

**PENCEGAHAN *RELAPSE* DENGAN TEHNIK *SELF MANAGEMENT*
DALAM *COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY* PADA REMAJA
PENYALAHGUNA NAPZA**

Mia Anita Lestari

Fakultas Psikologi, Universitas Tama jagakarsa – Jakarta Selatan

Jl. TB. Simatupang No.152 Jakarta Selatan, Indonesia

m1afazria@gmail.com

Abstrak:

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Pengaruh *Self Management* dengan tehnik *Cognitive Behavior Therapy* sebagai upaya untuk pencegahan *relapse* pada remaja penyalahguna NAPZA. *Self management* (Cormier, 2009) merupakan seperangkat prosedur yang meliputi *self monitoring*, *reinforcement* yang positif, *self contracting*, dan merupakan keterkaitan antara tehnik *cognitive*, *behavior*, serta *affective* berdasarkan kaidah pendekatan *cognitive behavior therapy*. Penelitian ini, menggunakan metode *single case design* dengan tehnik ABA yaitu subjek berfungsi sebagai / kontrol nya sendiri, daripada menggunakan individu lain / kelompok. A mengacu pada non perlakuan atau fase awal intervensi sedangkan B mengacu pada fase pelaksanaan intervensi yang kemudian dilanjutkan dengan fase tindak lanjut A.. Metode analisa data dengan metode kualitatif (analisis hasil observasi, wawancara dan *self report*) serta dengan metode kuantitatif dengan melakukan analisis *pre – post* intervensi menggunakan *wilcoxon* yang proses perhitungannya dilakukan dengan SPSS 17. Hasil analisis dari penelitian secara kualitatif dapat terlihat dalam kemampuan klien mengendalikan diri saat terjadi *craving*, mampu untuk mengendalikan pemikiran mengenai NAPZA, mampu menolak ajakan teman, mampu mengha dapi situasi yang beresiko tinggi, nyaman dengan kondisi keluarga. Sedangkan berdasarkan hasil analisis secara kuantitatif diperoleh ($2,041 > 0,0202$) artinya di tolak. Hal ini berarti intervensi yang diberikan secara signifikan mampu meningkatkan perilaku yang diharapkan dari diri subyek.

Kata kunci: Relapse, Self Management, CBT, NAPZA

PENDAHULUAN

NAPZA merupakan masalah yang kompleks, sehingga memerlukan upaya penanggulangan secara komperhensif dengan melibatkan kerja sama multidisipliner, multisektor, dan peran serta masyarakat secara aktif. Berdasarkan laporan dunia (UNDOC, 2015) dikutip oleh Badan Narkotika Nasional (BNN), prevelensi penyalahgunaan narkoba di dunia sejak tahun 2006 hingga 2013 mengalami peningkatan (UNODC, 2015). Besaran prevalensi penyalahgunaan di dunia diestimasi sebesar 4,9 pengguna di tahun 2006 kemudian mengalami sedikit penurunan pada tahun 2008 dan 2009 menjadi 4,6 % dan 4,8 %. Namun kemudian meningkat 5,2 % di tahun 2011 dan tetap stabil di tahun 2013. Secara absolut diperkirakan populasi tersebut berkisar umur 15 – 64 tahun minimal sekali dalam setahun di tahun 2013 (UNDOC, 2015). Jumlah penyalahguna NAPZA di

dunia sebesar 200 juta orang (5% dari populasi dunia), 13,7 juta orang (kokain) 15,9 juta orang (opiat) dan 10,6 juta orang (heroin). Sedangkan di Indonesia, penyalahgunaan NAPZA menurut penelitian 15.000 orang setiap tahunnya (atau 40 orang per hari) meninggal akibat penyalahgunaan NAPZA (Badan Narkotika Nasional, dalam kompas.com, Mei 2009). Rentang tahun 2006 - 2007, terdapat 3,2 juta pengguna NAPZA di Indonesia, 1,1 juta diantaranya pelajar dan mahasiswa, dengan komposisi 40% di antaranya pelajar SLTP, 35% pelajar SLTA, 25% mahasiswa. Menurut penelitian Hawari (2006) pada umumnya penyalahguna mulai menggunakan NAPZA usia 13 tahun sampai 17 tahun dan sebagian besar ketergantungan NAPZA remaja berkisar usia 13 tahun sampai 25 tahun (97%) jenis kelamin laki – laki.

