kali Mendapatkan Narkoba Crosstabulation**

Kategori <i>Learned Helplessness</i>	Dari Siapa Pertama kali Mendapatkan Narkoba						Total	
	Teman		Pacar		Saudara		Jumlah	%
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%		
Rendah	54	48,6%	25	52,1%	26	59,1%	105	51,7%
Tinggi	57	51,4%	23	47,9%	18	40,9%	98	48,3%
Total	111	100%	48	100%	44	100%	203	100%

Berdasarkan hasil krostabulasi *learned helplessness* dengan dari siapa pertama kali mendapatkan narkoba pada tabel 4.12, didapatkan hasil bahwa subjek pengguna narkoba yang pertama kali mendapatkan narkoba dari teman memiliki penyebaran populasi terbanyak yang berada pada kategori *learned helplessness* tinggi yaitu sebanyak 57(51,4%), hal tersebut ditunjukkan dengan pemilihan pernyataan dalam kuisisioner seperti subjek khawatir tidak memiliki teman yang mengerti dirinya (item no.22), subjek cemas bila temannya tidak menepati janjinya (item no.27), subjek merasa sendiri tanpa narkoba (item no.29), subjek merasa pengguna narkoba dikucilkan oleh masyarakat (item no.33), dan subjek merasa pengguna narkoba hanya memiliki teman sesama pengguna narkoba saja (item no.39), Menurut Solomon (dalam Suharto,2002) dalam konteks ini ketidakberdayaan subjek berasal dari pengalaman negative dalam interaksi dengan orang lain atau terdapat hambatan dari lingkungan yang lebih luas seperti masyarakat.

Sedangkan subjek pengguna narkoba yang pertamakali mendapatkan narkoba dari pacar atau saudara memiliki penyebaran populasi terbanyak yang berada pada kategori *learned helplessness* rendah, hal ini didukung oleh pemilihan pernyataan dalam kuisisioner

seperti subjek yakin memiliki teman yang mengerti dirinya (item no.17), subjek merasa dirinya merupakan individu yang rajin karena menggunakan narkoba (item no.32), subjek merasa dirinya kuat walaupun tanpa narkoba (item no.30). Menurut Solomon (dalam Suharto,2002) rasa ketidakberdayaan subjek tidak berkembang dikarenakan lingkungan subjek tidak memberikan suatu penilaian negatif atau hambatan, walaupun subjek merupakan seorang pengguna narkoba.

#### **10.Gambaran *Learned helplessness* Berdasarkan Dengan Siapa Pertamakali Menggunakan Narkoba**

Gambaran *learned helplessness* berdasarkan dengan siapa pertama kali menggunakan narkoba dibagi menjadi tiga kategori, yaitu teman, pacar, dan saudara. Dari 203 subjek penelitian diperoleh hasil bahwa subjek yang pertama kali menggunakan narkoba dengan teman dan memiliki kategori *learned helplessness* rendah sebanyak 56 orang atau 52,8%, subjek yang pertama kali menggunakan narkoba dengan pacar dan memiliki kategori *learned helplessness* rendah sebanyak 18 orang atau 39,1%, subjek yang pertama kali menggunakan narkoba dengan saudara dan memiliki kategori *learned helplessness* rendah sebanyak 31 orang atau 60,8%, sedangkan subjek yang pertama kali menggunakan narkoba dengan teman dan memiliki kategori *learned helplessness* tinggi sebanyak 50 orang atau 47,2%, subjek yang pertama kali menggunakan narkoba dengan pacar dan memiliki kategori *learned helplessness* tinggi sebanyak 28 orang atau 60,9%, dan subjek yang pertama kali menggunakan narkoba dengan saudara serta memiliki kategori *learned helplessness* tinggi sebanyak 20 orang atau 39,2%. Untuk lebih jelas dapat dilihat pada tabel 4.13 di bawah ini:

**Tabel 4.13. *Learned helplessness* Berdasarkan Dengan Siapa Pertamakali Menggunakan Narkoba *Crosstabulation***

Kategori <i>Learned Helplessness</i>	Dengan Siapa Pertama kali Menggunakan Narkoba						Total	
	Teman		Pacar		Saudara		Jumlah	%
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%		
Rendah	56	52,8%	18	39,1%	31	60,8%	105	51,7%
Tinggi	50	47,2%	28	60,9%	20	39,2%	98	48,3%
Total	106	100%	46	100%	51	100%	203	100%

Berdasarkan hasil krostabulasi *learned helplessness* dan dengan siapa pertamakali menggunakan narkoba pada tabel 4.13, didapatkan hasil bahwa subjek pengguna narkoba yang pertamakali menggunakan narkoba dengan pacar memiliki penyebaran populasi terbanyak yang berada pada kategori *learned helplessness* tinggi yaitu sebanyak 28(60,9%), hal tersebut ditunjukkan dengan pemilihan pernyataan dalam kuisisioner seperti subjek merasa narkoba membuatnya bodoh (item no.4), tanpa narkoba subjek merasa malu mengutarakan pendapatnya (item no.20), narkoba membuat subjek tidak berdaya (item no.21), subjek merasa sendiri tanpa narkoba (item no.29). Menurut penulis dalam hal ini *learned helplessness* disebabkan oleh suatu bentuk penilaian diri negatif yang didapatkan subjek melalui penggunaan narkoba. Menurut Seligman (dalam Davidson ,2006) subjek penelitian dengan *learned helplessness* tinggi tersebut memiliki kecenderungan menyalahkan dirinya sendiri untuk semua permasalahan yang dihadapinya, dan memiliki rasa rendah diri biasanya disebut *Personalization*.

Sedangkan subjek pengguna narkoba yang pertamakali menggunakan narkoba dengan teman sebanyak 56(52,8%), dan saudara sebanyak 31(60,8%) memiliki penyebaran populasi terbanyak yang berada pada kategori *learned helplessness* rendah. Hal tersebut ditunjukkan dengan pemilihan pernyataan dalam kuisisioner seperti ketika menggunakan narkoba subjek berani berhadapan dengan orang yang baru dikenal (item no.11), dan subjek merasa dirinya kuat walaupun tanpa narkoba (item no.30). Menurut Seligman (dalam Davidson,2006) subjek dalam hal ini tidak mengembangkan rasa tidak berdaya karena



subjek tidak memberikan penjelasan atas perilaku menggunakan narkoba yang dimilikinya secara secara negatif.

