



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**HUBUNGAN ANTARA TINGKAT PENGGUNAAN GANJA  
DAN ASPEK-ASPEK FUNGSI PSIKOSOSIAL**

*(The Relationship between Level of Cannabis Use and Aspects of  
Psychosocial Functioning)*

**SKRIPSI**

**DANIA FATMAWATI PUTRI**

**0806344521**

**FAKULTAS PSIKOLOGI  
PROGRAM STUDI SARJANA REGULER  
DEPOK  
JUNI 2012**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**HUBUNGAN ANTARA TINGKAT PENGGUNAAN GANJA  
DAN ASPEK-ASPEK FUNGSI PSIKOSOSIAL**

*(The Relationship between Level of Cannabis Use and Aspects of  
Psychosocial Functioning)*

**SKRIPSI**

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar  
Sarjana Psikologi**

**DANIA FATMAWATI PUTRI**

**0806344521**

**FAKULTAS PSIKOLOGI  
PROGRAM STUDI SARJANA REGULER  
DEPOK  
JUNI 2012**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.**

**Nama : Dania Fatmawati Putri**

**NPM : 0806344521**

**Tanda Tangan :**



**Tanggal : 29 Juni 2012**

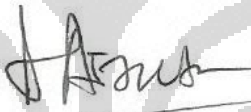
## HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :  
Nama : Dania Fatmawati Putri  
NPM : 0806344521  
Program Studi : Psikologi  
Judul Skripsi : Hubungan antara Tingkat Penggunaan Ganja dan Aspek-aspek Fungsi Psikososial

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Psikologi pada Program Studi Reguler, Fakultas Psikologi, Universitas Indonesia.

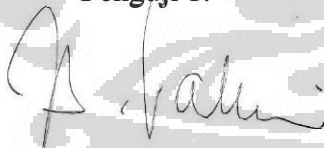
### DEWAN PENGUJI

Pembimbing Skripsi:



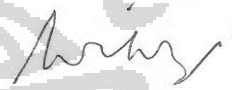
Dra. Tri Iswardani A., M.Si.  
NIP. 195701031985032001

Penguji 1:



Dr. Bagus Takwin, M.Hum.  
NIP. 0800300001

Penguji 2:



Dra. Sri Fatmawati Mashoedi, M.Si.  
NIP. 196104161990032001

Ditetapkan di : Depok  
Tanggal : 29 Juni 2012

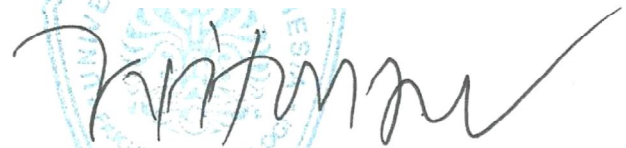
### DISAHKAN OLEH

Ketua Program Sarjana Fakultas Psikologi  
Universitas Indonesia



(Prof. Dr. Frieda Maryam Mangunsong Siahaan, M.Ed.)  
NIP. 195408291980032001

Dekan Fakultas Psikologi  
Universitas Indonesia



(Dr. Wilman Dahlan Mansoer, M.Org.Psy.)  
NIP. 194904031976031002

## KATA PENGANTAR/UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT yang Maha Kuasa, karena atas segala berkat dan rahmat yang diberikan, penulis mampu menyusun dan menyelesaikan skripsi ini. Penulis menyadari bahwa tanpa bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak, sejak masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini, sangat sulit bagi penulis untuk menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Dra. Tri Iswardani A., M.Si. selaku pembimbing skripsi. Terima kasih atas waktu, tenaga, dorongan semangat dan segala bentuk bimbingan sehingga pada akhirnya skripsi ini bisa diselesaikan.
2. Wuri Prasetyawati, S.Psi, M.Psi. selaku pembimbing akademik. Terima kasih atas dukungan dan dorongan semangat yang diberikan selama masa empat tahun perkuliahan di Fakultas Psikologi.
3. Dr. Bagus Takwin, M.Hum. selaku penguji 1 dan Dra. Sri Fatmawati Mashoedi, M.Si. selaku penguji 2. Terima kasih atas kritik dan saran yang diberikan terhadap skripsi ini saat pelaksanaan ujian sidang.
4. Kedua orang tua penulis. Terima kasih kepada Mama dan Papa tersayang atas segala kerja keras, pengorbanan, perhatian, nasihat, kasih sayang dan curahan cinta yang selalu diberikan. Adik-adik penulis, Prasetya Ajie & M. Alvito Fahrezy. Terima kasih telah mewarnai hari-hari penulis dengan menjadi teman bercerita dan bertengkar.
5. Dhira Narayana dan teman-teman dari Lingkar Ganja Nusantara. Terima kasih telah meluangkan waktu untuk berdiskusi dan memberikan bantuannya dalam menjadi penghubung antara penulis dan responden penelitian.
6. Eka Mitra R. & Wanda Irawan A. serta Rifa'atul M. & Ririn A. selaku sahabat-sahabat terbaik penulis. Terima kasih telah memberikan dukungan dan dorongan semangat serta telah menjadi teman bercerita dan teman diskusi yang sangat menyenangkan.
7. Keluarga Litbang BEM Psikologi UI 2011 (Citra, Ovi, Yoyoy, Shita). Terima kasih untuk pengalaman dan pelajaran yang berharga serta untuk dukungan

yang diberikan. Terima kasih juga untuk Ovi yang selalu mau membantu dan berdiskusi mengenai statistik serta hal-hal lain terkait penulisan skripsi.

8. Wahe, Sapto, Evinka, Siska, Lysa, Mita, Vira, Adit, Niken, Daniel, Herman, Alim dan semua teman-teman di Fakultas Psikologi angkatan 2008 (Psikomplit) yang telah mewarnai kehidupan penulis selama empat tahun berkuliah di UI. Terima kasih atas kebersamaan dan pengalaman tak terlupakan yang diberikan.
9. Teman-teman di BEM Psikologi UI 2011, para senior dan teman-teman di BEM UI 2010 serta para senior dan teman-teman di BEM Psikologi UI 2009. Terimakasih telah menginspirasi dan memberikan banyak pengalaman berharga bagi penulis.
10. Keluarga besar Fakultas Psikologi Universitas Indonesia: para dosen, petugas perpustakaan, karyawan dan seluruh sivitas akademika.
11. Seluruh responden penelitian yang telah meluangkan waktu untuk berpartisipasi dalam penelitian ini sehingga skripsi ini dapat diselesaikan.

Akhir kata, saya ucapkan terima kasih dan berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan kepada semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan skripsi ini. Semoga penelitian ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan.

Depok, Juni 2012

Dania Fatmawati Putri

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

---

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Dania Fatmawati Putri  
NPM : 0806344521  
Program Studi : Reguler  
Fakultas : Psikologi  
Jenis Karya : Skripsi

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

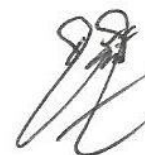
“Hubungan antara Tingkat Penggunaan Ganja dan Aspek-aspek Fungsi  
Psikososial”

beserta perangkat (jika ada). Dengan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif ini, Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, serta mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis atau pencipta dan juga sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok  
Pada tanggal : 29 Juni 2012

Yang menyatakan,



(Dania Fatmawati Putri)  
NPM:0806344521

## ABSTRAK

Nama : Dania Fatmawati Putri  
Program Studi : Psikologi  
Judul : Hubungan antara Tingkat Penggunaan Ganja dan Aspek-aspek Fungsi Psikososial

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara tingkat penggunaan ganja dan aspek-aspek fungsi psikososial (*self-esteem*, depresi, kecemasan, pengambilan keputusan, permusuhan, pengambilan risiko, konformitas dan masalah-masalah saat kecil). Penelitian dilakukan dengan pendekatan kuantitatif terhadap 120 orang pengguna ganja yang diperoleh melalui teknik *accidental sampling*. Pengukuran tingkat penggunaan ganja dilakukan dengan alat ukur *The Cannabis Use Disorders Identification Test – Revised (CUDIT-R)* (Adamson et al., 2010), sedangkan aspek-aspek fungsi psikososial diukur dengan *TCU Psychosocial Functioning Scale* (Knight et al., 1994). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan positif yang signifikan antara tingkat penggunaan ganja dan salah satu aspek fungsi psikososial, yaitu kecemasan ( $r=0.322$ ;  $p=0.000$ , signifikan pada L.o.S 0.01). Akan tetapi, ditemukan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat penggunaan ganja dan *self-esteem*, depresi, pengambilan keputusan, permusuhan, pengambilan risiko, konformitas serta masalah-masalah saat kecil.

Kata Kunci:

Ganja, Tingkat Penggunaan Ganja, Aspek-aspek Fungsi Psikososial



## ABSTRACT

Name : Dania Fatmawati Putri  
Program of Study : Psychology  
Title : The Relationship between Level of Cannabis Use and Aspects of Psychosocial Functioning

The aim of this study was to determine the relationship between level of cannabis use and aspects of psychosocial functioning (self-esteem, depression, anxiety, decision-making, hostility, risk-taking, conformity and childhood problems). This study conducted with quantitative approach to 120 cannabis users that acquired through accidental sampling technique. The level of cannabis use measured by The Cannabis Use Disorders Identification Test - Revised (CUDIT-R) (Adamson et al., 2010), while the aspects of psychosocial functioning measured by TCU Psychosocial Functioning Scale (Knight et al., 1994). Result indicated that there was a significant positive correlation between level of cannabis use and anxiety ( $r = 0.322$ ;  $p = 0.000$ , significant at the L.o.S. 0.01). However, it was found that there was no significant correlation between level of cannabis use and self-esteem, depression, decision-making, hostility, risk-taking, conformity and childhood problems.

Keyword:

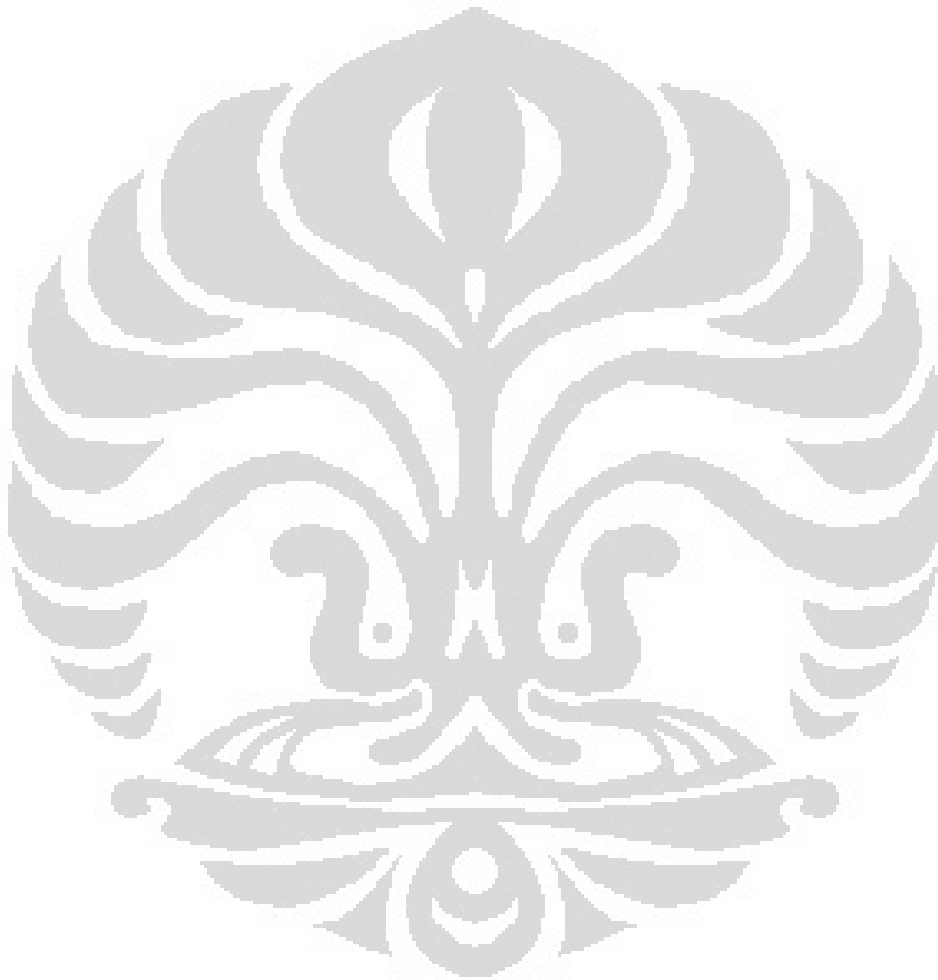
Cannabis, Level of Cannabis Use, Aspects of Psychosocial Functioning

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS .....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>KATA PENGANTAR/UCAPAN TERIMA KASIH.....</b>	<b>iv</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS.....</b>	<b>vi</b>
<b>ABSTRAK.....</b>	<b>vii</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xiii</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Masalah Penelitian.....	7
1.3. Tujuan Penelitian.....	8
1.4. Manfaat Penelitian.....	8
1.5. Sistematika Penulisan .....	9
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>10</b>
2.1. Penggunaan Ganja .....	10
2.1.1. Tingkat Penggunaan Ganja .....	10
2.1.2. Tanaman Ganja dan Pemanfaatannya .....	12
2.1.3. Efek Penggunaan Ganja .....	13
2.1.4. Motif Penggunaan Ganja.....	14
2.2. Fungsi Psikososial ( <i>Psychosocial Functioning</i> ).....	15
2.2.1. Definisi Fungsi Psikososial ( <i>Psychosocial Functioning</i> ).....	15
2.2.2. Aspek-aspek Fungsi Psikososial ( <i>Psychosocial Functioning</i> ) .....	17
2.2.2.1. <i>Self-esteem</i> .....	17
2.2.2.2. Depresi.....	18
2.2.2.3. Kecemasan ( <i>Anxiety</i> ).....	19
2.2.2.4. Pengambilan Keputusan ( <i>Decision-making</i> ) .....	21
2.2.2.5. Permusuhan ( <i>Hostility</i> ).....	22
2.2.2.6. Pengambilan Risiko ( <i>Risk-taking</i> ) .....	22
2.2.2.7. Konformitas ( <i>Conformity</i> ) .....	23
2.2.2.8. Masalah-masalah Masa Kecil ( <i>Childhood Problems</i> ).....	24
2.3. Dinamika Teori antara Tingkat Penggunaan Ganja dan Aspek-aspek Fungsi Psikososial.....	25