NAPZA (Hawari, 2006) merupakan bahan / zat / obat apabila masuk kedalam tubuh manusia akan mempengaruhi tubuh terutama susunan saraf pusat, sehingga menyebabkan gangguan kesehatan fisik, psikis, dan fungsi social. Korban NAPZA sebagian besar kalangan generasi muda, terutama remaja diantaranya adalah pelajar dan mahasiswa. Menurut (Hawari,1999) pengaruh teman sebaya dan mudah tersedianya NAPZA di pasaran, merupakan aktor percentus terjadinya penyalahgunaan NAPZA. Selama ini, *relapse* bagi penyalahguna NAPZA adalah hal yang lazim terjadi. *Relapse* (Lydia, 2006) merupakan kejadian paling akhir dalam rangkaian panjang berupa respons kegagalan beradaptasi (*maladaptive*) terhadap stresor atau stimuli internal dan eksternal. NAPZA terdiri dari beberapa jenis: narkotika, psikotropika dan zat adiktif yang disebut zat psikoaktif. Narkotika adalah zat atau obat yang berasal dari tanaman baik sintesis maupun semi sintesis yang menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa, mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri. Psikotropika merupakan zat atau obat, baik alamiah maupun sintesis bukan narkotika, yang berkhasiat sebagai psikoaktif melalui pengaruh pada susunan saraf pusat menyebabkan perubahan khas pada aktifitas mental. Zat adiktif lainnya adalah bahan / zat yang berpengaruh psikoaktif di luar narkotika dan psikotropika, meliputi: alkohol, inhalasi (gas yang dihirup) dan solven (zat pelarut) tembakau, Gorila, dll.

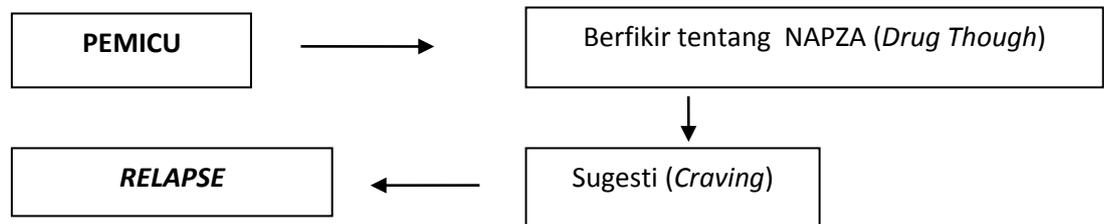
Penggunaan NAPZA secara patologis dalam DSM IV dikelompokkan menjadi dua kategori yaitu penyalahgunaan dan ketergantungan. Ketergantungan NAPZA dalam DSM IV terkait dengan ketergantungan secara psikologis maupun perilaku terhadap suatu zat tertentu yang mencerminkan perubahan fisiologis dalam pusat perilaku di otak. Ketergantungan secara psikologis disebut juga sebagai habituasi yang ditandai dengan adanya kecenderungan zat yang *continue* atau *intermittent* dalam usaha untuk menghindari keadaan *disforia* (Davison & Neale, 2006). Sedangkan penyalahgunaan NAPZA dalam DSM IV didefinisikan sebagai pola pemakaian patologis yang menyebabkan hendaya social atau fungsional yang sedikitnya satu bulan pemakaian. Sehingga penyalahgunaan mengalami masalah seperti gagal memenuhi tanggung jawab dalam pekerjaan dan dapat menyebabkan berbagai bahaya fisik hubungan sosial dan sering mengalami masalah hukum (Davison & Neale, 2006).

Relapse adalah istilah umum di Indonesia oleh Badan Narkotika Nasional (BNN) disepakati sebagai kekambuhan kembali terhadap penyalahgunaan NAPZA. *Relapse* merupakan proses awal untuk menggunakan NAPZA, disaat – saat terakhir dalam urutan panjang respon *maladaptive* menuju percentus internal dan eksternal (dalam Colombo Plan, 2000). *Relapse* merupakan wujud dari perilaku menyimpang atau manifestasi ketidakmampuan individu dalam menjalankan fungsinya dengan baik, yang berlangsung secara progresif. Menurut

Labertus Somar (SADAR *aware and care* tabloid BNN, Agustus 2007) *relapse* bukanlah yang baru dalam ketergantungan NAPZA, proses terjadinya *relapse* sendiri sebenarnya sudah jauh terjadi sebelum pencandu yang sudah pulih tersebut memutuskan untuk kembali menggunakan NAPZA.