### **11. Gambaran *Learned helplessness* Berdasarkan Memiliki Riwayat Perceraian Orang Tua atau Tidak**

Gambaran *learned helplessness* berdasarkan pengalaman subjek penelitian memiliki riwayat perceraian orang tua atau tidak dibagi menjadi dua, yaitu ya dan tidak. Dari 203 subjek penelitian diperoleh hasil bahwa subjek yang memiliki riwayat perceraian orang tua dan memiliki *learned helplessness* rendah sebanyak 39 orang atau 49,4%, sedangkan subjek yang tidak memiliki riwayat perceraian orang tua dan memiliki *learned helplessness* rendah sebanyak 66 orang atau 53,2%. Selanjutnya jumlah subjek yang memiliki riwayat perceraian orang tua dan memiliki *learned helplessness* tinggi sebanyak 40 orang atau 50,6%, sedangkan subjek yang tidak memiliki riwayat perceraian orang tua dan memiliki *learned helplessness* tinggi sebanyak 58 orang atau 46,8%. Untuk lebih jelas dapat dilihat pada tabel 4.14 di bawah ini :

**Tabel 4.14. *Learned helplessness* Berdasarkan Memiliki Riwayat Perceraian**

#### **Orang Tua atau Tidak Crosstabulation**

Kategori <i>Learned Helplessness</i>	Memiliki Riwayat Perceraian Orang Tua				Total	
	Ya		Tidak		Jumlah	%
	Jumlah	%	Jumlah	%		
Rendah	39	49,4%	66	53,2%	105	51,7%
Tinggi	40	50,6%	58	46,8%	98	48,3%
Total	79	100%	124	100%	203	100%

Berdasarkan hasil krostabulasi *learned helplessness* dengan memiliki riwayat perceraian orang tua atau tidak pada tabel 4.14, didapatkan hasil bahwa pengguna narkoba yang juga memiliki riwayat perceraian orang tua yaitu sebanyak 40(50,6%) memiliki penyebaran populasi terbanyak yang berada pada kategori *learned helplessness* yang tinggi, hal tersebut ditunjukkan dengan pernyataan ragu terhadap kemampuan dirinya (item no.1), menggunakan narkoba ketika sedang cemas atau ada masalah (item no.23), merasa sendiri

tanpa narkoba (item no.29). Menurut Solomon (dalam Suharto, 2002) hal ini mungkin disebabkan kurangnya waktu berkualitas yang dihabiskan orang tua dengan anaknya, kurangnya pengawasan orang tua terhadap anak, dan interaksi negative dengan orang lain. Atau dengan kata lain ketidakberdayaan subjek berasal dari pengalaman negative dalam interaksi dengan orang tua.

Sedangkan pengguna narkoba yang tidak memiliki riwayat perceraian orang tua yaitu sebanyak 66(53,2%) memiliki penyebaran populasi terbanyak yang berada pada kategori *learned helplessness* yang rendah, hal tersebut ditunjukkan dengan pernyataan subjek tidak peduli walaupun dimarahi didepan umum (item no.14), subjek merasa yakin dengan kemampuan yang dimilikinya (item no.26), subjek merasa memiliki bakat untuk melakukan apapun yang diinginkannya (item no.40). Menurut peneliti rasa ketidakberdayaan subjek tidak berkembang dikarenakan hubungan atau interaksi subjek dengan orang tuanya positif. Menurut Solomon (dalam Suharto, 2002) rasa ketidakberdayaan subjek tidak berkembang dikarenakan cukupnya waktu berkualitas yang dihabiskan orang tua dengan anaknya, ketatnya pengawasan orang tua terhadap anak, dan interaksi positif dengan orang lain.

## **12. Gambaran *Learned helplessness* Berdasarkan Pernah Berhenti Menggunakan Narkoba atau Tidak**

Gambaran *learned helplessness* berdasarkan pengalaman subjek penelitian pernah berhenti menggunakan narkoba atau tidak dibagi menjadi dua, yaitu ya dan tidak. Dari 203 subjek penelitian diperoleh hasil bahwa subjek yang pernah berhenti menggunakan narkoba dan memiliki *learned helplessness* rendah sebanyak 44 orang atau 53,7%, sedangkan subjek yang tidak pernah berhenti menggunakan narkoba dan memiliki *learned helplessness* rendah sebanyak 61 orang atau 50,4%. Selanjutnya jumlah subjek yang pernah berhenti menggunakan narkoba dan memiliki *learned helplessness* tinggi sebanyak 38 orang atau 46,3%, sedangkan subjek yang tidak pernah berhenti menggunakan narkoba dan memiliki *learned helplessness* tinggi sebanyak 60 orang atau 49,6%. Untuk lebih jelas dapat dilihat pada tabel 4.15 di bawah ini:

**Tabel 4.15. *Learned helplessness* Berdasarkan Pernah Berhenti Menggunakan Narkoba atau Tidak *Crosstabulation***

Kategori <i>Learned Helplessness</i>	Pernah Berhenti Menggunakan Narkoba				Total	
	Ya		Tidak		Jumlah	%
	Jumlah	%	Jumlah	%		
Rendah	44	53,7%	61	50,4%	105	51,7%
Tinggi	38	46,3%	60	49,6%	98	48,3%
Total	72	100%	131	100%	203	100%

Berdasarkan hasil krostabulasi *learned helplessness* dengan memiliki riwayat pernah berhenti menggunakan narkoba atau tidak pada tabel 4.15, didapatkan hasil bahwa pengguna narkoba yang pernah berhenti menggunakan narkoba sebanyak 44(53,7%) subjek dan yang tidak pernah berhenti menggunakan narkoba yaitu sebanyak 61(50,4%) subjek memiliki penyebaran populasi terbanyak yang berada pada kategori kategori *learned helplessness* yang rendah.

Hal tersebut ditunjukkan dengan pernyataan subjek pengguna narkoba yang merasa yakin dengan kemampuan yang dimilikinya (item no.26), subjek merasa dirinya menyenangkan (item no.28), merasa kuat walaupun tanpa narkoba (item no.30), subjek merasa memiliki bakat untuk melakukan apapun yang diinginkannya (item no.40 ). Dari data tersebut dapat disimpulkan pernah atau tidaknya individu pengguna narkoba berhenti menggunakan narkoba, tidak mempengaruhi subjek tersebut untuk memiliki penilaian diri yang negatif dan mengembangkan *learned helplessness*. Menurut Martin Seligman (1979; Davidson dkk, 2006) tentang *positive psychology*, individu yang memiliki tingkat *learned helplessness* rendah berpikir secara positif dalam menilai suatu situasi yang dialami dan memiliki rasa optimisme yang tinggi.

### **13. Gambaran Tingkat Depresi Berdasarkan Usia**

Pengguna narkoba yang menjadi subjek penelitian memiliki usia yang bervariasi, dalam penelitian ini rentang usia dikelompokkan menjadi tiga yaitu, usia 11-15 tahun, usia 16-21 tahun, dan usia 21-40 tahun. Dari 189 subjek penelitian diperoleh hasil bahwa subjek yang berusia antara 11-15 tahun dan memiliki tingkat depresi rendah sebanyak 19 orang atau

67,9%, antara 16-21 tahun sebanyak 61 orang atau 42,7%, antara 21-40 tahun sebanyak 13 orang atau 72,2%, sedangkan subjek yang berusia antara 11-15 tahun dan memiliki tingkat depresi tinggi sebanyak 9 orang atau 32,1%, antara 16-21 tahun sebanyak 82 orang atau 57,3%, antara 21-40 tahun sebanyak 5 orang atau 27,8%. Untuk lebih jelas dapat dilihat pada tabel 4.16 di bawah ini:

**Tabel 4.16. Tingkat Depresi Berdasarkan Usia Crosstabulation**

Kategori Tingkat Depresi	Usia						Total	
	11-15 tahun		16-21 tahun		21-40 tahun		Jumlah	%
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%		
Rendah	19	67,9%	61	42,7%	13	72,2%	93	49,2%
Tinggi	9	32,1%	82	57,3%	5	27,8%	96	50,8%
Total	28	100%	143	100%	18	100%	189	100%

Berdasarkan hasil krostabulasi tingkat depresi dengan usia pada tabel 4.16, didapatkan hasil bahwa sebanyak 19(67,9%) subjek pada rentang usia 11-15 atau usia anak-anak sampai periode awal remaja memiliki penyebaran populasi terbanyak yang berada pada kategori tingkat depresi yang rendah, hal tersebut serupa dengan subjek pada rentang usia 21-40 yaitu sebanyak 13(72,2%), dimana hal tersebut ditunjukkan melalui pemilihan kategori jarang atau tidak pernah pada pernyataan kuisisioner seperti saya merasa sedih (item no.1), saya merasa tertekan menjalani hidup (item no.3), saya ingin bunuh diri (item no.7), saya senang berhubungan seksual dengan pasangan saya (item no.18), nafsu makan saya bertambah (item no.20), dan selama dua minggu terakhir saya merasa sedih (item no.42). Menurut Seligman (dalam Santrock, 2003) tingkat depresi yang dialami remaja tidak muncul dikarenakan tidak meningkatnya perasaan tertekan terhadap diri sendiri, kemandirian, individualisme, serta adanya peningkatan hubungan dengan orang lain, keluarga, dan agama.

Sedangkan pada rentang usia 21-40 menurut May (dalam santrock,2003) tidak munculnya depresi dikarenakan kepribadian yang lebih menetap dan tingkat kedewasaan subjek yang lebih matang membuat subjek lebih bisa menerima perbedaan antara *ideal self* dengan *real self* yang dimilikinya.



Namun hal berbeda ditunjukkan oleh subjek pada rentang usia 16-21 tahun yaitu sebanyak 82 (57,3%), pada rentang usia ini memiliki penyebaran populasi terbanyak yang berada pada kategori tingkat depresi yang tinggi. Hal ini ditunjukkan melalui pemilihan kategori sering atau selalu pada pernyataan kuisioner seperti saya merasa tertekan menjalani hidup (item no.3), saya menyalahkan diri sendiri bila mengalami kegagalan (item no.21), saya malas berhubungan seksual dengan pasangan saya (item no.45), nafsu makan saya bertambah (item no.20), saya merasa sulit tidur (item no.29), dan selama dua minggu terakhir saya merasa sedih (item no.42). Menurut pendapat Beck (dalam Santrock, 2003), subjek penderita depresi mempunyai skema negatif. Skema adalah sebagai suatu bentuk struktur kognitif yang merupakan konseptualisasi pada respon terhadap keadaan lingkungan berdasarkan pengalamannya. Konsep individu tersebut tersusun dari pengalaman, dari penilaian orang lain, dan dari identifikasi terhadap figur kunci seperti orangtua, saudara, atau teman. Respon afektif ditentukan oleh bagaimana cara individu memandang pengalamannya, bila konsep individu terhadap suatu situasi tidak menyenangkan, maka individu tersebut akan mengalami respon afektif yang tidak menyenangkan sesuai dengan pemikirannya.

#### **14. Gambaran Tingkat Depresi Berdasarkan Jenis Kelamin**

Gambaran tingkat depresi berdasarkan jenis kelamin subjek penelitian dibagi menjadi dua yaitu perempuan dan laki-laki. Dari 189 subjek penelitian diperoleh hasil bahwa subjek yang berjenis kelamin perempuan dan memiliki tingkat depresi rendah sebanyak 33 orang atau 48,5%, sedangkan subjek berjenis kelamin laki-laki dan memiliki tingkat depresi rendah sebanyak 60 orang atau 49,6%. Jumlah subjek yang berjenis kelamin perempuan dan memiliki tingkat depresi tinggi sebanyak 35 orang atau 51,5%, sedangkan subjek berjenis kelamin laki-laki dan memiliki tingkat depresi tinggi sebanyak 61 orang atau 50,4%. Untuk lebih jelas dapat dilihat pada tabel 4.17 berikut ini :

**Tabel 4.17. Tingkat Depresi Berdasarkan Jenis Kelamin Crosstabulation**

Kategori Tingkat Depresi	Jenis Kelamin				Total	
	Perempuan		Laki-laki		Jumlah	%
	Jumlah	%	Jumlah	%		
Rendah	33	48,5%	60	49,6%	93	49,2%
Tinggi	35	51,5%	61	50,4%	96	50,8%
Total	68	100%	121	100%	189	100%

Berdasarkan hasil krostabulasi tingkat depresi dengan jenis kelamin pada tabel 4.17, didapatkan hasil bahwa pengguna narkoba berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 35(51,5%) maupun laki-laki yaitu sebanyak 61(50,4%) memiliki penyebaran populasi terbanyak yang berada pada kategori tingkat depresi tinggi. Hal ini ditunjukkan melalui pemilihan kategori sering atau selalu pada pernyataan kuisioner seperti saya merasa sedih (item no.1), saya merasa tertekan menjalani hidup (item no.3), saya menyalahkan diri sendiri bila mengalami kegagalan (item no.21), saya merasa sulit tidur (item no.29), selama dua minggu terakhir saya merasa sedih (item no.42), dan saya malas berhubungan seksual dengan pasangan saya (item no.45). Dari data diatas dapat disimpulkan pengguna narkoba bejenis kelamin perempuan maupun laki-laki dengan tingkat deprisi tinggi merasa tertekan menjalani hidup dikarenakan peran gender yang dipaksakan oleh lingkungan sosial dalam menjalankan kehidupannya.

Melalui perspektif psikoanalisa yang dikemukakan oleh Freud (1917; 2002) yang mengatakan bahwa potensi depresi diciptakan pada awal masa anak. Pada fase oral, kebutuhan seorang anak dapat kurang terpenuhi atau dipenuhi secara berlebihan sehingga menyebabkan perasaan terfiksasi pada tahap ini dan memiliki kebergantungan pada pemenuhan instingtual yang menjadi ciri tahap ini. Apabila kondisi tersebut terbawa kedalam tahap kematangan psikoseksual, individu tersebut dapat memiliki kecenderungan untuk sangat bergantung pada individu lain untuk mempertahankan harga dirinya, dan kondisi tersebut akan berdampak pada rentannya tingkat emosi dan gangguan mood yang dapat menyebabkan depresi.