<b>BAB 3 METODE PENELITIAN .....</b>	<b>30</b>
3.1. Masalah Penelitian.....	30
3.1.1 Masalah Konseptual.....	30
3.1.2 Masalah Operasional.....	30
3.2. Hipotesis Penelitian .....	31
3.3. Variabel Penelitian .....	33
3.3.1. Tingkat Penggunaan Ganja .....	33
3.3.2. Fungsi Psikososial .....	34
3.4. Tipe dan Desain Penelitian .....	35
3.5. Responden Penelitian.....	36
3.5.1. Karakteristik Responden Penelitian.....	36
3.5.2. Jumlah Responden .....	36
3.5.3. Teknik Pengambilan Sampel .....	36
3.6. Instrumen Penelitian .....	37
3.6.1. Alat Ukur <i>The Cannabis Use Disorders Identification Test - Revised</i> .....	37
3.6.1.1. Teknik <i>Scoring</i> .....	38
3.6.1.2. Uji Coba Alat Ukur <i>The Cannabis Use Disorders Identification Test - Revised</i> .....	39
3.6.2. Alat Ukur <i>Texas Christian University (TCU) Psychosocial Functioning Scale</i> .....	41
3.6.2.1. Teknik <i>Scoring</i> .....	43
3.6.2.2. Uji Coba Alat Ukur <i>TCU Psychosocial Functioning Scale</i> .....	43
3.7. Prosedur Penelitian .....	46
3.7.1. Tahap Persiapan.....	46
3.7.2. Tahap Pelaksanaan.....	47
3.7.3. Tahap Pengolahan Data.....	47
3.8. Metode Pengolahan Data .....	47
 <b>BAB 4 HASIL DAN ANALISIS DATA .....</b>	 <b>49</b>
4.1. Gambaran Umum Responden .....	49
4.1.1. Gambaran Karakteristik Responden .....	49
4.1.2. Gambaran Tingkat Penggunaan Ganja.....	54
4.1.3. Gambaran Aspek-aspek Fungsi Psikososial .....	54
4.2. Hasil Penelitian.....	56
4.2.1. Hubungan antara Tingkat Penggunaan Ganja dan Aspek-aspek Fungsi Psikososial .....	56
4.2.2. Gambaran Tingkat Penggunaan Ganja dan Aspek-aspek Fungsi Psikososial berdasarkan Data Responden terkait Penggunaan Ganja.....	57

<b>BAB 5 KESIMPULAN, DISKUSI DAN SARAN .....</b>	<b>61</b>
5.1. Kesimpulan .....	61
5.2. Diskusi .....	62
5.3. Saran .....	68
5.3.1. Saran Metodologis .....	68
5.3.2. Saran Praktis .....	69
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>70</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>77</b>



## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1. Nilai Reliabilitas & Validitas Alat Ukur <i>TCU Psychosocial Functioning Scale</i> .....	42
Tabel 3.2. Contoh Hasil Revisi Item Alat Ukur <i>TCU Psychosocial Functioning Scale</i> .....	45
Tabel 3.3. Hasil Uji Coba Alat Ukur <i>TCU Psychosocial Functioning Scale</i> .....	45
Tabel 4.1. Gambaran Data Diri Responden.....	49
Tabel 4.2. Gambaran Data Responden Terkait Penggunaan Ganja .....	51
Tabel 4.3. Gambaran Tingkat Penggunaan Ganja .....	54
Tabel 4.4. Gambaran Aspek-aspek Fungsi Psikososial.....	54
Tabel 4.5. Hubungan antara Tingkat Penggunaan Ganja dan Aspek-aspek Fungsi Psikososial .....	56
Tabel 4.6. Gambaran Tingkat Penggunaan Ganja Berdasarkan Data Responden Terkait Penggunaan Ganja .....	58



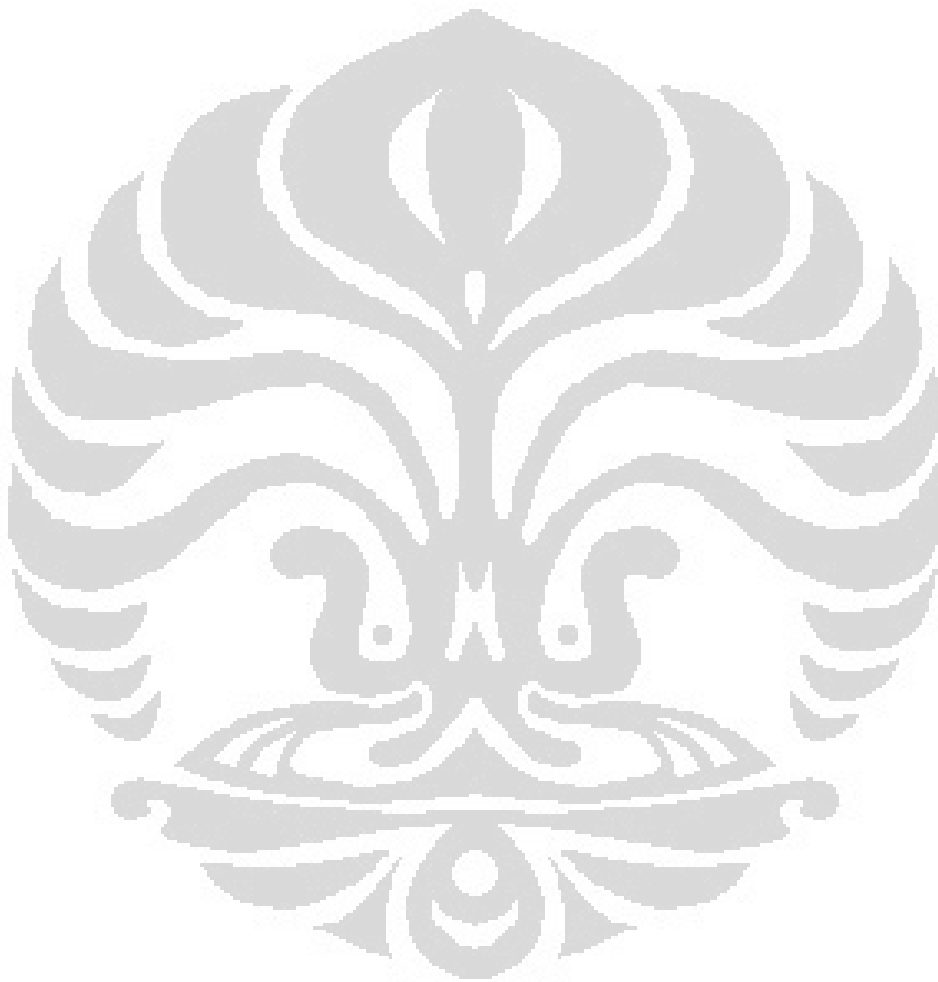
## DAFTAR LAMPIRAN

<b>LAMPIRAN A (Hasil Uji Coba Alat Ukur <i>The Cannabis Use Disorder Identification Test – Revised</i> dan <i>TCU Psychosocial Functioning Scale</i> dengan 35 Responden).....</b>	<b>77</b>
A.1. Uji Reliabilitas dan Validitas Alat Ukur <i>The Cannabis Use Disorder Identification Test – Revised</i> .....	77
A.1.1. Hasil Uji Reliabilitas.....	77
A.1.2. Hasil Uji Validitas.....	77
A.2. Uji Reliabilitas dan Validitas Alat Ukur <i>TCU Psychosocial Functioning Scale</i> .....	78
A.2.1. Hasil Uji Reliabilitas dan Validitas Skala <i>Self-esteem</i> .....	78
A.2.2. Hasil Uji Reliabilitas dan Validitas Skala <i>Depression</i> .....	78
A.2.3. Hasil Uji Reliabilitas dan Validitas Skala <i>Anxiety</i> .....	79
A.2.4. Hasil Uji Reliabilitas dan Validitas Skala <i>Decision-making</i> .....	79
A.2.5. Hasil Uji Reliabilitas dan Validitas Skala <i>Hostility</i> .....	80
A.2.6. Hasil Uji Reliabilitas dan Validitas Skala <i>Risk-taking</i> .....	81
A.2.7. Hasil Uji Reliabilitas dan Validitas Skala <i>Conformity</i> .....	81
A.2.8. Hasil Uji Reliabilitas dan Validitas Skala <i>Childhood Problems</i> .....	82
<b>LAMPIRAN B (Hasil Uji Alat Ukur <i>The Cannabis Use Disorder Identification Test – Revised</i> dan <i>TCU Psychosocial Functioning Scale</i> Pada Saat Field dengan 120 Responden).....</b>	<b>83</b>
B.1. Uji Reliabilitas dan Validitas Alat Ukur <i>The Cannabis Use Disorder Identification Test – Revised</i> Pada Saat Field.....	83
B.1.1. Hasil Uji Reliabilitas.....	83
B.1.2. Hasil Uji Validitas.....	83
B.2. Uji Reliabilitas dan Validitas Alat Ukur <i>TCU Psychosocial Functioning Scale</i> Pada Saat Field.....	84
B.2.1. Hasil Uji Reliabilitas dan Validitas Skala <i>Self-esteem</i> .....	84
B.2.2. Hasil Uji Reliabilitas dan Validitas Skala <i>Depression</i> .....	84
B.2.3. Hasil Uji Reliabilitas dan Validitas Skala <i>Anxiety</i> .....	85
B.2.4. Hasil Uji Reliabilitas dan Validitas Skala <i>Decision-making</i> .....	86
B.2.5. Hasil Uji Reliabilitas dan Validitas Skala <i>Hostility</i> .....	86
B.2.6. Hasil Uji Reliabilitas dan Validitas Skala <i>Risk-taking</i> .....	87
B.2.7. Hasil Uji Reliabilitas dan Validitas Skala <i>Conformity</i> .....	88
B.2.8. Hasil Uji Reliabilitas dan Validitas Skala <i>Childhood Problems</i> .....	88

<b>LAMPIRAN C (Hasil Penelitian)</b> .....	<b>90</b>
C.1. Hasil Korelasi antara Tingkat Penggunaan Ganja dan Aspek-aspek Fungsi Psikososial.....	90
C.1.1. Hasil Korelasi antara Tingkat Penggunaan Ganja dan <i>Self-esteem</i> .....	90
C.1.2. Hasil Korelasi antara Tingkat Penggunaan Ganja dan <i>Depression</i> .....	90
C.1.3. Hasil Korelasi antara Tingkat Penggunaan Ganja dan <i>Anxiety</i> ..	91
C.1.4. Hasil Korelasi antara Tingkat Penggunaan Ganja dan <i>Decision-making</i> .....	91
C.1.5. Hasil Korelasi antara Tingkat Penggunaan Ganja dan <i>Hostility</i> .....	92
C.1.6. Hasil Korelasi antara Tingkat Penggunaan Ganja dan <i>Risk-taking</i> .....	92
C.1.7. Hasil Korelasi antara Tingkat Penggunaan Ganja dan <i>Conformity</i> .....	93
C.1.8. Hasil Korelasi antara Tingkat Penggunaan Ganja dan <i>Childhood Problems</i> .....	93
C.2. Gambaran Tingkat Penggunaan Ganja dan Aspek-aspek Fungsi Psikososial berdasarkan Data Responden Terkait Penggunaan Ganja....	94
C.2.1. Gambaran Tingkat Penggunaan Ganja berdasarkan Data Responden Terkait Penggunaan Ganja.....	94
C.2.1.1. Gambaran Tingkat Penggunaan Ganja berdasarkan Usia Mulai Menggunakan Ganja.....	94
C.2.1.2. Gambaran Tingkat Penggunaan Ganja berdasarkan Banyak Ganja dalam Setiap Kali Konsumsi.....	95
C.2.1.3. Gambaran Tingkat Penggunaan berdasarkan Frekuensi Penggunaan Ganja Sepanjang Hidup.....	96
C.2.1.4. Gambaran Tingkat Penggunaan berdasarkan Lama Penggunaan Ganja.....	97
C.2.2. Gambaran Aspek-aspek Fungsi Psikososial berdasarkan Data Responden Terkait Penggunaan Ganja.....	98
C.2.2.1. Gambaran Aspek-aspek Fungsi Psikososial berdasarkan Usia Mulai Menggunakan Ganja.....	98
C.2.2.2. Gambaran Aspek-aspek Fungsi Psikososial berdasarkan Banyak Ganja dalam Setiap Kali Konsumsi.....	100
C.2.2.3. Gambaran Aspek-aspek Fungsi Psikososial berdasarkan Frekuensi Penggunaan Ganja Sepanjang Hidup.....	103

C.2.2.4. Gambaran Aspek-aspek Fungsi Psikososial  
berdasarkan Lama Penggunaan Ganja..... 106

**LAMPIRAN D (Kuesioner Saat *Field*) ..... 110**





# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

Tanaman ganja kembali menjadi topik yang cukup banyak diperbincangkan oleh berbagai media di Indonesia pada pertengahan tahun 2011 lalu. Awalnya, hal ini terjadi sebagai tanggapan atas aksi *long march* yang dilakukan oleh sekitar 50 orang yang tergabung dalam organisasi Lingkar Ganja Nusantara (LGN) pada bulan Mei tahun 2011, di Patung Tugu Tani, Jakarta Pusat. LGN menuntut adanya legalisasi terhadap ganja di Indonesia. Isu legalisasi diajukan karena ganja memiliki berbagai manfaat, misalnya dalam bidang medis, yaitu untuk kemoterapi bagi penderita kanker, dan dapat digunakan sebagai bahan baku kertas (Asih, Firdaus, Ramdani & Sita, 2011).