Relapse merupakan kenyataan pahit yang harus dihadapi dalam proses pemulihan. Proses terjadinya *relapse* sendiri sebenarnya tidak mungkin terjadi secara instant, namun sudah jauh terjadi sebelum pencandu yang sudah pulih memutuskan untuk kembali menggunakan NAPZA (Gorski & Miller, 1996). Hal ini disebut dengan tanda peringatan *relapse* (*relapse warning sign*). *Relapse* sendiri mempunyai mekanisme yang panjang sebelum adanya penggunaan kembali.

Proses terjadinya relapse adalah :



(Gambar 2.1 Proses terjadinya *relapse* menurut Gorski & Miller, 1996)

Sugesti (*craving*) merupakan tahapan sebelum terjadinya *relapse*. Secara alamiah sugesti (*craving*) adalah paling kuat pada awal pemulihan, ketika tubuh sedang berjuang untuk menyesuaikan diri pada realitas bebas zat. *Relapse* dapat dilihat dari dua hal (Gorski & Miller, 1986) yaitu: penggunaan kembali zat adiktif dan proses yang ditandai oleh munculnya sikap atau tingkah laku yang memiliki kemiripan dengan saat masih menggunakan zat adiktif.

Pencegahan *relapse* (dalam Lydia, 2006) merupakan bagian dari proses pemulihan dan metode untuk mengenal dan mengelola munculnya kembali perilaku adiktif. Oleh karena itu, memberikan terapi *self management* dalam *cognitive behavior therapy* sebagai upaya antisipasi terjadinya *relapse*. *Self management* merupakan teknik untuk mengubah perilaku, pikiran serta perasaan (Dobson 2001). *Self management* (Cormier, 2009) meliputi pemantauan diri (*self monitoring*), *reinforcement* positif (*self reward*), perjanjian dengan diri sendiri (*self contracting*), penguasaan terhadap rangsangan (*stimulus control*) dan merupakan keterkaitan antara teknik *cognitive*, *behavior* serta *affective* dengan susunan sistematis berdasarkan kaidah pendekatan *cognitive behavior therapy*. Menurut Corey (2005), *self management* merupakan tehnik terapi yang tepat untuk peminum dan pengguna NAPZA karena dapat membantu dalam memberikan panduan untuk mengarahkan, mengontrol, mengendalikan perilaku dan membuat rencana yang akan membawa perubahan sesuai dengan kebutuhannya.

Tujuan Penelitian ini untuk mendapatkan gambaran klinis klien penyalahguna NAPZA yang mengikuti program rehabilitasi, memperoleh gambaran hasil penerapan tehnik *self management* pada klien penyalahguna NAPZA yang mengikuti program rehabilitasi. Sehingga diharapkan secara praktis hasil penelitian ini memberikan manfaat dalam upaya pencegahan *relapse* dengan tehnik *self management* pada klien remaja penyalahguna NAPZA yang mengikuti program rehabilitasi.

METODE

Partisipan

Partisipan dalam penelitian ini terdiri dari satu orang dengan kriteria. Adapun kriteria yang akan diambil dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

- a. Kriteria Inklusi :1).Klien yang akan diteliti merupakan klien penyalahguna NAPZA yang mengikuti program rehabilitasi di tempat rehabilitasi.“ Rehabilitasi “ (dalam Lydia, 2006) merupakan suatu rangkaian proses pelayanan yang diberikan kepada pecandu NAPZA, untuk melepaskannya dari ketergantungannya, sampai dapat menikmati kehidupan bebas tanpa NAPZA. 2).Klien telah melewati rawatan intoksikasi dan detoksifikasi. Intoksifikasi dan detoksifikasi adalah bentuk terapi untuk menghilangkan ”racun” (”toksin”) NAPZA dari tubuh pasein penyalahguna dan ketergantungan NAPZA dengan secara total pemakaian atau dengan penurunan dosis obat pengganti (Dadang hawari, 2009). Detoksifikasi bisa dilakukan dengan berobat jalan atau dirawat di rumah sakit. Biasanya proses detoksifikasi dilakukan terus menerus selama satu sampai tiga minggu, hingga hasil tes urin menjadi negatif dari zat adiktif. 3). Klien minimal memiliki taraf inteligensi rata – rata. Taraf intelegensi yang tergolong rata – rata, yaitu berkisar antara 91 - 110 skala *Weschler* dan 90 – 109 pada skala *Binet*. 4). Klien bersedia mengikuti tahapan tehnik *self management*. 5). Klien belum pernah mengikuti tahap pembinaan ataupun terapi *self management* dari *Madani Mental Health Care*, sehingga tidak terjadi tumpang tindih dengan program yang diberikan.
- b. Kriteria eksklusi : Subyek penelitian tidak mengalami dual diagnosis. Subyek Penelitian tidak mengalami dual diagnosa yaitu pengguna NAPZA yang tidak sampai didiagnosa mengalami gangguan jiwa.