## 15. Gambaran Tingkat Depresi Berdasarkan Tingkat Pendidikan Terakhir

Karakteristik subjek selanjutnya yang ditabulasi silang dengan kategori tingkat depresi adalah tingkat pendidikan terakhir. tingkat pendidikan terakhir yang menjadi fokus dalam penelitian ini ada lima, yaitu SD, SMP, SMA, D3, dan Strata 1 (S1). Untuk melihat secara detil, dapat dilihat pada tabel 4.18 berikut ini:

**Tabel 4.18. Depresi Berdasarkan Tingkat Pendidikan Terakhir Crosstabulation**

Kategori Tingkat Depresi	Pendidikan Terakhir					Total	
	SD	SMP	SMA	D3	S1	Jumlah	%
Rendah	0 (0%)	3 (100%)	65 (49,2%)	11 (47,8%)	14 (45,2%)	93	49,2 %
Tinggi	0 (0%)	0 (0%)	67 (50,8%)	12 (52,2%)	17 (54,8%)	96	50,8 %
Total	0 (0%)	3 (100%)	132 (100%)	23 (100%)	31 (100%)	189	100 %

Berdasarkan hasil krostabulasi tingkat depresi dengan tingkat pendidikan terakhir pada tabel 4.18, didapatkan hasil bahwa pengguna narkoba yang memiliki jenjang pendidikan terakhir SMA, D3, dan S1 memiliki penyebaran populasi terbanyak yang berada pada kategori tingkat depresi tinggi, hal ini ditunjukkan melalui pemilihan kategori sering atau selalu pada pernyataan kuisisioner seperti saya ingin bunuh diri (item no.7), saya menyesal dilahirkan ke dunia (item no.11), saya menyesal dengan perbuatan saya dimasa lalu (item no.15), saya malas untuk kesekolah,kuliah,atau bekerja (item no.47). Menurut Beck (dalam Santrock, 2003) para subjek yang berasal dari jenjang pendidikan terakhir SMA, D3, dan S1 melakukan interpretasi negatif terhadap stimulus yang diterima sehingga terbentuk karakteristik depresi seperti perasaan bersalah, gangguan mood sedih, kehilangan hasrat seksual, dan perasaan ingin melakukan bunuh diri.

Sedangkan subjek yang memiliki jenjang pendidikan terakhir SMP memiliki penyebaran populasi terbanyak yang berada pada kategori tingkat depresi rendah yaitu sebanyak 3(100%). Hal tersebut ditunjukkan melalui pemilihan kategori jarang atau tidak pernah pada pernyataan kuisisioner seperti saya terbangun ditengah malam dan sulit untuk

tertidur lagi (item no.31), selama dua minggu terakhir saya merasa sedih (item no.42), dan saya malas berhubungan seksual dengan pasangan saya (item no.45). Menurut Beck (dalam Santrock, 2003) hal ini mungkin disebabkan subjek yang memiliki jenjang pendidikan terakhir SD dan SMP tidak melakukan interpretasi negatif terhadap stimulus yang diterimanya.

## 16. Gambaran Tingkat Depresi Berdasarkan Pekerjaan Orang Tua

Gambaran tingkat depresi berdasarkan pekerjaan orang tua subjek penelitian dibagi menjadi tujuh, yaitu pegawai negeri sipil (PNS), pegawai swasta, tentara negara Indonesia (TNI), pedagang, guru, dokter, dan lain-lain. Untuk lebih jelas dapat dilihat pada tabel 4.19 di bawah ini:

**Tabel 4.19. Tingkat Depresi Berdasarkan Pekerjaan Orang Tua Crosstabulation**

Kategori Tingkat Depresi	Pekerjaan Orang Tua						
	PNS Jumlah %	Swasta Jumlah %	TNI Jumlah %	Pedagang Jumlah %	Guru Jumlah %	Dokter Jumlah %	Lain-lain Jumlah %
Rendah	26 (56,5%)	29 (43,3%)	25 (61%)	11 (39,3%)	0 (0%)	2 (28,6%)	0 (0 %)
Tinggi	20 (43,5%)	38 (56,7%)	16 (39%)	17 (60,7%)	0 (0%)	5 (71,4%)	0 (0 %)
Total	46 (100%)	67 (100%)	41 (100%)	28 (100%)	0 (0%)	7 (100%)	0 (0 %)

Berdasarkan hasil krostabulasi tingkat depresi dengan jenis pekerjaan orang tua pada tabel 4.19, didapatkan hasil bahwa subjek pengguna narkoba yang orang tuanya memiliki pekerjaan sebagai pegawai swasta, pedagang, dan dokter memiliki penyebaran populasi terbanyak yang berada pada kategori tingkat depresi tinggi. Hal ini ditunjukkan melalui pemilihan kategori sering atau selalu pada pernyataan kuisioner seperti saya merasa tertekan menjalani hidup (item no.3), hidup saya terasa gagal (item no.9), tidak ada yang menyayangi saya (item no.17), tidak ada yang peduli terhadap apapun yang saya lakukan (item no.19). Menurut perspektif teori interpersonal depresi pada subjek tersebut terbentuk karena kurangnya dukungan sosial terhadap individu. Dukungan sosial memiliki peran yang penting dalam kesehatan mental, namun para individu yang depresi memiliki kecenderungan jaringan sosial yang sedikit atau kecil dan menilai jaringan sosial hanya



memberikan sedikit dukungan, berkurangnya dukungan sosial dapat melemahkan kemampuan individu untuk mengatasi berbagai peristiwa hidup yang negatif dan membuatnya rentan terhadap depresi (Kring, 2006).

Sedangkan subjek yang orang tuanya memiliki pekerjaan sebagai PNS, TNI, guru, atau lain-lain, memiliki penyebaran populasi terbanyak yang berada pada kategori tingkat depresi rendah. Hal tersebut ditunjukkan melalui pemilihan kategori jarang atau tidak pernah pada pernyataan kuisioner seperti saya merasa hidup saya sia-sia (item no.10), apapun yang saya kerjakan salah (item no.13), saya selalu menyalahkan diri sendiri bila mengalami kegagalan (item no.21), saya merasa waktu tidur saya kurang (item no.33), saya malas untuk beribadah (item no.49). Menurut teori psikodinamika, depresi subjek rendah dikarenakan subjek memiliki interaksi dan tingkat keintiman yang baik dengan orang tuanya sehingga subjek tidak merasa kehilangan dari suatu objek atau status seperti kasih sayang dan perhatian (Dacey & Kenny, 1997; Santrock, 2003).