Aksi tersebut pun menarik perhatian masyarakat terhadap berbagai macam hal mengenai tanaman ganja dan menuai banyak respons, baik pro maupun kontra, dari berbagai pihak, termasuk dari Badan Narkotika Nasional (BNN). Kepala Humas BNN menyatakan bahwa BNN tidak setuju dengan legalisasi ganja dengan alasan apabila ganja dilegalisasi, semua orang akan menjadi lebih mudah mendapatkannya sehingga risiko penyalahgunaannya dikhawatirkan dapat meningkat. Selain itu, BNN juga tetap berpegang pada Undang-undang Narkotika tahun 2009 yang menetapkan tanaman ganja sebagai narkotika golongan I, yang bersifat adiktif dan berbahaya bagi pemakainya serta hanya dapat digunakan untuk pengembangan ilmu pengetahuan (Asih, 2011).

Perdebatan mengenai baik atau buruknya penggunaan ganja untuk pengobatan memang sudah lama terjadi (Kring, Johnson, Davison & Neale, 2010). Adanya isu legalisasi ganja karena efek pengobatan yang terkandung didalamnya, sebenarnya tidak hanya terjadi di Indonesia, tetapi juga terjadi di beberapa negara lain, salah satunya Amerika Serikat. Pada awalnya, tanaman yang dibudidayakan secara luas di Amerika Serikat ini hanya dimanfaatkan seratnya sebagai bahan pembuat pakaian dan tali. Kemudian, sejak abad ke-19, efek pengobatan yang dimiliki oleh getah *cannabis* (ganja) pun mulai menjadi

perhatian dan mulai dipasarkan oleh beberapa perusahaan obat untuk menyembuhkan beberapa penyakit, seperti rematik, encok, kolera, depresi dan *neuralgia* (penyakit yang disertai kejang pada sepanjang urat syaraf) (Kring et al., 2010). Selain itu, ganja juga digunakan sebagai alternatif terapi untuk mengobati rasa sakit (nyeri), rasa mual, muntah, maupun gangguan syaraf dan pergerakan (*neurological & movement disorder*) yang diasosiasikan dengan pasien kemoterapi, serta untuk mengobati kehilangan selera makan dan penurunan berat badan yang parah pada penderita AIDS.

Fungsi medis yang dimiliki oleh tanaman ganja tersebut, dijelaskan pada artikel berjudul “The Brain’s Own Marijuana” oleh Nicoll & Alger (dalam Tim Lingkar Ganja Nusantara, 2011), sebagai akibat dari adanya zat *endocannabinoid* yang diproduksi oleh otak manusia, dimana zat tersebut berfungsi sama persis dengan *tetrahydrocannabinol* (THC), zat psikoaktif utama yang dikandung oleh ganja. Zat *endocannabinoid* tersebut diketahui berperan dalam hampir semua proses fisiologis manusia. Selain itu, sistem *endocannabinoid* juga disebut sebagai pengatur keseimbangan global (homeostatis) dan aliran energi dalam tubuh manusia (Melamede; Cota et al., dalam Tim Lingkar Ganja Nusantara, 2011). Hasil beberapa penelitian menunjukkan fakta bahwa senyawa *cannabinoid* yang hanya dihasilkan oleh tanaman ganja memiliki fungsi yang sama dengan *endocannabinoid* yang dihasilkan oleh otak manusia. Oleh karena itu, tidak mengherankan apabila ganja disebut sebagai tanaman obat yang memiliki fungsi medis paling banyak dibandingkan tanaman obat lainnya (Ratsch, dalam Tim Lingkar Ganja Nusantara, 2011).

Akan tetapi, beberapa tahun belakangan ini penggunaan marijuana atau ganja sebagai salah satu alternatif pengobatan atau terapi, menjadi hal yang diperdebatan oleh kalangan medis (Clark, 2000). Hal ini terjadi akibat adanya efek-efek negatif yang dianggap dapat timbul sebagai akibat dari penggunaan ganja itu sendiri, sehingga pada akhirnya ganja pun berstatus ilegal. Efek-efek negatif dari ganja atau marijuana, antara lain membuat jantung berdetak cepat, membuat hilangnya koordinasi tubuh serta memengaruhi *critical skills* (termasuk kemampuan yang penting dalam mengoperasikan kendaraan dengan aman, seperti menentukan jarak & kecepatan bereaksi) secara negatif (Clark, 2000). Meskipun

merokok ganja ditemukan membuat penggunanya merasa tenang (relaks) dan mudah bergaul (Kring et al., 2010), beberapa hasil penelitian mendukung adanya beberapa tipe kerusakan kognitif ringan (seperti tingkat atensi yang lemah, pemikiran yang terpecah-pecah serta kerusakan pada memori, *verbal learning, retention & retrieval*) pada orang-orang yang menggunakan ganja dengan dosis tinggi secara jangka panjang (*long-term heavy user*) (Hall & Solowij, 2006). Konsumsi ganja dengan dosis yang sangat tinggi secara ekstrem juga ditemukan dapat menyebabkan halusinasi dan beberapa efek lain, seperti cemas, panik dan terkadang percaya bahwa pengalaman ketakutan yang dialami tidak akan pernah berakhir (Kring et al., 2010). Hal ini mungkin juga menjadi dasar keputusan dari FDA (Food & Drug Administration) di Amerika Serikat yang pada tahun 2006 telah mengesahkan pernyataan bahwa ganja tidak memiliki kegunaan atau nilai medis sama sekali, bahkan ganja dianggap obat berbahaya serta dinyatakan mempunyai potensi penyalahgunaan paling besar (Tim Legalisasi Ganja, 2011).

Beberapa penelitian juga menemukan bahwa ganja memiliki efek adiktif. Salah satunya adalah observasi terkontrol yang dilakukan oleh Compton, Dewey & Martin (dalam Kring et al., 2010), yang telah membuktikan bahwa penggunaan marijuana secara terus-menerus (yang sudah menjadi kebiasaan) akan menghasilkan toleransi (peningkatan jumlah pemakaian). Kemudian, survey dan studi laboratorium yang dilakukan sepuluh tahun terakhir ini menyatakan bahwa *withdrawal symptoms*, seperti gelisah, cemas, tegang, nyeri pada perut dan insomnia, memang benar terjadi pada pengguna marijuana (Rey et al., dalam Kring et al., 2010). Sementara itu, ada pula beberapa hasil penelitian yang membantah argumen tersebut dan menyatakan bahwa ganja sama sekali tidak mengandung zat yang mengakibatkan penggunanya menjadi adiksi. Rogers (2011) menyatakan bahwa marijuana (ganja) bukanlah zat yang dapat membuat ketergantungan fisik, dimana tidak ada *withdrawal symptoms* (gejala putus zat) ketika penggunaan zat dihentikan. Ketergantungan secara psikologis memang dapat terjadi, tetapi hanya pada pengguna dengan tipe-tipe tertentu saja (Rogers, 2011). Watt (1965, dalam Cipta, 2010) juga menjelaskan bahwa sebuah ketergantungan (adiksi) secara psikologis dapat terbentuk apabila telah ada predisposisi (seperti gangguan psikotik) sebelumnya.

Fakta menyatakan bahwa jumlah orang yang menjadi pengguna tanaman ganja termasuk cukup besar. Tanaman ganja ini lebih sering digunakan atau dikonsumsi dengan cara dihisap dalam bentuk rokok ganja atau dengan bantuan pipa (Ashton, 2001). Berdasarkan data yang dilaporkan *the United Nations* (Persatuan Bangsa-bangsa) tahun 2010, satu dari 20 orang dewasa di seluruh dunia, menggunakan ganja setiap tahunnya. PBB juga menyatakan ganja masih menjadi obat-obatan terlarang yang terpopuler. Data dari PBB membuktikan bahwa 130 – 190 juta orang menggunakan ganja setidaknya sekali dalam setahun ([www.drugaddictiontreatment.com](http://www.drugaddictiontreatment.com), 2010).

Sementara itu, di Amerika Serikat dan di tingkat internasional, ganja juga termasuk ke dalam zat atau obat-obatan terlarang yang paling banyak digunakan oleh kalangan remaja, dimana dilaporkan pula tingginya tingkat gangguan yang disebabkan oleh penggunaan zat ini pada beberapa periode terakhir (*Substance Abuse & Mental Health Services Administration [SAMHSA]*, dalam Bonn-Miller, Zvolensky & Bernstein, 2007; Fox, Towe, Stephens, Walker & Roffman, 2011). Chen & Kandel (dalam Gruber, Pope, Hudson & Yurgelun-Todd, 2003), menyatakan bahwa orang-orang Amerika pengguna ganja biasanya mencoba menggunakan zat ini pertama kali saat di usia remaja. Lebih lanjut lagi, dalam beberapa tahun terakhir, jumlah remaja dan dewasa muda pengguna marijuana telah meningkat secara drastis (Johnson et al., dalam Carroll, Sinha & Easton, 2006).

Di Amerika Serikat, ditemukan bahwa segmen dengan tingkat prevalensi pengguna marijuana paling tinggi adalah pada rentang usia 18-25 tahun, dimana 48% melaporkan penggunaan terus-menerus selama hidupnya, 23% melaporkan penggunaan pada satu tahun terakhir, dan 11% melaporkan penggunaan marijuana pada sebulan terakhir, dengan tingkat penggunaan lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan perempuan (Kandel et al., dalam Carroll, et al., 2006). Sementara itu, Kabid Pembinaan dan Pencegahan Badan Narkotika Propinsi Sumatera Utara, Arifin Sianipar, mengatakan bahwa jumlah pecandu narkoba yang mendapatkan terapi dan rehabilitasi di seluruh Indonesia, berdasarkan data Pencegahan dan Pemberantasan Penyalahgunaan dan Peredaran Gelap Narkotika (P4GN) tahun 2010 sebanyak 17.734 orang, dimana 1.774 orang di antaranya merupakan

pecandu ganja. Selain itu, ia juga menambahkan bahwa jumlah pengguna narkoba terbanyak berada pada rentang usia 20-34 tahun (www.antarasumut.com, 2011).

Terlepas dari perdebatan mengenai adiktif atau tidaknya ganja dan pantas atau tidaknya ganja dilegalkan demi tujuan pengobatan, fakta tetap membuktikan bahwa terdapat banyak efek yang diberikan ganja terhadap fungsi tubuh manusia. Berkaitan dengan konsekuensi yang timbul akibat penggunaan ganja, sebelumnya telah disebutkan bahwa efek dari ganja tidak hanya memengaruhi aspek fisik saja, tetapi ternyata juga memengaruhi beberapa aspek fungsi psikososial dari penggunanya. Fungsi psikososial merupakan fungsi yang penting bagi seseorang untuk menjalani kehidupannya sehari-hari. Istilah fungsi psikososial ini memiliki makna yang cukup luas, meliputi berbagai konstruk terkait keberhasilan seseorang dalam mencapai tugas-tugas perkembangan yang diharapkan dari individu pada usia tertentu dan konteks budaya tertentu (Masten & Coatsworth, dalam Lewinsohn, Rohde, Seeley, Klein & Gotlib, 2003). Menurut Parsons (dalam Dunn, 2008), fungsi psikososial (*psychosocial functioning*) merupakan performa seseorang dalam menjalankan peran atau tugas-tugasnya, sebagaimana peran atau tugas-tugas tersebut telah disosialisasikan kepadanya.

Dalam penelitiannya, Rohde et al. (2007) menemukan bahwa tingkat gangguan akibat penggunaan zat atau obat-obatan (*substance abuse/substance dependence*) pada remaja memiliki hubungan dengan kesulitan dalam pencapaian tugas-tugas dan tanggung jawab selama masa transisi ke usia dewasa, dimana hal tersebut merupakan manifestasi dari fungsi psikososial yang negatif. Rohde et al. (2007) juga membuktikan bahwa penyalahgunaan zat atau obat-obatan (termasuk penggunaan ganja) pada remaja memiliki hubungan sebab akibat dengan fungsi psikososial-nya dikemudian hari, dimana penggunaan zat tersebut bertanggung jawab atas berkembangnya hasil psikososial yang negatif. Hubungan sebab akibat tersebut dapat juga dilihat dari arah sebaliknya, dimana kesulitan penyesuaian psikososial dapat mengakibatkan penyalahgunaan zat.

Terkait dengan hubungan antara penggunaan ganja dan fungsi psikososial, penelitian lain yang dilakukan oleh Duarte, Escario & Molina (2006) membuktikan bahwa penggunaan marijuana memiliki hubungan yang positif dan signifikan pada kegagalan dalam sekolah, dimana tidak ada pengaruh dengan arah

sebaliknya (tidak ada pengaruh dari kegagalan dalam sekolah terhadap penggunaan ganja). Kemudian, penelitian ini juga membuktikan bahwa penggunaan ganja memengaruhi performa akademik siswa sehingga pengulangan tahun sekolah dapat terjadi. Hal ini mengindikasikan bahwa pengurangan dalam penggunaan ganja pada populasi siswa sekolah akan memberikan pengaruh dalam pencapaian pendidikannya.

Penelitian dari Cascone, Zimmermann, Auckenthaler & Robert-Tissot (2011) terhadap sejumlah remaja di Swiss menunjukkan bahwa remaja yang memiliki ketergantungan terhadap ganja memiliki masalah-masalah pada berbagai segi psikososial. Kelompok remaja dengan ketergantungan terhadap ganja terbukti cenderung memilih jenis coping *avoidant* dan memiliki tingkat kecemasan yang lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok remaja yang tidak mengalami ketergantungan terhadap ganja. Cascone et al. (2011) juga menjelaskan bahwa tingkat keparahan dalam berbagai area psikososial secara signifikan lebih tinggi pada remaja yang ketergantungan terhadap ganja, dimana hal tersebut mengindikasikan level permasalahan yang lebih tinggi di sekolah, lingkungan sosial, keluarga, area hukum dan secara psikologis, dibandingkan dengan remaja yang tidak ketergantungan. Selain itu, seseorang yang mulai menggunakan ganja pada masa awal usia remajanya akan lebih cenderung untuk menjadi pengguna reguler ganja serta cenderung untuk tidak melanjutkan pendidikan formal di sekolah dan mengalami ketidakstabilan pekerjaan pada masa dewasa muda (Hall & Pacula; Lynskey & Hal, dalam Hall & Solowij, 2006).