Desain Penelitian

Tehnik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan pendekatan tunggal (*single case design*) di mana subjek berfungsi sebagai / control sendiri, daripada menggunakan individu / kelompok lain. Desain ini biasanya digunakan untuk menyelidiki perubahan perilaku sebagai akibat dari perlakuan tertentu. *Single case design* yang digunakan pada penelitian ini yaitu dengan desain ABA. Berikut ini adalah gambaran dari desain ABA :

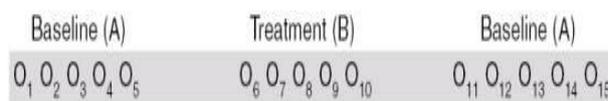


FIGURE 10.10 A-B-A time-series design

(Gambar 3.1 *Single case design A-B-A* Gay & Arisan, 2003)

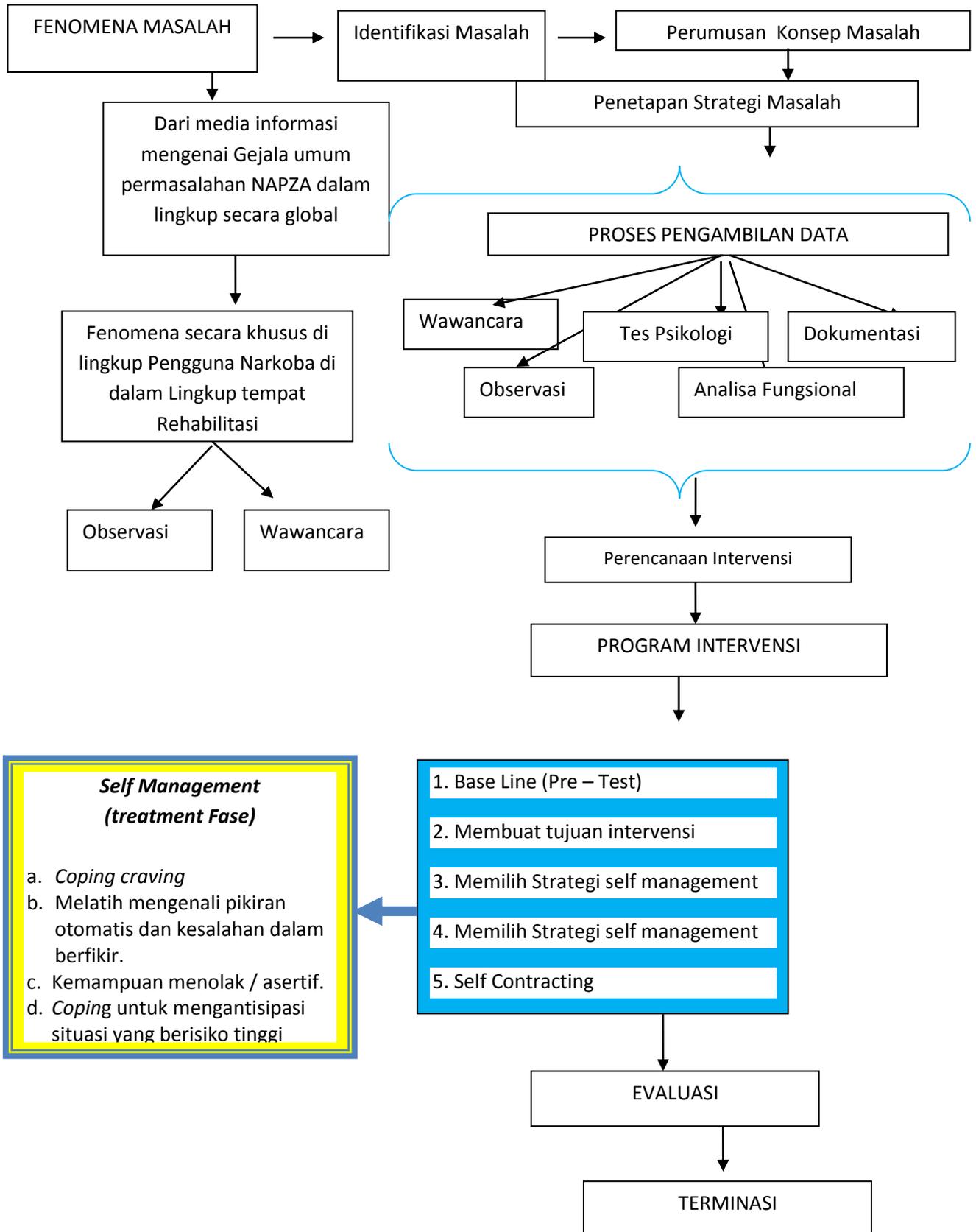
A mengacu pada non perlakuan atau fase awal intervensi sedangkan B mengacu pada fase pelaksanaan intervensi yang kemudian dilanjutkan dengan fase tindak lanjut A. Varian sederhana dari desain penarikan ABA adalah desain AB. Dalam jenis ini, desain sebelum perlakuan fase dimulai sampai perilaku yang bersangkutan menunjukkan stabilitas. Perilaku yang dimaksud, *variable dependen* dalam percobaan, diukur selama kedua fase dan hasilnya untuk dua tahap percobaan untuk dibandingkan.