### **17. Gambaran Tingkat Depresi Berdasarkan Sejak Kapan Menggunakan narkoba**

Pengguna narkoba yang menjadi subjek penelitian memiliki usia pertama kali menggunakan narkoba yang bervariasi, dalam penelitian ini rentang usia pertama kali menggunakan narkoba dikelompokkan menjadi empat yaitu, usia 6-11 tahun, usia 12-15 tahun, usia 16-21 tahun, dan usia 21-40 tahun. Dari 189 subjek penelitian diperoleh hasil bahwa subjek yang pertama kali menggunakan narkoba pada usia antara 6-11 tahun dan memiliki tingkat depresi rendah sebanyak 25 orang atau 53,5%, antara 12-15 tahun sebanyak 54 orang atau 52,7%, antara 16-21 tahun sebanyak 12 orang atau 48,3%, dan antara 21-40 tahun sebanyak 2 orang atau 100%. Sedangkan subjek yang usia pertama kali menggunakan narkoba antara 6-11 tahun dan memiliki tingkat depresi tinggi sebanyak 15 orang atau 46,5%, antara 12-15 tahun sebanyak 65 orang atau 47,3%, antara 16-21 tahun sebanyak 16 orang atau 51,7%, dan antara 21-40 tahun sebanyak 0 orang atau 100%. Untuk lebih jelas dapat dilihat pada tabel 4.20 di bawah ini:

**Tabel 4.20. Tingkat Depresi Berdasarkan Sejak Kapan Menggunakan Narkoba**

*Crosstabulation*

Kategori Tingkat Depresi	Sejak Kapan Menggunakan Narkoba				Total	
	6-11 tahun	12-15 tahun	16-21 tahun	21-40 tahun	Jumlah	%
	Jumlah %	Jumlah %	Jumlah %	Jumlah %		
Rendah	25 (53,5%)	54 (52,7%)	12 (48,3%)	2 (100%)	93	49,2 %
Tinggi	15 (46,5%)	65 (47,3%)	16 (51,7%)	0 (0%)	96	50,8 %
Total	40 (100%)	119 (100%)	28 (100%)	2 (100%)	189	100%

Berdasarkan hasil krostabulasi tingkat depresi dengan sejak usia berapa pertama kali menggunakan narkoba pada tabel 4.20, didapatkan hasil bahwa rentang usia pertama kali menggunakan narkoba 6-11 dan rentang usia 21-40 memiliki penyebaran populasi terbanyak yang berada pada kategori tingkat depresi rendah, hal tersebut ditunjukkan melalui pemilihan kategori jarang atau tidak pernah pada pernyataan kuisisioner seperti saya merasa sedih (item no.1), saya merasa tertekan menjalani hidup (item no.3), saya ingin bunuh diri (item no.7). Menurut Santrock (2003) semakin dini usia individu menggunakan narkoba, maka dapat diasumsikan semakin besar pula pengaruh lingkungan terhadap individu tersebut, atau dengan kata lain peristiwa menggunakan narkoba erat kaitannya dengan pengaruh negatif dari lingkungan. Dalam konteks ini depresi tidak muncul karena subjek dalam kehidupannya tidak dihadapkan pada situasi yang tidak menyenangkan, seperti stres atau rasa sakit yang berkepanjangan, dan penggunaan narkoba hanya sebagai bentuk interaksi negatif dengan lingkungan.

Sedangkan pada rentang usia 12-15 dan rentang usia 16-21 memiliki penyebaran populasi terbanyak yang berada pada kategori tingkat depresi yang tinggi, hal ini ditunjukkan melalui pemilihan kategori sering atau selalu pada pernyataan kuisisioner seperti saya ingin bunuh diri (item no.7), saya menyesal dilahirkan ke dunia (item no.11), saya menyesal dengan perbuatan saya dimasa lalu (item no.15). Kemunculan depresi pada subjek dalam hal ini dapat dijelaskan melalui prespektif biologi, hal ini dikarenakan secara biologis kehidupan yang penuh stres memiliki persamaan dengan peristiwa subjek menggunakan narkoba, persamaan tersebut adalah keduanya sama-sama mengaktifkan hormon stres, berefek luas

pada sistem neurotransmitter khususnya *serotonin*, *norepinephrine*, dan *circadian rhythms function*(*CRF*). Pengaktifan hormon stres dalam jangka waktu lama akan mempengaruhi gen, menghasilkan perubahan jangka panjang pada struktur dan kimia di otak dan memunculkan depresi (Durand & Barlow, 2003).

### **18. Gambaran Tingkat Depresi Berdasarkan Memiliki Teman Pengguna Narkoba atau Tidak**

Gambaran tingkat depresi berdasarkan status subjek penelitian memiliki teman sesama pengguna narkoba atau tidak dibagi menjadi dua, yaitu ya dan tidak. Dari 189 subjek penelitian diperoleh hasil bahwa subjek yang memiliki teman sesama pengguna narkoba dan memiliki tingkat depresi rendah sebanyak 75 orang atau 52,4%, sedangkan subjek yang tidak memiliki teman sesama pengguna narkoba dan memiliki tingkat depresi rendah sebanyak 18 orang atau 39,1%. Selanjutnya jumlah subjek yang memiliki teman sesama pengguna narkoba dan memiliki tingkat depresi tinggi sebanyak 68 orang atau 47,6%, sedangkan subjek yang tidak memiliki teman sesama pengguna narkoba dan memiliki tingkat depresi tinggi sebanyak 28 orang atau 60,9%. Untuk lebih jelas dapat dilihat pada tabel 4.21 berikut ini:

**Tabel 4.21. Tingkat Depresi Berdasarkan Memiliki Teman Pengguna Narkoba atau**

#### **Tidak Crosstabulation**

Kategori Tingkat Depresi	Memiliki Teman Pengguna Narkoba				Total	
	YA		TIDAK			
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
Rendah	75	52,4%	18	39,1%	93	49,2%
Tinggi	68	47,6%	28	60,9%	96	50,8%
Total	143	100%	46	100%	189	100%

Berdasarkan hasil krostabulasi tingkat depresi dengan memiliki teman sesama pengguna narkoba atau tidak pada tabel 4.21, didapatkan hasil bahwa pengguna narkoba yang juga memiliki teman sesama pengguna narkoba memiliki penyebaran populasi terbanyak yang berada pada kategori tingkat depresi rendah, hal tersebut ditunjukkan melalui

pemilihan kategori jarang atau tidak pernah pada pernyataan kuisioner seperti tidak ada yang menyayangi saya (item no.17), tidak ada yang peduli terhadap apapun yang saya lakukan (item no.19), saya tidak suka nongkrong dengan teman-teman (item no.24), saya tidak suka bekerja sama dengan orang lain (item no.26). Menurut Vernberg (dalam Santrock, 2003) mungkin depresi pada subjek tidak muncul dikarenakan subjek memiliki hubungan yang dekat dengan sahabatnya, banyak teman, tidak mengalami penolakan dari teman sebaya sehingga dukungan social terpenuhi dan depresi tidak muncul.

Sedangkan pengguna narkoba yang tidak memiliki teman sesama pengguna narkoba memiliki penyebaran populasi terbanyak yang berada pada kategori tingkat depresi tinggi. Hal ini ditunjukkan melalui pemilihan kategori sering atau selalu pada pernyataan kuisioner seperti saya tidak suka nongkrong dengan teman-teman (item no.24), saya tidak suka bekerja sama dengan orang lain (item no.26), saya lebih suka menghabiskan waktu sendirian (item no.28). Menurut Vernberg (dalam Santrock, 2003) Ketiadaan hubungan yang dekat dengan sahabat, sedikitnya teman, dan penolakan dari teman sebaya dapat meningkatkan munculnya depresi pada subjek.