Hasil dari penelitian-penelitian tersebut menunjukkan adanya keterkaitan antara penggunaan ganja dan beberapa aspek dari fungsi psikososial seseorang. Akan tetapi, dalam penelitian tersebut tidak dijelaskan mengenai keterkaitan antara penggunaan ganja dan aspek-aspek fungsi psikososial secara keseluruhan. Hal ini membuat peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang dapat memberikan penjelasan mengenai hubungan antara tingkat penggunaan ganja dan fungsi psikososial. Selain itu, terdapat penelitian yang menemukan bahwa orang yang mengalami adiksi terhadap obat-obatan hanya sedikit yang memiliki profil psikososial yang normal (Platt; De Leon, dalam Knight et al., 1994), dimana hal

ini menggugah peneliti untuk mengetahui apakah hal tersebut juga terjadi pada para pengguna ganja.

Berdasarkan penjelasan sebelumnya mengenai fungsi psikososial, dapat terlihat bahwa fungsi psikososial melingkupi cukup banyak aspek. Akan tetapi, dalam penelitian ini konstruk fungsi psikososial yang akan dibahas terbatas pada aspek-aspek yang diungkapkan oleh Knight, Holcom & Simpson (1994) dalam *TCU Psychosocial Functioning Scales*. Menurut Knight et al., (1994), fungsi psikososial terdiri dari aspek-aspek psikologis dan sosial, yaitu *self-esteem*, depresi, kecemasan (*anxiety*), pengambilan keputusan (*decision-making*), permusuhan (*hostility*), pengambilan risiko (*risk-taking*), konformitas (*conformity*) dan masalah-masalah saat kecil (*childhood problems*). Sementara itu, variabel tingkat penggunaan ganja dapat diukur dengan menggunakan alat ukur *The Cannabis Use Disorders Identification Test – Revised* (CUDIT-R) yang dikembangkan oleh Adamson et al. (2010).

Bagi individu pengguna zat atau obat-obatan yang telah sampai pada level adiksi, mengetahui masalah-masalah yang berkaitan dengan fungsi psikososial akan dapat membantu dalam pengembangan rencana pengobatannya (Powell & Taylor, dalam Knight et al., 1994). Oleh karena itu, dalam penelitian ini akan dibahas mengenai bagaimana keterkaitan antara tiap-tiap aspek dari fungsi psikososial dan tingkat penggunaan ganja dari seseorang. Dengan mengetahui aspek-aspek mana saja yang mungkin terganggu karena keterkaitannya dengan tingkat penggunaan ganja, maka aspek-aspek ini dapat dikembangkan untuk mencapai fungsi psikososial yang lebih baik. Dengan demikian, adanya penelitian ini diharapkan dapat menjadi informasi bagi pengguna ganja serta dapat menjadi bahan pertimbangan bagi konselor dalam menangani klien yang mengalami masalah-masalah terkait penggunaan ganja.

## **1.2. Masalah Penelitian**

Berdasarkan latar belakang yang telah dipaparkan sebelumnya, permasalahan utama yang ingin dijawab dalam penelitian ini, yaitu:

- 1) Apakah terdapat hubungan antara tingkat penggunaan ganja dan aspek-aspek fungsi psikososial?

- 2) Bagaimana gambaran tingkat penggunaan ganja dan aspek-aspek fungsi psikososial jika dilihat berdasarkan usia mulai menggunakan ganja, banyaknya ganja dalam setiap kali konsumsi, jangka waktu (lama) menggunakan ganja dan frekuensi penggunaan ganja sepanjang hidup?

### **1.3. Tujuan Penelitian**

Penelitian ini dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui apakah terdapat hubungan antara tingkat penggunaan ganja dan aspek-aspek fungsi psikososial. Selain itu, penelitian ini juga ditujukan untuk mengetahui gambaran tingkat penggunaan ganja dan aspek-aspek fungsi psikososial jika dilihat berdasarkan usia mulai menggunakan ganja, banyaknya ganja dalam setiap kali konsumsi, jangka waktu (lama) menggunakan ganja dan frekuensi penggunaan ganja sepanjang hidup.

### **1.4. Manfaat Penelitian**

Manfaat teoritis dari penelitian ini adalah untuk menambah literatur mengenai hubungan antara tingkat penggunaan ganja dan aspek-aspek fungsi psikososial. Selain itu, penelitian ini akan bermanfaat sebagai sumbangan penelitian khususnya di bidang Psikologi Klinis. Adanya penelitian ini juga diharapkan dapat memicu munculnya penelitian lain untuk mengetahui lebih lanjut mengenai penggunaan ganja dan keterkaitannya dengan fungsi psikososial seseorang.

Sementara itu, manfaat praktis dari penelitian ini antara lain, bisa menjadi informasi untuk para pengguna ganja dan juga masukan bagi para konselor dalam memberikan *treatment* yang sesuai pada individu yang mengalami masalah akibat penggunaan ganja. Dengan adanya informasi mengenai keterkaitan antara tingkat penggunaan ganja dan aspek-aspek fungsi psikososial, maka konselor akan lebih mudah dalam menentukan cara penanganan yang tepat untuk membantu menyelesaikan masalah yang dihadapi kliennya.



### 1.5. Sistematika Penulisan

Laporan penelitian ini terdiri dari lima bab, yaitu sebagai berikut:

- 1) Bab 1 merupakan pendahuluan yang membahas latar belakang penelitian, masalah penelitian, tujuan dan manfaat penelitian serta sistematika penulisan laporan penelitian.
- 2) Bab 2 merupakan tinjauan pustaka. Pada bagian ini akan diuraikan mengenai tingkat penggunaan ganja, tanaman ganja dan pemanfaatannya, efek penggunaan ganja dan motif penggunaan ganja. Selain itu, akan diuraikan juga mengenai definisi fungsi psikososial dan aspek-aspek yang termasuk di dalamnya serta penelitian-penelitian yang berkaitan dengan penggunaan ganja dan aspek-aspek fungsi psikososial.
- 3) Bab 3 merupakan metode penelitian, yang akan menjelaskan mengenai masalah penelitian, hipotesis, definisi konseptual dan operasional dari tingkat penggunaan ganja dan fungsi psikososial, tipe dan desain penelitian, responden penelitian, teknik pengumpulan data, instrumen penelitian serta prosedur penelitian dan metode analisis data.
- 4) Bab 4 merupakan bagian hasil dan analisis data. Pada bagian ini akan dijelaskan mengenai gambaran umum responden penelitian serta hasil dari penelitian.
- 5) Bab 5 berisi kesimpulan dari penelitian, diskusi mengenai hasil penelitian dan saran metodologis serta saran praktis berdasarkan hasil penelitian untuk penelitian berikutnya.

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1. Penggunaan Ganja

##### 2.1.1. Tingkat Penggunaan Ganja

Berdasarkan *Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM-III-R), terdapat tiga level penggunaan zat atau obat-obatan terkait perilaku dan keberfungsian manusia (*American Psychiatric Association*, dalam Fothergill & Ensminger, 2006), yaitu: (1) “menggunakan” (*use*), yang mengacu pada konsumsi yang rendah atau jarang dengan hanya sedikit konsekuensi negatif; (2) “penyalahgunaan” (*abuse*), yang mengacu pada konsumsi dengan dosis dan/atau frekuensi yang lebih rendah dibandingkan level ketergantungan; (3) “ketergantungan” (*dependence*), yang dikarakteristikan dengan tingkat penggunaan atau konsumsi yang tinggi serta adanya konsekuensi negatif yang parah pada kesehatan dan keberfungsian. Dalam Kring et al. (2010), dijelaskan bahwa *substance abuse* dan *substance dependence* merupakan dua kategori dalam *substance use disorder*, yaitu gangguan yang terjadi akibat penggunaan zat atau obat-obatan tertentu.

*Substance dependence* atau ketergantungan terhadap zat dapat juga disebut sebagai adiksi (*addiction*). Berdasarkan *Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM-IV-TR), *substance dependence* dikarakteristikan dengan adanya berbagai masalah terkait penggunaan zat (Kring et al., 2010). Masalah-masalah tersebut, antara lain menggunakan zat lebih banyak daripada yang direncanakan, usaha yang gagal untuk berhenti menggunakan, mengalami masalah-masalah fisik dan psikologis yang bertambah parah akibat penggunaan zat serta mengalami masalah dengan teman-teman ataupun dalam pekerjaan. Lebih lanjut lagi, dalam DSM-IV-TR dinyatakan bahwa seseorang dapat didiagnosis mengalami *substance dependence*, apabila telah mengalami setidaknya tiga dari tujuh kriteria berikut ini: (1) penggunaan dosis zat yang semakin lama semakin meningkat untuk memperoleh efek yang diinginkan (toleransi); (2) efek negatif terhadap fisik atau psikologis yang berkembang ketika penggunaan zat dikurangi atau dihentikan (*withdrawal*); (3) penggunaan zat

dalam waktu yang panjang; (4) ada keinginan atau usaha untuk mengurangi atau mengontrol penggunaan zat; (5) menghabiskan banyak waktu untuk berusaha memperoleh zat; (6) terganggunya aktivitas sosial, rekreasional atau aktivitas terkait pekerjaan; (7) tetap menggunakan zat meskipun tahu ada masalah-masalah yang disebabkan oleh penggunaan zat.

Sementara itu, *substance abuse* dinyatakan sebagai diagnosis yang tidak terlalu serius dibandingkan dengan *substance dependence/addiction*, dimana seseorang yang mengalaminya memiliki masalah seperti gagal memenuhi tugas atau kewajiban terkait pekerjaan atau keluarga (Kring et al., 2010). Dalam DSM-IV-TR, dinyatakan bahwa seseorang dapat didiagnosa mengalami *substance abuse* apabila memenuhi salah satu dari empat kriteria berikut: (1) kegagalan memenuhi kewajiban; (2) penggunaan yang berulang-ulang dalam situasi yang yang membahayakan fisik; (3) mengalami masalah hukum terkait dengan penggunaan zat; (4) tetap menggunakan zat tersebut meskipun banyak masalah terjadi akibat penggunaannya.

Berdasarkan tahapan yang biasanya terjadi, Gahlinger (dalam Thakkar, 2006) membagi penggunaan zat atau obat-obatan menjadi empat tingkat, yaitu *experimental use*, *recreational use*, *circumstantial use* dan *compulsive use*. *Experimental use* atau penggunaan atas dasar eksperimen, merupakan tingkat pertama penggunaan, dimana seseorang baru pertama kali menggunakan zat atau obat-obatan tertentu dan biasanya terjadi karena rasa penasaran atau dorongan dari teman atau anggota keluarga. *Recreational use* merupakan tahap kedua dalam penyalahgunaan obat-obatan yang terjadi ketika pengguna mulai menikmati efek yang diberikan dan mereka merasa tidak ada konsekuensi negatif yang dialami. Tahap *recreational use* ini biasanya terjadi dalam kelompok, saat mereka berkumpul dan berbagi pengalaman. Tahap yang ketiga, yaitu *circumstantial use*, berkembang ketika zat atau obat-obatan telah digunakan untuk mendapatkan efek-efek tertentu atau untuk mengatasi masalah-masalah tertentu. Pada tahap ini, penggunaan obat-obatan dapat dilakukan bersama kelompok, orang asing atau sendirian. Selain itu, penggunaan obat juga dapat berfluktuasi dari waktu ke waktu dan dapat terjadi penggunaan yang berlebihan pada suatu waktu. Kemudian, pada tahap yang terakhir, yaitu *compulsive use* atau dapat disebut juga

sebagai adiksi atau ketergantungan (*dependence*), hidup dari pengguna obat-obatan sudah didominasi oleh hal-hal yang berkaitan dengan penggunaan obat serta cara mendapatkannya, sehingga hal lainnya tidak lagi dianggap penting.

Ganja merupakan bagian dari zat (*substance*) yang masih banyak digunakan orang untuk berbagai macam tujuan. Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya bahwa penggunaan zat dapat dibagi menjadi tiga level penggunaan, maka secara tidak langsung tingkat penggunaan ganja pun dapat terbagi menjadi tiga level, yaitu *cannabis use*, *cannabis abuse* dan *cannabis dependence*. Walaupun begitu, masih terjadi perdebatan pada kalangan peneliti mengenai ada atau tidaknya efek ketergantungan yang mungkin diakibatkan oleh penggunaan ganja (*cannabis dependence*). Terkait dengan hal tersebut, Rogers (2011) menyatakan bahwa ganja (*marijuana*) bukanlah zat yang dapat membuat ketergantungan fisik, dimana tidak ada *withdrawal symptoms* (gejala putus zat) ketika penggunaan zat dihentikan. Ketergantungan secara psikologis terhadap ganja memang dapat terjadi, tetapi hanya pada pengguna dengan tipe-tipe tertentu saja (Rogers, 2011), yang menurut Watt (1965, dalam Cipta, 2010) telah memiliki predisposisi (seperti gangguan psikotik) sebelumnya.

### **2.1.2. Tanaman Ganja dan Pemanfaatannya**

Pada awalnya, tanaman ganja yang memiliki nama latin *cannabis sativa* ini tumbuh di daerah timur dan tenggara Laut Kaspia, di Asia bagian barat, dimana banyak ditemukan tanaman *cannabis* yang dapat tumbuh liar di daerah tersebut. Namun, sebagai akibat dari keterlibatan manusia terhadap tanaman ini, maka sekarang tanaman ini dapat ditemukan tumbuh atau ditanam di seluruh dunia (Emmett & Nice, 2009). Sejak dahulu, *cannabis sativa* telah dianggap berharga dan banyak digunakan dalam bidang medis sebagai analgesik, *anti-depressant*, antibiotik dan sedatif (Rogers, 2011). Hal ini dikarenakan zat kimia *cannabinoids* yang terkandung di dalamnya. Zat tersebutlah yang memberikan efek intoksikasi pada manusia yang mengonsumsi ganja.