Tehnik Analisis Data

Setelah data terkumpul, maka peneliti melakukan analisis data dan interpretasi terhadap hasil sesuai dengan prosedur yang berlaku. Setelah itu hasil dari masing - masing kasus dianalisis sehingga pada akhirnya sampai pada kesimpulan. Dalam penelitian ini perubahan terhadap masalah kognisi dan prilaku dianalisis melalui wawancara, observasi dan *self report*. Sedangkan untuk mengetahui intensitas kecenderungan terjadinya *relapse* dianalisis melalui *self report* klien dengan menggunakan lembar kerja catatan mingguan terjadinya *relapse* dan *monitoring* terjadinya *relapse*. Untuk evaluasi pelaksanaan *self management therapy* pada klien penyalahguna NAPZA untuk pencegahan *relapse*, peneliti menggunakan : Skala penilaian pre - test dan post – test, lembar kerja pencegahan *relapse*, Catatan mingguan *craving* dan memonitor pemikiran irasional *craving*.

Untuk pengisian skala penilaian dilakukan oleh dua rater kepada subjek penelitian. Rater pertama adalah peneliti, sedangkan rater kedua adalah konselor pendamping di tempat rehabilitasi . Cara penilaian lembar evaluasi berdasarkan panduan penilaian yang diadaptasi dari Weick menggunakan nilai skala interval dari nilai 1 sampai 5 (dalam Sunberg; Winebarger; Taplin, 2007).

Prosedur Penelitian :



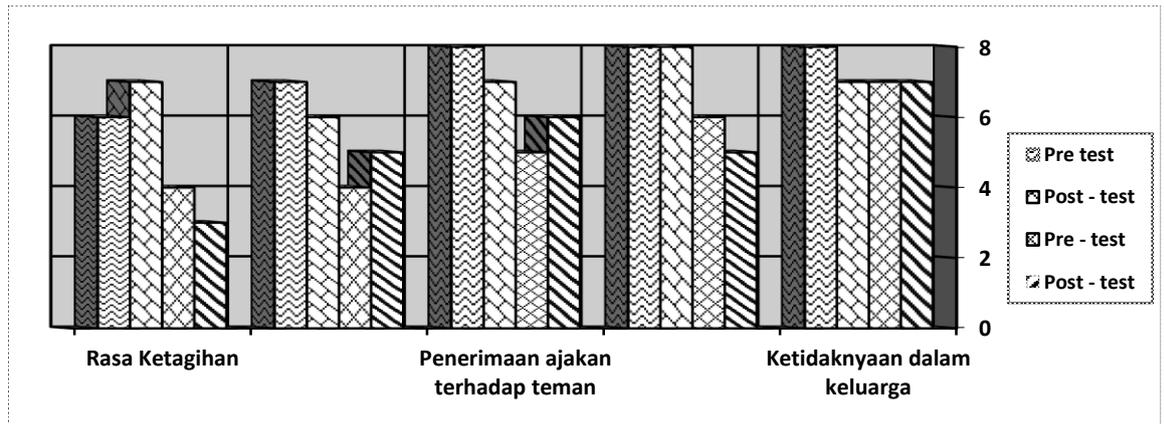
ANALISA DAN HASIL

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi, maka kondisi klien sebelum menjalani intervensi dan setelah menjalani intervensi dapat dijelaskan sebagai berikut :