### **19. Gambaran Tingkat Depresi Berdasarkan Dari Siapa Pertama Kali Mendapatkan**

#### **Narkoba**

Gambaran tingkat depresi berdasarkan dari siapa pertama kali mendapatkan narkoba dibagi menjadi tiga kategori, yaitu teman, pacar, dan saudara. Dari 189 subjek penelitian diperoleh hasil bahwa subjek yang pertama kali mendapatkan narkoba dari teman dan memiliki kategori tingkat depresi rendah sebanyak 52 orang atau 50,5%, subjek yang pertama kali mendapatkan narkoba dari pacar dan memiliki kategori tingkat depresi rendah sebanyak 24 orang atau 54,5%, subjek yang pertama kali mendapatkan narkoba dari saudara dan memiliki kategori tingkat depresi rendah sebanyak 17 orang atau 40,5%, sedangkan subjek yang pertama kali mendapatkan narkoba dari teman dan memiliki kategori tingkat depresi tinggi sebanyak 51 orang atau 49,5%, subjek yang pertama kali mendapatkan narkoba dari pacar dan memiliki kategori tingkat depresi tinggi sebanyak 20 orang atau



45,5%, dan subjek yang pertama kali mendapatkan narkoba dari saudara serta memiliki kategori tingkat depresi tinggi sebanyak 25 orang atau 59,5%. Untuk lebih jelas dapat dilihat pada tabel 4.22 di bawah ini:

**Tabel 4.22. Tingkat Depresi Berdasarkan Dari Siapa Pertamakali Mendapatkan**

**Narkoba Crosstabulation**

Kategori Tingkat Depresi	Dari Siapa Pertama kali Mendapatkan Narkoba						Total	
	Teman		Pacar		Saudara		Jumlah	%
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%		
Rendah	52	50,5%	24	54,5%	17	40,5%	93	49,2%
Tinggi	51	49,5%	20	45,5%	25	59,5%	96	50,8%
Total	103	100%	44	100%	42	100%	189	100%

Berdasarkan hasil krostabulasi tingkat depresi dengan dari siapa pertama kali mendapatkan narkoba pada tabel 4.22, didapatkan hasil bahwa subjek pengguna narkoba yang pertama kali mendapatkan narkoba dari teman dan pacar memiliki penyebaran populasi terbanyak yang berada pada kategori tingkat depresi rendah, hal tersebut ditunjukkan melalui pemilihan kategori sering atau selalu pada pernyataan kuisioner seperti saya membutuhkan pasangan dalam hidup (item no.30), saya senang nongkrong dengan teman-teman saya (item no.32), saya senang bekerja dengan orang lain (item no.34), semua orang menyayangi saya (item no.46). Menurut Kring (2006) rendahnya tingkat depresi yang dialami subjek dikarenakan subjek memiliki hubungan yang baik dengan lingkungan sosialnya dan subjek mendapatkan dukungan social yang cukup sehingga tidak mengalami gangguan mood sedih yang berkepanjangan bila memiliki masalah.

Sedangkan subjek pengguna narkoba yang pertama kali mendapatkan narkoba dari saudara memiliki penyebaran populasi terbanyak yang berada pada kategori tingkat depresi tinggi yaitu sebanyak 25(59,5%), hal tersebut ditunjukkan melalui pemilihan kategori sering atau selalu pada pernyataan kuisioner seperti saya merasa tertekan menjalani hidup (item no.3), saya ingin bunuh diri (item no.7), saya tidak suka nongkrong dengan teman-teman (item no.24), saya tidak suka bekerja sama dengan orang lain (item no.26), saya lebih suka menghabiskan waktu sendirian (item no.28). Munculnya depresi dalam hal ini disebabkan

kurangnya dukungan sosial dari lingkungan social subjek, hal tersebut kemungkinan disebabkan oleh fakta bahwa individu yang depresi memicu reaksi negatif dari individu lain dengan cara memberikan stimulus atau *feedback* yang tidak menyenangkan seperti penolakan dan tingkat agresi yang tinggi (Coyne, 1976; Kring, 2006).

## 20. Gambaran Tingkat Depresi Berdasarkan Dengan Siapa Pertama kali Menggunakan Narkoba

Gambaran tingkat depresi berdasarkan dengan siapa pertama kali menggunakan narkoba dibagi menjadi tiga kategori, yaitu teman, pacar, dan saudara. Dari 189 subjek penelitian diperoleh hasil bahwa subjek yang pertama kali menggunakan narkoba dengan teman dan memiliki kategori tingkat depresi rendah sebanyak 49 orang atau 49%, subjek yang pertama kali menggunakan narkoba dengan pacar dan memiliki kategori tingkat depresi rendah sebanyak 22 orang atau 53,7%, subjek yang pertama kali menggunakan narkoba dengan saudara dan memiliki kategori tingkat depresi rendah sebanyak 22 orang atau 45,8%, sedangkan subjek yang pertama kali menggunakan narkoba dengan teman dan memiliki kategori tingkat depresi tinggi sebanyak 51 orang atau 51%, subjek yang pertama kali menggunakan narkoba dengan pacar dan memiliki kategori tingkat depresi tinggi sebanyak 19 orang atau 46,3%, dan subjek yang pertama kali menggunakan narkoba dengan saudara serta memiliki kategori tingkat depresi tinggi sebanyak 26 orang atau 54,2%. Untuk lebih jelas dapat dilihat pada tabel 4.23 berikut ini:

**Tabel 4.23. Tingkat Depresi Berdasarkan Dengan Siapa Pertamakali Menggunakan Narkoba Crosstabulation**

Kategori Tingkat Depresi	Dengan Siapa Pertama kali Menggunakan Narkoba						Total	
	Teman		Pacar		Saudara		Jumlah	%
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%		
Rendah	49	49,0%	22	53,7%	22	45,8%	93	49,2%
Tinggi	51	51,0%	19	46,3%	26	54,2%	96	50,8%
Total	100	100%	41	100%	51	100%	189	100%

Berdasarkan hasil krostabulasi tingkat depresi dan dengan siapa pertama kali menggunakan narkoba pada tabel 4.23, didapatkan hasil bahwa subjek pengguna narkoba yang pertama kali menggunakan narkoba dengan teman dan saudara memiliki penyebaran populasi terbanyak yang berada pada kategori tingkat depresi tinggi yaitu sebanyak 51(51%) dan 26(54,2%), hal tersebut ditunjukkan melalui pemilihan kategori sering atau selalu pada pernyataan kuisisioner seperti saya merasa sedih (item no.1), saya merasa tertekan menjalani hidup (item no.3), saya ingin bunuh diri (item no.7). Menurut Seligman (dalam Santrock, 2003) tingkat depresi tinggi yang dialami subjek muncul dikarenakan meningkatnya perasaan tertekan terhadap diri sendiri, kemandirian, individualisme, rendahnya kualitas hubungan dengan orang lain, keluarga, dan agama.