*Cannabis* mengandung lebih dari 460 jenis senyawa kimia, dimana lebih dari 60 senyawa di antaranya digolongkan dalam kategori *cannabinoid* (Amar, 2006). Jenis *cannabinoid* yang paling banyak mengandung zat psikoaktif dan terdapat

didalam tanaman ganja disebut sebagai *delta-9-tetrahydrocannabinol* atau THC (Amar, 2006). Sementara itu, senyawa kimia *cannabinoid* yang lain, seperti *delta-8-THC*, *cannabinol*, *cannabidiol*, *cannabicyclol*, *cannabichromene*, dan *cannabigerol*, hanya ada pada jumlah yang sedikit dan tidak memiliki efek sebesar THC (Amar, 2006). Meskipun demikian, senyawa *cannabinoid* selain THC, seperti *cannabidiol* yang tidak bersifat psikoaktif, diketahui memiliki fungsi sedatif, anti-konvulsan serta melindungi sel saraf dari sifat racun glutamat dengan berperan sebagai anti-oksidan, anti-inflamasi, anti-jamur dan anti-bakteri (Tim Lingkar Ganja Nusantara, 2011).

Selain itu, tanaman ganja juga diketahui memiliki manfaat dalam bidang industri. Ganja diketahui dapat diolah untuk menjadi bahan bakar nabati (*biofuel*) yang dapat menjadi bahan bakar alternatif. Serat ganja juga dapat digunakan sebagai bahan baku tali dan pakaian. Bahkan, minyak biji ganja juga dapat dimanfaatkan untuk merawat penampilan, dimana di Amerika Utara minyak biji ganja telah menghasilkan produk-produk, seperti sabun batangan, sabun cair, krim wajah, krim tangan dan kaki, minyak urut serta pelembab bibir (Tim Lingkar Ganja Nusantara, 2011).

### 2.1.3. Efek Penggunaan Ganja

Penggunaan ganja akan memberikan efek atau pengaruh terhadap fisiologis maupun psikologis manusia. Akan tetapi, efek yang ditimbulkan dapat menjadi pengalaman subjektif yang berbeda-beda pada setiap orang, bergantung pada banyak hal. Hal-hal tersebut antara lain, dosis yang digunakan, lingkungan tempat menggunakan ganja serta *mood* atau kepribadian pengguna ganja, familiaritas terhadap ganja dan harapan yang diinginkan dari penggunaan ganja (Iversen, 2000). Selain itu, cara menggunakan ganja (dihisap dalam bentuk rokok, dimakan, diminum) juga dapat memengaruhi efek yang diberikan (Rogers, 2011).

Lebih lanjut, efek yang biasa ditimbulkan dari penggunaan ganja terhadap fisiologis manusia, antara lain pusing, kepala terasa ringan, gangguan pada koordinasi dan gerakan, sensasi berat pada tangan dan kaki, rasa kering pada mulut dan tenggorokan, merah atau iritasi pada mata, penglihatan menjadi tidak jelas, detak jantung menjadi lebih cepat, rasa sesak di dada, adanya keanehan pada

pendengaran (seperti mendengar bunyi berdengung, terasa ada tekanan atau suara yang berubah) serta munculnya rasa lapar yang biasa diasosiasikan dengan keinginan atas sesuatu yang manis (Rogers, 2011). Sementara itu, efek-efek yang biasa dirasakan dari penggunaan ganja terhadap keadaan psikologis, antara lain perubahan *mood* (termasuk tertawa cekikikan, kegembiraan dan euforia), distorsi perseptual (terhadap ruang, waktu, jarak), disorganisasi proses berpikir (seperti terpecah-pecah, gangguan memori, atensi cepat berubah) dan kehilangan kontak dengan realitas (tidak merasa terlibat dalam hal yang sedang dikerjakan). Selain itu, adapula efek psikologis yang bersifat positif, yaitu kemungkinan adanya peningkatan rasa penghargaan diri dan peningkatan dalam kemampuan bersosialisasi (Rogers, 2011).

#### 2.1.4. Motif Penggunaan Ganja

Terdapat banyak alasan yang memicu atau menjadi motif seseorang untuk menggunakan ganja. Simons, Correia, Carey & Borsari (1998) telah membagi motif penggunaan ganja menjadi lima kategori, yaitu *enhancement motives* (untuk memperoleh efek positif dari ganja, seperti menjadi 'high'), *coping motives* (untuk mengatasi *mood* negatif, seperti depresi atau *anxiety*), *social motives* (untuk memfasilitasi hubungan sosial), *conformity motives* (sebagai identifikasi kelompok atau karena tekanan dari teman) serta *expansion motives* (untuk memperoleh peningkatan kemampuan kognitif dan perseptual). Beberapa motif tersebut dinyatakan memiliki keterkaitan dengan penggunaan ganja. Motif *enhancement* dan sosial terbukti berhubungan dengan peningkatan penggunaan ganja, sedangkan motif *coping* terbukti secara signifikan dalam memprediksi afek negatif, *anxiety sensitivity* dan simptom-simptom depresi (Zvolensky et al., 2007).

Sementara itu, sebuah studi pada remaja dan dewasa muda di Amerika Serikat membuktikan bahwa pada laki-laki, motif *enhancement* diasosiasikan dengan frekuensi penggunaan ganja yang tinggi, sedangkan pada perempuan, motif *expansion* diasosiasikan dengan tingginya frekuensi penggunaan dan ketergantungan terhadap ganja (<http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/>). Secara umum, motif penggunaan ganja ternyata juga terbukti berhubungan dengan pola penggunaan ganja (ringan atau berat) dan masalah yang ditimbulkan (Lee et al.,

2007). Selain itu, adapula orang-orang yang menggunakan ganja dengan motif untuk keperluan medis atau pengobatan, dimana hal ini telah dilakukan sejak ratusan tahun lalu (Emmett & Nice, 2009).

## **2.2. Fungsi Psikososial (*Psychosocial Functioning*)**

### **2.2.1. Definisi Fungsi Psikososial (*Psychosocial Functioning*)**

Istilah psikososial cukup dikenal melalui kemunculan teori tahapan perkembangan psikososial (*Psychosocial Development*) dari Erik Erikson. Dalam teori tersebut, Erikson memodifikasi dan menambah teori dari Freud (*Freudian theory*) dengan menekankan pengaruh dari lingkungan sosial (*society*) dalam perkembangan kepribadian seseorang (Papalia et al., 2009). Pada teori tahapan perkembangan psikososial dari Erikson, dijelaskan bahwa lingkungan sosial dan kultur di sekitar seseorang dapat memengaruhi proses perkembangan dari diri (*ego/self*) orang tersebut (Papalia et al., 2009).

Pada tahun 1958, istilah fungsi psikososial (*psychosocial functioning*) muncul dan pertama kali didefinisikan oleh Parsons (Dunn, 2008). Menurut Parsons (dalam Dunn, 2008), fungsi psikososial (*psychosocial functioning*) merupakan performa seseorang dalam menjalankan peran atau tugas-tugasnya, sebagaimana peran atau tugas-tugas tersebut telah disosialisasikan kepadanya. Selanjutnya, Hirsfeld et al. (dalam Dunn, 2008) mendefinisikan fungsi psikososial (*psychosocial functioning*) sebagai performa seseorang dalam peran sosialnya dan kepuasan terhadap perannya tersebut, termasuk pada hal-hal okupasional, interpersonal dan rekreasional. Sementara itu, Masten & Coatsworth (dalam Lewinsohn et al., 2003) menyatakan bahwa fungsi psikososial (*psychosocial functioning*) merupakan istilah yang cukup kompleks, meliputi berbagai konstruk terkait keberhasilan seseorang dalam mencapai tugas-tugas perkembangan yang diharapkan dari individu pada usia tertentu dan konteks budaya tertentu.

Lewinsohn et al. (2003) menjelaskan bahwa fungsi psikososial (*psychosocial functioning*) pada dewasa muda terkait dengan berbagai macam hal, antara lain performa dalam bidang akademik dan pekerjaan, *marital status* dan *parenting status*, level pendapatan, kualitas hubungan dengan keluarga dan teman-teman, kesulitan (*adversity*) yang dihadapi, kepuasan hidup, pemanfaatan kesehatan

mental dan kesehatan fisik secara keseluruhan. Hal ini dikarenakan hal-hal tersebut berkaitan dengan tugas-tugas perkembangan yang harus dicapai oleh manusia pada tahap dewasa muda. Kemudian, Mureau, Slijper, Slob & Verhulst (1997) menyebutkan bahwa buruknya fungsi psikososial seseorang dapat terlihat dari adanya masalah terkait perilaku atau emosinya serta masalah dengan kemampuan berhubungan sosial, *self-esteem* dan kepercayaan diri (*self-confidence*). Nugent & Williams (2001) juga menjelaskan mengenai masalah dalam fungsi psikososial dan menyebutkan bahwa masalah-masalah pada fungsi psikososial termasuk di antaranya adalah depresi, *anxiety-fearfulness*, *personal stress*, agresi, masalah dengan *self-esteem* serta masalah dengan hubungan keluarga.

Dalam studinya, Chong & Lopez (2004) menyatakan bahwa kemajuan atau perbaikan pada *psychosocial functioning* dapat ditunjukkan dari meningkatnya *self-esteem* atau *self-efficacy*, ataupun menurunnya tingkat kecemasan, permusuhan (*hostility*) atau depresi. Sementara itu, studi dari Knight, Wallace, Joe & Logan (2001) menunjukkan hasil bahwa peningkatan atau perbaikan fungsi psikososial pada residen penyalahgunaan obat-obatan yang telah mendapatkan perawatan selama tiga bulan, ditandai dengan meningkatnya tingkat *self-esteem* dan konformitas, serta menurunnya tingkat depresi, kecemasan, permusuhan (*hostility*) dan pengambilan risiko (*risk-taking*), secara signifikan. Studi dari Knight et al. (2001) tersebut didasarkan pada studi sebelumnya (Knight et al., 1994) yang mengindikasikan fungsi psikososial dari beberapa aspek, yaitu *self-esteem*, depresi, kecemasan (*anxiety*), pengambilan keputusan (*decision-making*), permusuhan (*hostility*), pengambilan risiko (*risk-taking*), konformitas dan masalah-masalah saat kecil.

Berdasarkan penjelasan tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa fungsi psikososial adalah performa yang ditunjukkan seseorang dalam menjalankan tugas-tugas sesuai dengan peran sosial yang telah disosialisasikan kepadanya. Oleh karena itu, fungsi psikososial juga terkait dengan keberhasilan seseorang dalam mencapai tugas-tugas perkembangannya.



### 2.2.2. Aspek-aspek Fungsi Psikososial (*Psychosocial Functioning*)

Menurut Knight et al. (1994), aspek-aspek yang menyusun fungsi psikososial terbagi menjadi dua domain, yaitu domain psikologis, yang terdiri dari *self-esteem*, depresi, kecemasan (*anxiety*) dan pengambilan keputusan (*decision-making*), serta domain sosial, yang terdiri dari permusuhan (*hostility*), pengambilan risiko (*risk-taking*), konformitas dan masalah-masalah saat kecil (*childhood-problems*). Fungsi psikososial akan semakin baik, apabila *self-esteem*, pengambilan keputusan (*decision-making*) dan konformitas (*conformity*) juga semakin baik, sedangkan depresi, kecemasan (*anxiety*), permusuhan (*hostility*), pengambilan risiko (*risk-taking*), dan masalah-masalah saat kecil (*childhood problems*) semakin rendah (Knight et al., 1994). Berikut ini merupakan penjelasan dari delapan aspek-aspek tersebut.

#### 2.2.2.1. *Self-esteem*

Menurut Branden (1992), *self-esteem* dapat didefinisikan sebagai berikut:

*“Self-esteem is the disposition to experience oneself as competent to cope with the challenges of life and as deserving of happiness.”*

(Branden, 1992 : 21)

Berdasarkan pernyataan tersebut, *self-esteem* dapat menunjukkan sejauhmana seseorang merasa dirinya kompeten atau mampu untuk mengatasi tantangan dalam hidup dan merasa pantas untuk memperoleh kebahagiaan. Branden (1992) juga menyatakan bahwa *self-esteem* mencakup dua hal, yaitu: (1) kepercayaan akan kemampuan diri untuk berpikir dan untuk mengatasi tantangan-tantangan dalam hidup; serta (2) kepercayaan diri terkait kepemilikan hak untuk bahagia, hak untuk mengungkapkan keinginan atau kebutuhan, hak untuk menikmati hasil dari usaha-usaha yang telah dilakukan dan perasaan berharga serta pantas. Menurut Baumeister (2005), *self-esteem* menunjukkan bagaimana seseorang menilai atau mengevaluasi dirinya sendiri. Sementara itu, menurut Papalia, Olds & Feldman (2009), *self-esteem* merupakan bagian evaluasi dari konsep diri, dimana hal ini menunjukkan penilaian yang dibuat atau diberikan seseorang terhadap harga dirinya sendiri (*self-worth*).

*Self-esteem* merupakan kebutuhan dasar dari seorang manusia yang memberikan kontribusi penting dalam proses kehidupan, dimana hal ini sangat diperlukan untuk mencapai perkembangan yang normal dan sehat (Branden, 1992). *Self-esteem* sudah mulai berkembang sejak usia anak-anak awal, dimana *self-esteem* akan berkembang seiring perkembangan kemampuan kognitif seseorang dalam menggambarkan dan mendefinisikan diri mereka (Papalia et al., 2009). *Self-esteem* yang positif dapat bekerja sebagai sistem ketahanan pada kesadaran (*the immune system of consciousness*) yang memberikan perlawanan, kekuatan dan kapasitas untuk regenerasi. Oleh karena itu, ketika *self-esteem* rendah atau bersifat negatif, resiliensi seseorang dalam menghadapi berbagai kesulitan hidup akan berkurang (Branden, 1992). Sementara itu, ketika keadaan buruk terjadi, orang-orang dengan *self-esteem* tinggi akan merasa bahwa mereka berharga, memiliki kekuatan serta kemampuan, sehingga mereka mampu bertahan dalam menghadapi masalahnya (Baumeister, 2005). Baumeister (2005) juga menyebutkan bahwa salah satu keuntungan dari *self-esteem* yang tinggi adalah dimilikinya inisiatif yang juga tinggi. Orang-orang dengan *self-esteem* tinggi akan memiliki kemungkinan yang lebih besar untuk bertindak langsung atas impuls dan kepercayaan yang dimiliki.