| | Sebelum dilakukan Intervensi | Setelah dilakukan intervensi |
|---|---|--|
| Coping dengan craving / rasa ketagihan). | X mempunyai keyakinan bahwa <i>craving</i> adalah suatu kegagalan dalam proses berhenti menggunakan NAPZA, X mengalami kesulitan untuk mengidentifikasi kondisi yang menimbulkan rasa ketagihan dan X mengalami kesulitan dalam mengontrol diri ketika dorongan untuk menggunakan NAPZA (<i>craving</i>) muncul. Sehingga X terlihat sering mengeluh dan meminta obat terhadap perawat. | X memahami bahwa <i>craving</i> merupakan hal yang wajar dan <i>craving</i> hanya terjadi beberapa saat setelah itu akan menurun dan menghilang. Selain itu, X mulai mampu mengidentifikasi pencetus <i>craving</i> . Dan X memahami cara untuk mengontrol diri ketika dorongan untuk menggunakan NAPZA kembali (<i>craving</i>) muncul. Sehingga lebih ceria, jarang mengeluh dan jarang meminta obat kepada perawat. |
| intervensi mengenali pikiran otomatis dan kesalahan dalam berfikir | X belum mampu mengidentifikasi pikiran otomatis ataupun keyakinan irasional mengenai NAPZA, sehingga X sering menceritakan kenikmatan menggunakan NAPZA dan menceritakan pengalaman ketika berkumpul dengan teman – teman penyalahguna NAPZA. | X mulai dapat mengidentifikasi pikiran otomatis ataupun keyakinan irasional mengenai NAPZA, hal tersebut dapat terlihat dari perilaku X jarang menceritakan mengenai NAPZA dan pengalaman bersama teman – temannya. Sekarang X mulai tertarik membahas hal – hal yang umum bersama teman – temannya ditempat rehabilitasi dan pengalaman – pengalaman mengenai kegiatan yang diadakan di tempat rehabilitasi. |

| | | |
|--|--|--|
| <p>intervensi kemampuan menolak / asertif ajakan teman penyalahguna NAPZA :</p> | <p>X merasa sulit untuk memutuskan kontak dengan yang mensuplai NAPZA, dan tidak mengetahui cara yang paling efektif untuk menolak tawaran NAPZA. Sehingga X masih sering menjalin komunikasi dengan teman – teman penyalahguna NAPZA dan ketika ada acara X ikut berkumpul dengan teman – teman penyalahguna NAPZA.</p> | <p>X mulai memahami strategi – strategi untuk memutuskan kontak dengan yang mensuplai NAPZA, dan mampu untuk mempraktekan keterampilan menolak NAPZA. Sehingga kuantitas X untuk menjalin komunikasi dengan teman – teman penyalahguna NAPZA berkurang sehingga X jarang ikut berkumpul lagi dengan teman – teman penyalahguna NAPZA.</p> |
| <p>intervensi coping untuk menghadapi situasi yang beresiko tinggi:</p> | <p>X kurang mampu mengidentifikasi dan coping dalam situasi – situasi resiko tinggi berhubungan dengan NAPZA. Sehingga ketika komunitas <i>underground</i> mengadakan acara X sering datang dan X sering datang ke tempat tongkrongan penyalahguna NAPZA.</p> | <p>X mampu untuk memahami beberapa situasi yang beresiko tinggi dalam penggunaan NAPZA dan mampu membentuk rencana <i>coping generic</i>, personal. X jarang datang ke acara konser music <i>underground</i> dan datang ke tempat tongkrongan penyalahguna NAPZA.</p> |
| <p>Intervensi edukasi keluarga :</p> | <p>X mengeluh karena orang tua kurang memberikan perhatian dan sering terjadi perbedaan pendapat antara X dengan orang tua khususnya ibu. Sehingga kurang terjalin komunikasi, hal tersebut membuat X kurang nyaman dengan kondisi keluarga. Sehingga X sering mengeluh dan dan berkumpul dengan teman – temannya.</p> | <p>Orang tua terutama ibu mulai menyesuaikan dengan kondisi X dengan cara lebih memberikan perhatian, mendengarkan pendapatnya dan mendukung kegiatan positif yang dilakukan oleh X. Akan tetapi, X masih belum merasa nyaman dengan perubahan sikap yang dimunculkan oleh ibunya. Walaupun demikian, X berusaha untuk lebih dekat dengan keluarganya. Dan biasanya X senang melakukan aktivitas bersama dengan adik perempuannya.</p> |

Selain dari pelaksanaan intervensi secara kualitatif, peneliti melaksanakan intervensi dengan menggunakan hasil analisis kuantitatif untuk memperkuat analisis kualitatif melalui *pre test* dan *post test*.



Gambar 4.4 (Hasil Evaluasi Intervensi)

Berdasarkan pengolahan data yang telah dilakukan, efektifitas intervensi dapat terlihat dari gambaran secara keseluruhan dari gejala – gejala terjadinya *relapse*. Jika ditinjau dari masing - masing gejala maka terdapat penurunan grafik setelah diberikan intervensi, hal ini menunjukkan bahwa ada perbedaan antara hasil pre - tes dengan post - tes.