Sedangkan subjek pengguna narkoba yang pertama kali menggunakan narkoba dengan pacar memiliki penyebaran populasi terbanyak yang berada pada kategori tingkat depresi rendah yaitu sebanyak 22(53,7%), hal tersebut ditunjukkan melalui pemilihan kategori jarang atau tidak pernah pada pernyataan kuisisioner seperti saya merasa sedih (item no.1), tidak ada yang menyayangi saya (item no.17), tidak ada yang peduli terhadap apapun yang saya lakukan (item no.19), saya tidak suka nongkrong dengan teman-teman (item no.24). Menurut Vernberg (dalam Santrock, 2003) mungkin depresi pada subjek tidak muncul dikarenakan subjek memiliki hubungan yang dekat dengan sahabatnya, banyak teman, tidak mengalami penolakan dari teman sebaya sehingga dukungan sosial terpenuhi dan depresi tidak muncul.

## **21. Gambaran Tingkat Depresi Berdasarkan Memiliki Riwayat Perceraian Orang Tua atau Tidak**

Gambaran tingkat depresi berdasarkan pengalaman subjek penelitian memiliki riwayat perceraian orang tua atau tidak dibagi menjadi dua, yaitu ya dan tidak. Dari 189 subjek penelitian diperoleh hasil bahwa subjek yang memiliki riwayat perceraian orang tua dan memiliki tingkat depresi rendah sebanyak 31 orang atau 41,3%, sedangkan subjek yang tidak memiliki riwayat perceraian orang tua dan memiliki tingkat depresi rendah

sebanyak 62 orang atau 54,4%. Selanjutnya jumlah subjek yang memiliki riwayat perceraian orang tua dan memiliki tingkat depresi tinggi sebanyak 44 orang atau 58,7%, sedangkan subjek yang tidak memiliki riwayat perceraian orang tua dan memiliki tingkat depresi tinggi sebanyak 52 orang atau 45,6%. Untuk lebih jelas dapat dilihat pada tabel 4.24 di bawah ini :

**Tabel 4.24. Tingkat Depresi Berdasarkan Memiliki Riwayat Perceraian Orang Tua atau Tidak Crosstabulation**

Kategori Tingkat Depresi	Memiliki Riwayat Perceraian Orang Tua				Total	
	Ya		Tidak		Jumlah	%
	Jumlah	%	Jumlah	%		
Rendah	31	41, 3%	62	54, 4%	93	49, 2%
Tinggi	44	58, 7%	52	45, 6%	96	50, 8%
Total	75	100%	114	100%	189	100%

Berdasarkan hasil krostabulasi tingkat depresi dengan memiliki riwayat perceraian orang tua atau tidak pada tabel 4.24. Didapatkan hasil bahwa pengguna narkoba yang juga memiliki riwayat perceraian orang tua memiliki penyebaran populasi terbanyak yang berada pada kategori tingkat depresi yang tinggi yaitu sebanyak 44(58,7%), hal tersebut ditunjukkan melalui pemilihan kategori sering atau selalu pada pernyataan kuisioner seperti saya merasa tertekan menjalani hidup (item no.3), saya ingin bunuh diri (item no.7), hidup saya terasa gagal (item no.9), tidak ada yang menyayangi saya (item no.17), tidak ada yang peduli terhadap apapun yang saya lakukan (item no.19). Bowlby (dalam Santrock, 2003) menjelaskan bahwa karakteristik depresi yang dimiliki subjek terbentuk akibat ikatan antara ibu dan anak yang tidak memberikan rasa aman, tanpa rasa cinta dan kasih sayang dalam pengasuhan anak, atau kehilangan salah satu orangtua pada masa anak-anak akan menciptakan set kognitif yang negatif, Skema kognitif yang negatif tersebut akan dibawa terus hingga mempengaruhi pengalamannya pada masa kehidupan selanjutnya. Pengalaman-pengalaman baru subjek yang berkaitan dengan kehilangan akan memicu munculnya depresi. Orangtua yang mengalami depresi atau orang yang tidak hadir secara emosional, terlibat dalam konflik perkawinan, dan memiliki masalah ekonomi memunculkan depresi pada anak mereka (Downey & Goyne; Galambos & Sears; Lee & Gotlieb; Lempers & Clark-Lempers dalam Santrock, 2003).



Sedangkan pengguna narkoba yang tidak memiliki riwayat perceraian orang tua memiliki penyebaran populasi terbanyak yang berada pada kategori tingkat depresi yang rendah yaitu sebanyak 62(54,4%), hal tersebut ditunjukkan melalui pemilihan kategori jarang atau tidak pernah pada pernyataan kuisioner seperti saya merasa hidup saya sia-sia (item no.10), apapun yang saya kerjakan salah (item no.13), saya selalu menyalahkan diri sendiri bila mengalami kegagalan (item no.21), saya merasa waktu tidur saya kurang (item no.33), saya malas untuk beribadah (item no.49). Menurut teori psikodinamika, depresi subjek rendah dikarenakan subjek memiliki interaksi dan tingkat keintiman yang baik dengan orang tuanya sehingga subjek tidak merasa kehilangan dari suatu objek atau status seperti kasih sayang dan perhatian (Dacey & Kenny, 1997; Santrock, 2003).

## **22. Gambaran Tingkat Depresi Berdasarkan Pernah Berhenti Menggunakan Narkoba atau Tidak**

Gambaran tingkat depresi berdasarkan pengalaman subjek penelitian pernah berhenti menggunakan narkoba atau tidak dibagi menjadi dua, yaitu ya dan tidak. Dari 189 subjek penelitian diperoleh hasil bahwa subjek yang pernah berhenti menggunakan narkoba dan memiliki tingkat depresi rendah sebanyak 40 orang atau 53,3%, sedangkan subjek yang tidak pernah berhenti menggunakan narkoba dan memiliki tingkat depresi rendah sebanyak 53 orang atau 46,5%. Selanjutnya jumlah subjek yang pernah berhenti menggunakan narkoba dan memiliki tingkat depresi tinggi sebanyak 35 orang atau 46,7%, sedangkan subjek yang tidak pernah berhenti menggunakan narkoba dan memiliki tingkat depresi tinggi sebanyak 61 orang atau 53,5%. Untuk lebih jelas dapat dilihat pada tabel 4.25 di bawah ini :

**Tabel 4.25. Tingkat Depresi Berdasarkan Pernah Berhenti Menggunakan Narkoba atau Tidak Crosstabulation**

Kategori Tingkat Depresi	Pernah Berhenti Menggunakan Narkoba				Total	
	Ya		Tidak		Jumlah	%
	Jumlah	%	Jumlah	%		
Rendah	40	53,3%	53	46,5%	93	49,2%
Tinggi	35	46,7%	61	53,5%	96	50,8%
Total	75	100%	114	100%	189	100%

Berdasarkan hasil krostabulasi tingkat depresi dengan memiliki riwayat pernah berhenti menggunakan narkoba atau tidak pada tabel 4.25, didapatkan hasil bahwa pengguna narkoba yang pernah berhenti menggunakan narkoba memiliki penyebaran populasi terbanyak yang berada pada kategori tingkat depresi yang rendah yaitu sebanyak 40(53,3%), hal tersebut ditunjukkan melalui pemilihan kategori jarang atau tidak pernah pada pernyataan kuisioner seperti saya merasa sedih (item no.1), saya merasa tertekan menjalani hidup (item no.3), saya ingin bunuh diri (item no.7). Menurut May (dalam Davidson, 2006) Terkadang orang tidak menyadari seutuhnya apa yang dialaminya, seperti seseorang memikirkan tentang situasi emosinya melalui keluhan fisik tanpa mengerti atau merasakan kaitan perasaannya yang ditekan dengan keluhan fisik yang dilontarkan. Dalam konteks ini rendahnya tingkat depresi subjek dikarenakan subjek tidak merasa memiliki gangguan emosi dan mood akibat mengalami suatu peristiwa negatif yang traumatis, namun sebagai keluhan fisik.