#### **2.2.2.2. Depresi**

Depresi merupakan keadaan emosional yang dikarakteristikkan dengan kesedihan, pikiran-pikiran tidak menyenangkan, apati (kurang dapat merasakan emosi) dan kekesalan (Emmet & Nice, 2009). Simptom atau gejala utama dari depresi adalah kesedihan yang sangat dalam dan ketidakmampuan untuk merasakan atau mengalami kesenangan (Kring et al., 2010). Perasaan depresi jauh lebih kuat dan jauh tidak menyenangkan dibandingkan dengan perasaan tidak senang yang biasa dialami oleh kita semua dari waktu ke waktu (<http://uhs.berkeley.edu/home/healthtopics/>). Depresi terjadi dalam rentang waktu yang lama, dimana dapat bertahan sampai berbulan-bulan, bukan hanya dalam hitungan hari atau minggu.

Pada laporan dari National Institute of Mental Health (2003) dinyatakan bahwa depresi dapat memengaruhi tubuh, *mood*, pikiran dan tingkah laku. Selain

itu, depresi juga dapat mengubah banyak hal, mulai dari kebiasaan makan, bagaimana cara seseorang merasa dan berpikir, kemampuan bekerja dan belajar, sampai pada bagaimana cara seseorang berinteraksi dengan orang lain (<http://uhs.berkeley.edu/home/healthtopics/>). Kring et al. (2010) juga menyatakan bahwa depresi dapat membuat seseorang sering melihat sesuatu dari sudut negatif dan cenderung mudah putus harapan. Lebih lanjut lagi, seseorang yang mengalami depresi biasanya memperlihatkan simptom-simptom tertentu, antara lain energinya menurun atau mudah lelah, terlalu sensitif (sehingga bisa menangis secara berlebihan), merasa nyeri pada beberapa bagian tubuh (yang tidak dapat dijelaskan secara medis), mengalami gangguan tidur (sulit tidur/insomnia, tidur terlalu lama, terbangun terlalu pagi dibandingkan hari-hari biasa), mengalami perubahan selera makan (menurun/meningkat), kehilangan ketertarikan pada aktivitas sehari-hari (termasuk untuk berhubungan seksual), kehilangan inisiatif, menarik diri dari lingkungan (lebih sering diam dan duduk menyendiri), tidak memperhatikan penampilan serta merasa putus asa, bersalah dan tidak berharga, sehingga bisa sampai berpikir tentang kematian atau bunuh diri.

Gangguan depresif terdiri dari beberapa bentuk, antara lain *major depression* dan *dysthymia*, yang memiliki prevalensi lebih besar dibandingkan tipe-tipe lainnya. *Major depressive disorder* atau *major depression* dikarakteristikan dengan adanya kombinasi simptom-simptom yang mengganggu kemampuan seseorang untuk bekerja, tidur, makan dan menikmati aktivitas-aktivitas yang menyenangkan. Sementara itu, tipe depresi yang lebih ringan, yaitu *dysthymia*, melibatkan waktu yang panjang, simptom-simptom kronis yang tidak terlalu parah, tetapi tetap mengganggu fungsi seseorang untuk bisa menunjukkan seluruh kemampuannya.

### 2.2.2.3. Kecemasan (*Anxiety*)

Menurut Kring et al. (2010), kecemasan (*anxiety*) dapat didefinisikan sebagai berikut:

*“Anxiety is defined as apprehension over an anticipated problem.”*

(Kring et al., 2010 : 120)

Berdasarkan pernyataan tersebut, maka dapat diartikan bahwa kecemasan merupakan suatu kekhawatiran terhadap masalah yang belum terjadi atau baru akan terjadi di kemudian hari. Kring et al. (2010) juga menjelaskan bahwa kecemasan berbeda dengan rasa takut (*fear*), dimana takut merupakan reaksi terhadap bahaya atau ancaman yang terjadi saat itu. Sementara itu, cemas cenderung terkait dengan ancaman yang terjadi di masa depan.

Munculnya kecemasan dan rasa takut melibatkan adanya rangsangan atau aktivitas pada sistem saraf simpatetik (Kring et al., 2010). Rangsangan yang terjadi saat cemas biasanya berada pada tingkat moderat, dimana seseorang yang mengalaminya akan merasakan kegelisahan dan ketegangan fisiologis, tidak lebih dari itu. Hal tersebut berbeda dengan rangsangan pada tingkat lebih tinggi yang dialami saat merasa takut, dimana dapat menimbulkan keringat dalam jumlah banyak, napas yang cepat (tersengal) serta adanya perasaan memiliki kekuatan yang besar untuk lari. Knight et al. (1994) menggambarkan bahwa kecemasan dapat terlihat dari beberapa hal, antara lain kesulitan untuk berkonsentrasi atau mengingat, merasa gelisah, ketegangan pada otot, mengalami kesulitan atau gangguan tidur serta merasa khawatir akan banyak hal.

Kecemasan merupakan hal yang umum terjadi pada banyak orang, dimana mereka khawatir mengenai hubungan dengan pasangan, kesehatan, keuangan dan masalah-masalah kecil yang terjadi sehari-hari. Kecemasan adalah hal yang adaptif dalam membantu untuk menyadari dan membuat rencana terkait adanya ancaman di masa depan (Kring et al., 2010). Dirasakannya kecemasan dapat membantu untuk meningkatkan persiapan, untuk menghindari situasi yang berpotensi bahaya dan untuk berpikir mengenai potensi masalah sebelum masalah tersebut terjadi. Penelitian sejak bertahun-tahun yang lalu pun telah membuktikan bahwa tingkat kecemasan yang rendah dapat memperbaiki performa pada beberapa tugas yang diberikan. Akan tetapi, tingkat kecemasan yang tinggi dapat mengganggu performa. Oleh karena itu, Kring et al. (2010) menyatakan bahwa tidak adanya kecemasan akan menjadi masalah, sedikit kecemasan merupakan hal adaptif, sedangkan terlalu banyak kecemasan akan merusak atau mengganggu performa.

#### 2.2.2.4. Pengambilan Keputusan (*Decision-making*)

Seorang filosof, Jean Paul Sartre menyatakan bahwa seorang manusia sebagai makhluk yang berkesadaran dikutuk untuk bebas, sehingga manusia harus mengambil keputusan untuk menentukan pilihan dalam hidupnya dan bertanggung jawab atas pilihan tersebut (Putra, 2009). Svenson (dalam Lipshitz & Strauss, 1997) menyatakan bahwa pengambilan keputusan (*decision-making*) adalah proses mendiferensiasi atau membedakan satu alternatif dengan alternatif lain, dengan tujuan meyakinkan mana yang paling bernilai atau paling baik untuk diimplementasikan. Sementara itu, Sweeney & McFarlin (dalam Putra, 2009) mendefinisikan pengambilan keputusan (*decision-making*) sebagai proses mengevaluasi satu atau lebih pilihan dengan tujuan untuk meraih hasil terbaik yang diharapkan.

Secara konseptual, pengambilan keputusan dapat dibedakan berdasarkan tingkat ketidakpastian dari hasil yang akan terjadi karena mungkin ada beberapa situasi yang menawarkan informasi lebih banyak mengenai hasil yang diharapkan dibandingkan yang lain (Weber & Johnson, dalam Starcke & Brand, 2012). Weber & Johnson (dalam Starcke & Brand, 2012) menyatakan bahwa setiap keputusan dapat ditempatkan pada satu kontinum, dari *complete ignorance* (ketidaktahuan; probabilitas hasil yang akan terjadi sama sekali tidak diketahui), *uncertainty/ambiguity* (ketidakpastian; hasil diketahui tetapi probabilitas terjadinya tidak diketahui), *risk* (risiko), sampai pada *certainty* (kepastian; hanya ada satu hasil yang diketahui akan terjadi). Tingkat ketidakpastian pada suatu keputusan tersebut dinyatakan dapat memengaruhi strategi pengambilan keputusan, apakah suatu keputusan akan diambil secara rasional (dengan dasar kalkulasi tertentu) atau dengan berdasarkan intuisi (Epstein, dalam Starcke & Brand, 2012).

Proses pengambilan keputusan melingkupi suatu kesatuan yang luas, termasuk membuat kesimpulan, memilih alternatif yang memiliki keuntungan terbesar ataupun membuat keputusan yang terkait moral (Starcke & Brand, 2012). Menurut Knight et al. (1994), kemampuan seseorang dalam pengambilan keputusan dapat terlihat dari pemikiran terkait penyebab masalah, pemikiran terkait konsekuensi keputusan terhadap dirinya dan orang lain, analisa yang

dilakukan terhadap pilihan-pilihan yang dimiliki serta dilakukannya perencanaan jangka panjang.

#### **2.2.2.5. Permusuhan (*Hostility*)**

Dalam kamus lengkap psikologi (Chaplin, 2009), *hostility* atau permusuhan didefinisikan sebagai kecenderungan ingin menimbulkan kerugian, kejahatan, gangguan atau kerusakan pada orang-orang lain. Menurut Buss serta Kaufmann (dalam Ramirez & Andreu, 2005), *hostility* merupakan evaluasi negatif mengenai seseorang atau suatu benda, yang seringkali diiringi dengan keinginan untuk merusak atau merugikan orang atau benda tersebut. Sementara itu, Plutchik (dalam Ramirez & Andreu, 2005) menganggap *hostility* sebagai sikap negatif (*negative attitude*) yang bercampur dengan rasa marah serta jijik, dan disertai juga dengan kebencian dan kejengkelan terhadap orang lain.

Miller et al. (dalam Ramirez & Andreu, 2005) menyatakan bahwa istilah *hostility* menjelaskan konstruk yang luas, termasuk afeksi, kognisi dan perilaku, tetapi memiliki makna lebih spesifik yang melibatkan faktor kognitif. Selain itu, dijelaskan juga bahwa fenomena kognitif pada *hostility* terdiri dari kepercayaan negatif dan sikap negatif terhadap orang lain, termasuk sinisme, ketidakpercayaan dan pencemaran nama baik. Miller et al. (dalam Ramirez & Andreu, 2005) juga membagi *hostility* menjadi dua, yaitu *the experience of hostility* dan *the expression of hostility*. *The experience of hostility*, dimaksudkan pada proses afektif dari kemarahan dan berhubungan juga dengan proses kognitif yang membentuk *hostility* (seperti: kecurigaan dan sinisme). Sementara itu, *the expression of hostility* dimaksudkan pada penjelasan bahwa *hostility* dapat ditunjukkan melalui perilaku *overt* yang bersifat verbal dan fisik.

#### **2.2.2.6. Pengambilan Risiko (*Risk-taking*)**

Kindler (dalam Dixon & Oyebode, 2007) menjelaskan bahwa pengambilan risiko (*risk-taking*) merupakan sebuah proses dimana seseorang memutuskan untuk memilih atau mengambil kesempatan untuk kehilangan sesuatu, yang dinilai sebagai usaha untuk meraih sesuatu yang diharapkan. Menurut Lane et al. (2005), istilah pengambilan risiko (*risk-taking*) dapat dibatasi dengan beberapa

parameter, antara lain: (1) pilihan yang diambil berasal dari beberapa pilihan yang sebelumnya telah ada; (2) ketika satu dari beberapa pilihan tersebut memiliki probabilitas lebih dari nol dalam menghasilkan konsekuensi positif maupun negatif; dan (3) probabilitas dari konsekuensi negatif tersebut tidak diketahui ketika pilihan berisiko telah dipilih.

Dalam studinya, Lane et al. (2005) menjelaskan bahwa terdapat beberapa variabel yang memengaruhi kemungkinan terjadinya pengambilan risiko, dimana hal ini juga didasarkan pada hasil dari beberapa penelitian yang telah dilakukan sebelumnya. Beberapa variabel tersebut antara lain, konteks dimana keputusan dibuat, ciri-ciri kepribadian individu pembuat keputusan (seperti tingkat motivasi dan *sensation-seeking*), apakah hasil keputusan individu bersifat nyata atau hanya hipotesis, apakah kemungkinan hasil yang akan didapat diketahui atau tidak ketika keputusan dibuat (dimana pengambilan risiko akan meningkat ketika kemungkinannya tidak pasti atau tidak diketahui), serta sensitivitas terhadap hasil keputusan (adanya konsekuensi yang bersifat memperkuat atau menghindari). Selain itu, dijelaskan bahwa risiko dibentuk oleh tiga elemen penting, yaitu adanya potensi kehilangan, signifikansi dari kehilangan tersebut dan ketidakpastian dari kehilangan (Yates & Stone, dalam Rubio, Santacreu & Hernandez, 2005).

Yates & Stone (dalam Rubio, et al., 2005) mengungkapkan bahwa risiko dapat diartikan sebagai istilah yang bersifat negatif, netral maupun positif. Dalam pengertian negatif, risiko diartikan sebagai kemungkinan untuk mengalami kerusakan atau kerugian, baik yang bersifat fisik, sosial maupun finansial. Dalam pengertian netral, risiko dapat didefinisikan sebagai ketidakpastian akan hasil dari suatu keputusan. Sementara itu, dalam pengertian positif, risiko dikaitkan dengan perasaan menggairahkan yang timbul karena aktivitas yang menantang bahaya.

#### **2.2.2.7. Konformitas (*Conformity*)**

Dalam kamus lengkap psikologi (Chaplin, 2009), konformitas (*conformity*) didefinisikan sebagai kecenderungan untuk memperbolehkan satu tingkah laku seseorang dikuasai oleh sikap dan pendapat yang sudah berlaku. Sementara itu, menurut Baron, Byrne & Branscombe (2008), konformitas adalah suatu bentuk

pengaruh sosial dimana individu mengubah sikap dan tingkah lakunya agar sesuai dengan norma sosial. Norma sosial tersebut merupakan aturan-aturan yang mengatur tentang bagaimana sebaiknya seorang individu bertingkah laku. Norma sosial dapat berupa *injunctive norms*, yaitu hal-hal apa yang seharusnya dilakukan, maupun *descriptive norms*, yaitu apa yang kebanyakan orang lakukan. *Injunctive norms* biasanya dinyatakan secara eksplisit, seperti peraturan-peraturan pemerintah yang berlaku bagi seluruh masyarakat. Sementara itu, *descriptive norms* biasanya bersifat implisit, tidak dinyatakan secara tegas atau tertulis, seperti keharusan seorang anak untuk menghormati orangtuanya atau harus bekerja keras untuk memperoleh pekerjaan yang baik.