Selain hasil penelitian ini juga dievaluasi dengan menggunakan *wilcoxon* yang proses perhitungannya dilakukan dengan SPSS 17. Berikut hasil dari perhitungannya:

Tabel Test Statistics

| | Post_test - Pre_test |
|------------------------|----------------------|
| Z | -2.041 ^a |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .041 |

- a. Based on positive ranks.
- b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Gambar 4.5 (tabel hasil perhitunngan SPSS)

Hasil yang diperoleh dari *table test statistics* (Z hitung $>$ dari Z tabel $\rightarrow 2,041 > 0,0202$) artinya di tolak. Hal ini berarti intervensi yang diberikan oleh peneliti secara signifikan mampu meningkatkan perilaku yang diharapkan dari diri subyek dan memperkuat bukti kualitatif bahwa telah terjadi perubahan perilaku dari sebelum dan sesudah di intervensi.

SIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Berdasarkan data penelitian yang berhasil dikumpulkan dan dianalisis, dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Gambaran klinis dari klien penyalahguna NAPZA yaitu mempunyai keyakinan bahwa *craving* (rasa nagih / keingan untuk menggunakan NAPZA) adalah suatu kegagalan dalam proses berhenti menggunakan NAPZA. Klien mengalami kesulitan dalam mengontrol diri ketika dorongan untuk menggunakan NAPZA belum mampu mengidentifikasi pikiran otomatis ataupun keyakinan irasional mengenai NAPZA.
2. Pada proses penerapan *self management* dalam *cognitive behavior therapy* untuk klien penyalahguna NAPZA, peneliti menerapkan beberapa fase yaitu :

pelaksanaan *coping* dengan *craving* (rasa ketagihan), melatih mengenali pikiran otomatis dan kesalahan dalam berfikir mengenai NAPZA, melatih kemampuan menolak / asertif, coping untuk mengantisipasi situasi yang beresiko tinggi dan melakukan edukasi keluarga. Penerapan *self management* dalam *cognitive behavior therapy* dilakukan sebanyak 11 kali pertemuan dari total 22 kali pertemuan dengan waktu 60 menit dalam satu kali pertemuan.

3. Hasil penerapan *self management* dalam *cognitive behavior therapy* untuk klien penyalahguna NAPZA sebagai upaya pencegahan *relapse* dapat terlihat dalam kemampuan klien dalam mengendalikan diri pada saat terjadi *craving* (rasa nagih), mampu untuk mengendalikan pemikiran mengenai NAPZA, mampu menolak ajakan teman, mampu menghadapi situasi yang beresiko tinggi serta mampu menyesuaikan diri dengan kondisi keluarga. Adapun juga ada peningkatan jumlah GAF menjadi GAF : 71 - 80 : gejala sementara dan dapat diatasi, disabilitas ringan dalam sosial, pekerjaan, sekolah, dan lain-lain.

Saran

Bagi peneliti yang akan melakukan penelitian terhadap klien penyalahguna NAPZA dengan menggunakan *self management* diharapkan dapat memahami terlebih dahulu konsep yang jelas, karena hal tersebut merupakan dasar dari intervensi dengan pendekatan perilaku kognitif selain daripada itu, Protokol terapi meskipun ditulis oleh klien tetapi sebaiknya dikonsultasikan terlebih dahulu dan sebaiknya dibawah pengawasan supervisor profesional sehingga keefektifan dalam proses terapi ditinjau lebih lanjut.

DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association.(2000).*Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorder Text Revision DSM-IV-TR (Fourth Edition)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- BNN. (2003). Keterampilan Dasar Orang Tua Dalam Pencegahan Kekambuhan. Jakarta: BNN Pusat Laboratorium Terapi & Rehabilitasi.
- BNN. (2004). Pedoman Pencegahan Penyalahgunaan NARKOBA Bagi Remaja. Jakarta. BNN.
- BNN. (2016). Hasil survei Penyalahgunaan dan Peredaran Gelap Narkoba Pada Kelompok Pelajar dan Mahasiswa di 18 Provinsi tahun 2016.Badan Narkotika Nasional bekerjasama Dengan Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia.
- Chaplin C.P.(1995). Kamus Lengkap Psikologi. Jakarta: PT Raja Grafindo Pesada.
- Colombo Plan. (2000). *A primer on relapse prevention*. Colombo Plan Secretariat.
- Corey, G. (2005). *Theory and practice of counseling & psychotherapy seven edition*. United States of Amerika : Thomson Learning.
- Cormier. S & Paula S. N. (2003). *Interviewing strategies for helpers*. Fifth edition. United States of Amerika: Thompson.
- Cormier. S, Paula S. N & Cynthia J. O. (2009). *Interviewing and change strategies for helpers*. Sixth edition. United States of Amerika: Cengage Learning.
- Craighead, L.W; Craighead,W.E; Kazdin, A.E. Mahoney,M.J. (1994) *Cognitive and behavioral interventions. an emprical Approach to mental health problems*. Boston: Allyn and Bacon.