Sedangkan pengguna narkoba yang tidak pernah berhenti menggunakan narkoba memiliki penyebaran populasi terbanyak yang berada pada kategori tingkat depresi yang tinggi yaitu sebanyak 61(53,5%). Hal ini ditunjukkan melalui pemilihan kategori sering atau selalu pada pernyataan kuisioner seperti saya ingin bunuh diri (item no.7), saya menyesal dilahirkan ke dunia (item no.11), saya menyesal dengan perbuatan saya dimasa lalu (item no.15). Menurut perspektif teori biologis tingginya tingkat depresi subjek adalah dikarenakan gangguan pada proses-proses biologis seperti neurokimia dan neuroendokrin yang diketahui memiliki dampak yang besar terhadap mood, khususnya *serotonin*, *norepinephrine*, dan *circadian rhythms function(CRF)*. Pengaktifan hormon stres dalam

jangka waktu lama akan mempengaruhi gen, menghasilkan perubahan jangka panjang pada struktur dan kimia di otak dan memunculkan depresi (Durand & Barlow, 2003). Proses biologis yang terganggu merupakan bagian rantai kausal jika predisposisi gangguan mood dapat diturunkan secara genetik, hal tersebut memberikan dukungan bahwa gangguan tersebut memiliki basis biologis (Davidson dkk, 2006).

## **F.Simpulan**

Berdasarkan hasil analisis yang telah dijelaskan pada bab sebelumnya, dapat disimpulkan bahwa antara *learned helplessness* dan tingkat depresi pada pengguna narkoba terdapat sebuah hubungan positif lemah dan signifikan. Hal ini dapat diartikan hubungan antara *learned helplessness* dan tingkat depresi pada pengguna narkoba berlaku untuk seluruh anggota populasi penelitian. Walaupun hubungan antara *learned helplessness* dan depresi adalah signifikan, tetapi tingkat korelasinya berada pada taraf positif lemah. Hal ini dapat diartikan bahwa subjek Pengguna narkoba yang memiliki tingkat *learned helplessness* rendah diikuti oleh tingkat depresi yang rendah juga, atau dengan kata lain tingkat *learned helplessness* subjek penelitian selalu berhubungan dengan tingkat depresi yang dimiliki subjek tersebut.

Berdasarkan hasil penelitian gambaran *learned helplessness* yang terjadi pada pengguna narkoba dalam kategorisasi. Subjek yaitu pengguna narkoba yang memiliki *learned helplessness* rendah sebanyak 36,84% atau sebanyak 105 orang, dan subjek yang memiliki *Learned helplessness* tinggi sebanyak 34,39% atau sebanyak 98 orang. Presentase subjek yang memiliki *learned helplessness* rendah lebih banyak dibandingkan dengan subjek yang memiliki *learned helplessness* tinggi. Dalam konteks penelitian ini berarti para pengguna narkoba yang menjadi subjek penelitian memiliki kecenderungan untuk mempelajari rasa berdaya atau *Learned helpfulness* dibanding mempelajari rasa tidak berdaya. Menurut Martin Seligman (1979; Davidson dkk, 2006) tentang *positive psychology*, individu yang memiliki tingkat *learned helplessness* rendah berpikir secara positif dalam menilai suatu situasi yang dialami dan memiliki rasa optimisme yang tinggi.

Dengan demikian pengguna narkoba dengan *learned helplessness* rendah merasa mampu untuk mengatasi permasalahan yang sedang dihadapinya.

Menurut Weiner (dalam Davidson, 2006) individu yang dengan *learned helplessness* tinggi termasuk dalam kategori tipe pesimistik, atau dengan kata lain memandang tidak ada kunci untuk penyelesaian masalah yang dihadapi dan menggeneralisir permasalahan yang dimilikinya. Dalam penelitian ini pengguna narkoba yang memiliki *learned helplessness* tinggi cenderung merasa lebih pesimis dan merasa tidak berdaya dalam mengatasi permasalahan yang dihadapi dan memilih untuk menggunakan narkoba sebagai bentuk pelarian dari masalahnya.

Berdasarkan penelitian maka dapat diperoleh bahwa pengguna narkoba yang pernah berhenti menggunakan narkoba ataupun yang tidak pernah berhenti menggunakan narkoba cenderung untuk memiliki *learned helplessness* yang rendah. Dengan kata lain pernah atau tidaknya individu pengguna narkoba berhenti menggunakan narkoba, tidak menjadikan tingkat *learned helplessness* yang dimiliki pengguna narkoba tersebut menjadi tinggi.

#### DAFTAR PUSTAKA

Azwar, S. (2007). *Penyusunan Skala Psikologi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar

Davidson, Gerald C et all. (2006). *Psikologi Abnormal* Edisi ke-9 (Alih bahasa: Noermalasari Fajar). Jakarta: Rajawali Press

Durand & Barlow. (2003 ). *The Effect of Neurotransmitter and Hormons to The Brain*. Yogyakarta: Jendela

Freud, Sigmund. (2002). *A General Interoduction to Psychology Psychoanalysis Sigmund Freud*. Yogyakarta : Ikon

Internet. 2010. <http://hagemman.wordpress.com/2010/03/08/19-persen-bangsa-kita-pengguna-narkoba>.

Internet.2010.[http://www.bnn.go.id/portalbaru/portal/konten.php?nama=DataKasus&op=in dex\\_data\\_kasus&page=1&mn=3&smn=c](http://www.bnn.go.id/portalbaru/portal/konten.php?nama=DataKasus&op=in dex_data_kasus&page=1&mn=3&smn=c)

Policy. (2011). Pendekatan Pekerja Sosial Dalam Berdaya Rakyat Miskin. 12 Mei

RI. (2009). *Undang Undang Republik Indonesia No. 35 Tentang Narkoba*. (tidak diterbitkan)



Soeharto, Irawan. (2002). *Metode Penelitian Sosial*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya

Sosialmanda. (2011). *Motivasi Pada Siswa*. 12 Mei

Sugiyono. (2007). *Metode Penelitian kuantitatif, kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta

Surya. (2010). *Narkoba dan Beban Ganda Polisi*. 12 Maret

Tomprayitno. (2011). "Learned Helplessness" Penyakit Mental Orang yang Gagal. 12 Mei

Widiyanto, Mikha A. (2009). *Diktat Metodologi Penelitian Kuantitatif*. (tidak diterbitkan)

Yulianto, Aries. (2005). *Diktat Pengantar Psikometri*. (tidak diterbitkan)