Dalam studinya, Simpson & Joe (dalam Knight et al., 1994) menunjukkan orang-orang yang memiliki skor tinggi pada skala konformitas cenderung menganggap agama sebagai hal yang penting dalam hidup dan jarang yang terkait dengan perkelahian akibat alkohol atau obat-obatan. Mereka yang tingkat konformitas-nya tinggi juga memiliki kemungkinan yang kecil untuk menggunakan zat atau obat-obatan hanya dengan alasan kemarahan, serta jarang terlibat dalam aktivitas ilegal, seperti melakukan kekerasan terhadap orang lain.

#### **2.2.2.8. Masalah-masalah Masa Kecil (*Childhood Problems*)**

Masalah-masalah yang terjadi di masa kecil sering dianggap menjadi akar dari permasalahan yang terjadi saat dewasa. Masalah-masalah yang terjadi di masa kecil tersebut dapat terlihat dari pernah dilakukannya pelanggaran terhadap peraturan sekolah (seperti membolos), sering terlibat dalam perkelahian, pernah mengalami kekerasan fisik maupun mental ataupun memiliki hubungan yang buruk dengan orang tua (Knight et al., 1994). Menurut penjelasan dari Fothergill & Ensminger (2006), beberapa bukti dalam penelitian-penelitian sebelumnya memperlihatkan bahwa orang-orang dewasa yang mengalami masalah dalam berperilaku (berperilaku menyimpang) memiliki karakteristik masa kecil yang berbeda, dibandingkan dengan orang-orang lain yang hanya mengalami masalah dalam berperilaku di masa remaja saja. Agresi dan menarik diri dari lingkungan sosial pada masa anak-anak dapat menjadi faktor risiko yang berpotensi untuk



mengembangkan orang-orang dewasa yang mengalami masalah perilaku (Fothergill & Ensminger, 2006).

Teori perkembangan dari Moffitt (dalam Fothergill & Ensminger, 2006) juga menyebutkan bahwa terdapat dua tipe umum perilaku antisosial, yaitu perilaku yang hanya terbatas sampai masa remaja dan perilaku yang cenderung bertahan seumur hidup karena berakar pada masalah-masalah neuropsikologis masa kecil. Lebih lanjut, berdasarkan model perkembangan sosial (Catalano & Hawkins; Guo et al., dalam Fothergill & Ensminger, 2006), dijelaskan bahwa seseorang yang memiliki ikatan dan perilaku prososial selama masa anak-anak dan remaja akan meningkatkan kemungkinan dimilikinya ikatan dan perilaku prososial di saat dewasa, sedangkan dimilikinya ikatan antisosial selama masa anak-anak akan mengarahkan seseorang untuk berperilaku antisosial di kemudian hari.

Dalam penelitian dari Fothergill & Ensminger (2006) ditemukan bahwa laki-laki yang agresif pada masa sekolah tingkat pertama (usia anak-anak) akan cenderung menggunakan obat-obatan dan alkohol pada saat remaja, dimana hal ini akan meningkatkan risiko terjadinya masalah-masalah terkait penggunaan zat (*substance use disorder*) pada saat dewasa. Penelitian tersebut juga menunjukkan bahwa laki-laki yang memiliki prestasi di masa sekolah tingkat awal akan cenderung memiliki pencapaian pendidikan yang tinggi, dimana hal tersebut dapat menurunkan risiko terjadinya masalah terkait penggunaan zat pada saat dewasa. Selain itu, pada sebuah penelitian terhadap sejumlah pengguna obat-obatan yang didiagnosis mengalami *substance use disorder* di Turki, ditemukan bahwa orang-orang dengan gangguan akibat penyalahgunaan obat-obatan cenderung memiliki sejarah pernah mengalami kekerasan fisik saat anak-anak, dimana mereka memiliki skor mengenai kekerasan fisik yang terbukti lebih besar secara signifikan dibandingkan dengan orang-orang yang tidak menggunakan obat-obatan (Toker, Tiryaki, Ozcurumez & Iskender, 2011).

### **2.3. Dinamika Teori antara Tingkat Penggunaan Ganja dan Aspek-aspek Fungsi Psikososial**

Penggunaan ganja terbukti memiliki efek atau pengaruh terhadap keadaan fisik maupun psikologis manusia. Beberapa penelitian yang membahas mengenai

penggunaan zat (*substance use*) telah menemukan adanya hubungan antara penggunaan ganja dengan fungsi psikososial. Pada penelitian dari Rohde et al. (2007) dinyatakan bahwa remaja yang mengalami penyalahgunaan zat terbukti memiliki fungsi psikososial yang negatif, dimana hubungan tersebut dapat dilihat dari arah sebaliknya yang berarti kesulitan penyesuaian psikososial dapat mengakibatkan penyalahgunaan zat. Selain itu, terkait dengan penggunaan ganja, Cascone et al. (2011) menyatakan bahwa remaja yang memiliki ketergantungan terhadap ganja memiliki masalah-masalah pada berbagai segi psikososial, dimana mereka terindikasi memiliki level permasalahan yang lebih tinggi di sekolah, lingkungan sosial, keluarga, area hukum dan secara psikologis, dibandingkan dengan remaja yang tidak ketergantungan.

Sementara itu, penelitian-penelitian lainnya juga menemukan adanya keterkaitan antara penggunaan ganja dan aspek-aspek dalam fungsi psikososial. Terkait dengan aspek *self-esteem*, studi dari Veselska et al. (2009) menemukan adanya asosiasi antara *self-esteem* negatif dan perilaku berisiko (yaitu menggunakan ganja serta rokok). Pada analisisnya dijelaskan bahwa *self-esteem* negatif terbukti berkorelasi secara signifikan dengan penggunaan *cannabis* (ganja) pada laki-laki maupun perempuan, dimana semakin tinggi *self-esteem* negatif akan semakin meningkatkan kemungkinan penggunaan ganja. Selain itu, *self-esteem* juga telah terbukti berhubungan dengan permulaan (inisiasi) dan kelanjutan dalam penggunaan tembakau dan *cannabis* (ganja) (Veselska et al., 2009).

Kemudian, berkaitan dengan depresi serta *anxiety*, hasil penelitian dari Patton et al. (dalam Emmett & Nice, 2009) terhadap sejumlah remaja Australia pada tahun 2002, menemukan bahwa penggunaan ganja setiap hari oleh para remaja perempuan berhubungan dengan terjadinya onset depresi dan *anxiety* pada saat mereka berusia dewasa, dimana kemungkinan onset yang terjadi lima kali lebih besar dibandingkan dengan perempuan yang tidak menggunakan ganja. Hasil penelitian dari Kedzior & Martin-Iverson (2010) juga menemukan bahwa level penggunaan ganja berasosiasi positif dengan simptom-simptom depresi. Lebih lanjut, terdapat pula bukti bahwa penggunaan ganja berhubungan dengan kecemasan (*anxiety*), dimana studi dari Cascone et al. (2011) menyatakan bahwa

remaja yang mengalami ketergantungan terhadap ganja memiliki tingkat kecemasan yang lebih tinggi dibandingkan dengan remaja lainnya yang tidak mengalami ketergantungan. Dalam penelitian dari De Dios et al. (2012) juga ditemukan bahwa 89% dari sampel penelitiannya, yang merupakan wanita pengguna ganja, mengalami setidaknya satu simptom dari *general anxiety disorder* (GAD). Selain itu, berdasarkan *tension-reduction model*, dinyatakan bahwa sebagian besar individu menggunakan ganja untuk melepaskan ketegangan atau mengurangi afek negatif, seperti kecemasan (Conger, dalam Buckner, Bonn-Miller, Zvolensky & Schmidt, 2007). Hasil studi dari Buckner et al. (2007) juga melaporkan adanya peningkatan penggunaan ganja ketika para pengguna ganja berusaha untuk mengatasi tekanan atau melepaskan ketegangan.

Meskipun demikian, terdapat pula hasil studi yang cukup berbeda, seperti studi dari Denson & Earleywine (2006) yang membuktikan bahwa orang-orang yang mengonsumsi ganja secara rutin atau bahkan setiap hari, memiliki level depresi yang lebih rendah dibandingkan dengan orang-orang yang tidak pernah menggunakan ganja. Pada hasil studi tersebut, juga diperoleh hasil bahwa orang yang menggunakan ganja untuk tujuan pengobatan (*medical users*) melaporkan *mood* depresif yang lebih tinggi dan masalah somatis yang lebih banyak, dibandingkan dengan pengguna rekreasi (*recreational users*). Hal tersebut menunjukkan bahwa keadaan medis seseorang berkontribusi terhadap skor depresi (Denson & Earleywine, 2006).

Selanjutnya, berkaitan dengan kemampuan pengambilan keputusan (*decision-making*), diketahui bahwa pengguna ganja yang telah menggunakannya dalam jangka panjang memiliki defisit dalam kemampuan untuk menyeimbangkan antara konsekuensi positif (imbangan) dan konsekuensi negatif (hukuman), yang secara tidak langsung mungkin berkontribusi dalam kelanjutan perilaku penggunaan zat atau obat-obatan meskipun telah diketahui ada potensi timbulnya konsekuensi merugikan (Whitlow et al., 2004). Pengguna ganja tingkat berat juga terbukti lebih banyak mengambil keputusan yang mengarah pada perolehan (imbangan) lebih besar dan dalam waktu segera meskipun keputusan tersebut akan mengakibatkan kehilangan (konsekuensi) yang juga besar (Whitlow et al., 2004). Selain itu, ternyata pengguna ganja tingkat berat (*heavy user*) juga lambat untuk

belajar dari kesalahan (Bolla et al.; Whitlow et al., dalam Hyman & Sinha, 2009). Hal-hal tersebut memperlihatkan kurangnya kemampuan para pengguna ganja tingkat berat dalam pengambilan keputusan. Hasil studi dari Fridberg et al. (2010) juga memperlihatkan hal yang sama, dimana pengguna ganja yang berada pada tahap kronis diketahui mengalami gangguan dalam kemampuan pengambilan keputusan, berdasarkan hasil tes dengan menggunakan *Iowa Gambling Task* (IGT).

Lebih lanjut, Whitlow et al. (2004) menyatakan bahwa performa buruk dari para pengguna ganja dalam pengambilan keputusan mungkin terjadi karena impulsivitas yang tinggi, meningkatnya sensitivitas terhadap imbalan yang segera, tidak sensitif terhadap kehilangan atau tingginya level pengambilan risiko (*risk-taking*). Berkaitan dengan pengambilan risiko, hasil studi dari Adlaf & Smart (dalam Lane et al., 2005), menemukan bahwa pengguna ganja reguler memiliki skor yang lebih tinggi secara signifikan pada skala perilaku berisiko, dibandingkan dengan orang-orang yang tidak menggunakan ganja. Selain itu, Lane et al. (2005) mengungkapkan hasil studinya bahwa terdapat peningkatan pengambilan risiko (*risk-taking*) pada partisipannya yang menggunakan ganja dengan dosis 3.58% THC, dimana hal ini dapat mengindikasikan adanya keterkaitan pengambilan risiko terhadap level penggunaan ganja.

Hogan et al. (dalam Brook, Lukoff & Whiteman, 1977) menemukan bahwa mahasiswa pengguna ganja menunjukkan kurangnya tingkat konformitas serta *hostility* yang tinggi, terhadap kesepakatan dan aturan serta impulsivitas yang besar. Sementara itu, Brook et al. (1977) menyatakan bahwa pengguna ganja memiliki kemungkinan yang lebih kecil untuk melakukan konformitas pada level kepribadian/sikap serta level institusi, dibandingkan dengan orang yang tidak menggunakan ganja. Hasil penelitian dari Pahl, Brook & Koppel (2011) juga mengungkapkan hal yang sama terkait *hostility*, dimana ditemukan bahwa pengguna ganja, yang jumlah konsumsinya terus meningkat sejak remaja sampai dewasa, memiliki level *hostility* yang lebih tinggi dibandingkan dengan orang-orang yang tidak menggunakan ganja.

Sementara itu, terkait aspek masalah-masalah masa kecil, beberapa peneliti telah menemukan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara masalah-

masalah saat kecil dan penggunaan zat atau obat-obatan ketika tumbuh dewasa (Dembo et al.; Mutaner et al., dalam Knight et al., 1994). Di Amerika Serikat, remaja yang berperilaku agresif cenderung lebih mudah ditawarkan untuk membeli obat-obatan dan memiliki kesempatan lebih besar untuk menggunakan ganja pada usia sekolah menengah (Rosenberg & Anthony; Reboussin, dalam Storr, Wagner, Chen & Anthony, 2011). Selain itu, hasil penelitian dari Storr et al. (2011) juga menunjukkan bahwa masalah perilaku serta kesiapan sekolah pada anak-anak dapat memengaruhi risiko untuk menggunakan ganja pada saat dewasa secara tidak langsung, melalui peningkatan kemungkinan dalam kesempatan menggunakan ganja pertama kali.



## **BAB 3**

### **METODE PENELITIAN**

Pada bab ini akan diuraikan mengenai masalah penelitian, hipotesis, definisi konseptual dan operasional variabel penelitian, tipe dan desain penelitian, responden penelitian, teknik pengumpulan data, instrumen penelitian serta prosedur penelitian dan metode analisis data.

#### **3.1. Masalah Penelitian**

##### **3.1.1. Masalah Konseptual**

Berdasarkan latar belakang penelitian yang telah dijelaskan sebelumnya, maka masalah konseptual dari penelitian ini, yaitu:

- 1) Apakah terdapat hubungan antara tingkat penggunaan ganja dan aspek-aspek fungsi psikososial?
- 2) Bagaimana gambaran tingkat penggunaan ganja, jika dilihat berdasarkan usia mulai menggunakan ganja, banyaknya ganja dalam setiap kali konsumsi, jangka waktu (lama) menggunakan ganja dan frekuensi penggunaan ganja sepanjang hidup?
- 3) Bagaimana gambaran aspek-aspek fungsi psikososial, jika dilihat berdasarkan usia mulai menggunakan ganja, banyaknya ganja dalam setiap kali konsumsi, jangka waktu (lama) menggunakan ganja dan frekuensi penggunaan ganja sepanjang hidup?