- Davison, G.C, Neale, J. M & Kring, A. M (2006). Psikologi Abnormal. PT. Raja Grafindo Persada. Jakarta.
- Dobson. (2001). *Handbook of Cognitive Behavioral Therapies Second Edition*. New York: Guilford Publications.
- Gay, LR, & Airasian, P. (2003). *educational research: competencies for analysis and application* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- Gorski & T Miller M. (1996) *Staying Sober: A guide to Relapse Prevention*. USA. Herald House/ Independence Publisher.
- Hawari.D. (1999). Terapi (Detoksifikasi) & Rehabilitasi (Pesantren) Mutakhir (system Terpadu) Pasien “NAZA”. Jakarta: UI-Press.
- _____. (2004). *Terapi (Detoksifikasi) & Rehabilitasi (Pesantren) Mutakhir (system Terpadu) Pasien “NAZA”*. Jakarta: UI-Press.
- _____. (2006). *Penyalahgunaan & Ketergantungan NAZA*. Jakarta. FK .UI
- Kaplan, H.I & Sadock,B.J.(1995).*Comprehensive Textbook of Psychiatry*.Vol.2.6th. Baltimore:Williams &Wilkins.A.Waverly Company.
- Kompas. (2009). Badan narkotika Nasional. www.http.kompas.com
- Lydia, H & Satya, J. (2006). *Membantu Pemulihan Pecandu Narkoba dan Keluarganya*. Jakarta: Balai Pustaka.
- Manual *Test Weschler Intelligence Scale For Children (WISC)*.(1994). Depok: Fakultas Psikologi Universitas Indonesia.
- Marnat. G.(2007). *Handbook of psychological assesment*. Canada: Jhon Wiley & Sons, Inc.
- Martin, G. & Pear J., (2003). *Behavior Modification: what it is and how to do it*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Poerwandari E.K.(2001). Pendekatan Kualitatif untuk Penelitian Prilaku Manusia. Jakarta. Lembaga Pengembangan Sarana Pengukuran dan Pendidikan (LPSP3)UI.
- Papalia, D. E. Olds, S.W. & Feldman, R.D (2001). *Human Development*. New York: The Mc. Grow – Hill Companies,inc.
- Solichin. J.I (2003). *Diktat Psikoterapi*. Jakarta: Universitas Persada Indonesia Y.A.I.
- Sugiharti, R (April, 2003). “NAPZA mengancam Remaja Kota “ Masyarakat Kebudayaan dan Politik. Th XVI. No. 2. 47 – 61. Surabaya : FISIP. Universitas Airlangga.
- Sunberg, N.D, Winebarger, A.A & Taplin, J.A. (2007) Psikologi Klinis ; Perkembangan, Teori, Praktik dan Penelitian (Edisi Keempat). Yogyakarta : Pustaka Belajar.
- Sadar *aware and care tabloid* dua mingguan BNN, Maret.(2007). Jakarta:BNN
- Santrock, J. (2002). *Life - Span Development*. Seventh Edition. New York: Mc Graw-Hill
- Shamil. W, Wendy.W , Jane.P, Francis. K and Roger. F, (2003). *Relapse Prevention forAddictive Behavior a Manual Therapists*. India: Thompson Press.
- Sugiyono.(2003).Statistik Untuk Penelitian.Bandung: Ikatan Penerbit Indonesia (IKAPI).
- Suharsimi. A (2006). Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik. Jakarta:Rineka Cipta.
- Stevens, P & Smith, RL (2001). *Substance Abuse Counseling* (2nd ed). New Jersey : Prentice – Hall, Inc.

- Widianti, E (2007). Remaja dan permasalahannya : bahaya merokok, penyimpangan seks pada remaja dan bahaya penyalahgunaan minuman / narkoba. Bandung : Universitas Padjajaran.
- WHO/UNDOC/UNDAIS.(2004). *Position Paper Report Series USA*. NIDA Publishing Company.