##### **3.1.2. Masalah Operasional**

Berkaitan dengan masalah konseptual yang telah disebutkan, maka masalah operasional dari penelitian ini, yaitu:

- 1) Apakah terdapat hubungan yang signifikan antara skor tes identifikasi gangguan terkait penggunaan ganja (*Cannabis Use Disorders Identification Test*) dan skor skala *self-esteem*, skor skala depresi, skor skala kecemasan (*anxiety*), skor skala pengambilan keputusan (*decision-making*), skor skala permusuhan (*hostility*), skor skala pengambilan risiko (*risk-taking*), skor

konformitas (*conformity*) serta skor skala masalah-masalah saat kecil (*childhood problems*)?

- 2) Bagaimana gambaran skor *mean* tes identifikasi gangguan terkait penggunaan ganja (*Cannabis Use Disorders Identification Test*), jika dilihat berdasarkan usia mulai menggunakan ganja, banyaknya ganja dalam setiap kali konsumsi, jangka waktu (lama) menggunakan ganja dan frekuensi penggunaan ganja sepanjang hidup?
- 3) Bagaimana gambaran skor *mean* aspek-aspek fungsi psikososial, jika dilihat berdasarkan usia mulai menggunakan ganja, banyaknya ganja dalam setiap kali konsumsi, jangka waktu (lama) menggunakan ganja dan frekuensi penggunaan ganja sepanjang hidup?

### 3.2. Hipotesis Penelitian

Berdasarkan masalah penelitian yang telah disebutkan sebelumnya, maka hipotesis alternatif ( $H_A$ ) dan hipotesis nol ( $H_0$ ) dari penelitian ini, yaitu:

#### 1) Hipotesis 1

$H_A$ : Terdapat hubungan yang signifikan antara skor tes identifikasi gangguan terkait penggunaan ganja (*Cannabis Use Disorders Identification Test*) dan skor skala *self-esteem*.

$H_0$ : Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara skor tes identifikasi gangguan terkait penggunaan ganja (*Cannabis Use Disorders Identification Test*) dan skor skala *self-esteem*.

#### 2) Hipotesis 2

$H_A$ : Terdapat hubungan yang signifikan antara skor tes identifikasi gangguan terkait penggunaan ganja (*Cannabis Use Disorders Identification Test*) dan skor skala depresi.

$H_0$ : Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara skor tes identifikasi gangguan terkait penggunaan ganja (*Cannabis Use Disorders Identification Test*) dan skor skala depresi.

## 3) Hipotesis 3

H<sub>A</sub>: Terdapat hubungan yang signifikan antara skor tes identifikasi gangguan terkait penggunaan ganja (*Cannabis Use Disorders Identification Test*) dan skor skala kecemasan (*anxiety*).

H<sub>0</sub>: Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara skor tes identifikasi gangguan terkait penggunaan ganja (*Cannabis Use Disorders Identification Test*) dan skor skala kecemasan (*anxiety*).

## 4) Hipotesis 4

H<sub>A</sub>: Terdapat hubungan yang signifikan antara skor tes identifikasi gangguan terkait penggunaan ganja (*Cannabis Use Disorders Identification Test*) dan skor skala pengambilan keputusan (*decision-making*).

H<sub>0</sub>: Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara skor tes identifikasi gangguan terkait penggunaan ganja (*Cannabis Use Disorders Identification Test*) dan skor skala pengambilan keputusan (*decision-making*).

## 5) Hipotesis 5

H<sub>A</sub>: Terdapat hubungan yang signifikan antara skor tes identifikasi gangguan terkait penggunaan ganja (*Cannabis Use Disorders Identification Test*) dan skor skala permusuhan (*hostility*).

H<sub>0</sub>: Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara skor tes identifikasi gangguan terkait penggunaan ganja (*Cannabis Use Disorders Identification Test*) dan skor skala permusuhan (*hostility*).

## 6) Hipotesis 6

H<sub>A</sub>: Terdapat hubungan yang signifikan antara skor tes identifikasi gangguan terkait penggunaan ganja (*Cannabis Use Disorders Identification Test*) dan skor skala pengambilan risiko (*risk-taking*).

H<sub>0</sub>: Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara skor tes identifikasi gangguan terkait penggunaan ganja (*Cannabis Use Disorders Identification Test*) dan skor skala pengambilan risiko (*risk-taking*).



## 7) Hipotesis 7

$H_A$ : Terdapat hubungan yang signifikan antara skor tes identifikasi gangguan terkait penggunaan ganja (*Cannabis Use Disorders Identification Test*) dan skor skala konformitas (*conformity*).

$H_0$ : Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara skor tes identifikasi gangguan terkait penggunaan ganja (*Cannabis Use Disorders Identification Test*) dan skor skala konformitas (*conformity*).

## 8) Hipotesis 8

$H_A$ : Terdapat hubungan yang signifikan antara skor tes identifikasi gangguan terkait penggunaan ganja (*Cannabis Use Disorders Identification Test*) dan skor skala masalah-masalah saat kecil (*childhood problems*).

$H_0$ : Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara skor tes identifikasi gangguan terkait penggunaan ganja (*Cannabis Use Disorders Identification Test*) dan skor skala masalah-masalah saat kecil (*childhood problems*).

### 3.3. Variabel Penelitian

Pada penelitian ini terdapat dua variabel yang diteliti, yaitu tingkat penggunaan ganja dan fungsi psikososial.

#### 3.3.1. Tingkat Penggunaan Ganja

Secara konseptual, berdasarkan pada penjelasan mengenai penggunaan zat dalam *Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM-III-R/DSM-IV-TR, dalam Fothergill & Ensminger, 2006; Kring et al., 2010), penggunaan ganja dapat dibagi menjadi dua kategori, yaitu penggunaan ganja yang berada pada level “*use*”, dimana konsumsi ganja berada pada tingkat yang rendah sehingga hanya sedikit menimbulkan konsekuensi negatif, serta penggunaan ganja pada level “*cannabis abuse*” dan “*cannabis dependence*” atau dapat disebut sebagai “*cannabis use disorder*”. Pada level *cannabis use disorder*, konsumsi ganja berada pada level cukup tinggi sampai tinggi, sehingga mengakibatkan beberapa masalah atau konsekuensi negatif pada keberfungsian manusia.

Secara operasional, definisi dari tingkat penggunaan ganja adalah skor total dari alat ukur *The Cannabis Use Disorders Identification Test – Revised (CUDIT-R)* yang diadaptasi dari Adamson et al. (2010). Skor total tersebut memiliki rentang yang berada pada 0 – 32, dimana semakin tinggi skor mengindikasikan kecenderungan adanya masalah terkait penggunaan ganja yang semakin besar.

### 3.3.2. Fungsi Psikososial

Secara konseptual, fungsi psikososial didefinisikan sebagai performa seseorang dalam menjalankan peran atau tugas-tugasnya, sebagaimana peran atau tugas-tugas tersebut telah disosialisasikan kepadanya (Parsons, dalam Dunn, 2008). Fungsi psikososial juga terkait dengan keberhasilan seseorang dalam mencapai tugas-tugas perkembangan yang diharapkan dari individu pada usia tertentu dan konteks budaya tertentu (Masten & Coatsworth, dalam Lewinsohn et al., 2003). Selanjutnya, Knight et al. (1994) menyatakan bahwa fungsi psikososial terdiri dari aspek-aspek psikologis, yaitu *self-esteem*, depresi, kecemasan (*anxiety*) dan pengambilan keputusan (*decision-making*), serta aspek-aspek sosial, yaitu permusuhan (*hostility*), pengambilan risiko (*risk-taking*), konformitas (*conformity*) dan masalah-masalah saat kecil (*childhood problems*). Fungsi psikososial dapat diukur dari aspek-aspek tersebut dengan menggunakan alat ukur *TCU Psychosocial Functioning Scales* yang diadaptasi dari Knight et al. (1994).

Secara operasional, keadaan fungsi psikososial dapat terlihat dari skor total masing-masing aspek, yaitu *self-esteem*, depresi, kecemasan (*anxiety*), pengambilan keputusan (*decision-making*), permusuhan (*hostility*), pengambilan risiko (*risk-taking*), konformitas (*conformity*) dan masalah-masalah saat kecil (*childhood problems*), yang diperoleh dari alat ukur *TCU Psychosocial Functioning Scales*. Fungsi psikososial akan semakin baik, apabila skor pada skala *self-esteem*, pengambilan keputusan (*decision-making*) dan konformitas (*conformity*) semakin tinggi, sedangkan skor pada skala depresi, kecemasan (*anxiety*), permusuhan (*hostility*), pengambilan risiko (*risk-taking*), dan masalah-masalah saat kecil (*childhood problems*) semakin rendah.

### 3.4. Tipe dan Desain Penelitian

Menurut Kumar (2005), tipe penelitian dapat diklasifikasikan dari tiga perspektif, yaitu berdasarkan aplikasi dari penelitian, tujuan penelitian dan tipe pencarian informasi. Dilihat dari aplikasi penelitian, penelitian ini merupakan tipe penelitian terapan (*applied research*), dimana teknik, prosedur dan metode penelitian yang membentuk penelitian ini dapat diaplikasikan dalam kumpulan informasi mengenai berbagai aspek situasi, isu, masalah atau fenomena, sehingga informasi yang dikumpulkan dapat digunakan untuk hal-hal lain. Pada penelitian ini, informasi yang diperoleh dapat digunakan untuk menambah pengetahuan atau pemahaman mengenai fungsi psikososial dari pengguna ganja serta informasi mengenai tanaman ganja.

Berdasarkan tujuan penelitian, tipe dari penelitian ini dapat dikategorikan sebagai penelitian korelasional, yang bertujuan untuk menemukan adanya hubungan antara dua variabel atau lebih. Penelitian korelasional ini tidak berusaha untuk menjelaskan hubungan antar variabel serta tidak melibatkan adanya manipulasi dan kontrol terhadap variabel (Gravetter & Forzano, 2009). Kemudian, ditinjau dari tipe pencarian informasi, penelitian ini termasuk penelitian kuantitatif, karena dilakukan dengan mengkuantifikasikan variasi dari fenomena, situasi, masalah atau isu dan analisisnya dilakukan untuk memastikan besaran variasi yang ada.

Sementara itu, desain penelitian dapat diklasifikasikan berdasarkan tiga perspektif, yaitu berdasarkan jumlah kontak dengan responden pada populasi penelitian, periode referensi dari penelitian dan sifat penelitian (Kumar, 2005). Ditinjau dari jumlah kontak dengan populasi penelitian, penelitian ini merupakan *cross-sectional study*, dimana pengambilan data hanya dilakukan satu kali. Penelitian ini juga dapat dikategorikan sebagai *retrospective study*, apabila dilihat dari perspektif periode referensi penelitian. Hal ini dikarenakan penelitian ini menginvestigasi fenomena, situasi, masalah atau isu yang telah terjadi di masa lampau. Berdasarkan sifat penelitian, penelitian ini dapat diklasifikasikan sebagai penelitian non-eksperimental, dimana tidak dilakukan manipulasi terhadap variabel penelitian serta tidak dilakukannya randomisasi terhadap sampel penelitian.

### 3.5. Responden Penelitian

#### 3.5.1. Karakteristik Responden Penelitian

Karakteristik utama dari responden penelitian ini adalah individu yang masih aktif mengonsumsi ganja dalam jangka waktu selama enam bulan terakhir.

#### 3.5.2. Jumlah Responden

Menurut Gravetter & Forzano (2009), sampel yang besar akan lebih representatif daripada sampel yang kecil. Pada prinsip yang disebut sebagai *law of large numbers* tersebut, dijelaskan bahwa semakin besar jumlah anggota sampel, semakin besar kemungkinan diperolehnya nilai yang serupa dengan nilai yang sebenarnya terjadi di populasi atau semakin akurat data yang dapat mewakili populasi. Terkait besar sampel, Gravetter & Forzano (2009) juga menjelaskan bahwa keakuratan data akan meningkat drastis seiring peningkatan jumlah anggota sampel yang semakin besar, tetapi peningkatan tersebut akan melambat ketika besar sampel berada pada jumlah sekitar 30. Oleh karena itu, banyak peneliti yang menjadikan jumlah tersebut sebagai batas minimal besar sampel. Begitu pula dalam penelitian ini, peneliti menetapkan jumlah minimal responden sebanyak 30 orang.

#### 3.5.3. Teknik Pengambilan Sampel

Dalam penelitian ini, teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *convenience sampling* atau *accidental sampling*, dimana pemilihan responden hanya didasarkan pada ketersediaan dan kemauan individu untuk mengikuti penelitian (Gravetter & Forzano, 2009). Teknik *convenience sampling* atau *accidental sampling* ini, memungkinkan peneliti untuk menggunakan individu-individu yang mudah diperoleh menjadi responden penelitian. Teknik ini termasuk dalam metode *nonprobability sampling*, karena tidak semua anggota populasi memiliki kesempatan yang sama untuk menjadi sampel penelitian dan populasi yang menjadi target sampel tidak diketahui jumlah anggotanya (Gravetter & Forzano, 2009). Teknik *accidental sampling* merupakan teknik *sampling* yang banyak digunakan karena termasuk mudah, lebih murah dan tidak membutuhkan banyak waktu.

### 3.6. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan untuk mengumpulkan data dalam penelitian ini merupakan instrumen berbentuk kuesioner, yaitu serangkaian daftar pertanyaan yang jawabannya dicatat atau dituliskan langsung oleh responden (Kumar, 2005). Dengan menggunakan kuesioner, tidak ada interaksi tatap-muka antara peneliti dan responden, sehingga memungkinkan anonimitas atau kerahasiaan yang lebih besar (Kumar, 2005).

Dalam penelitian ini digunakan dua instrumen atau alat ukur. Alat ukur pertama, yaitu *The Cannabis Use Disorders Identification Test – Revised (CUDIT-R)*, digunakan untuk mengukur tingkat penggunaan ganja. Sementara alat ukur kedua, yaitu *Texas Christian University (TCU) Psychosocial Functioning Scale*, digunakan untuk mengukur fungsi psikososial.

#### 3.6.1. Alat Ukur *The Cannabis Use Disorders Identification Test - Revised*

Untuk mengukur tingkat penggunaan ganja, peneliti menggunakan alat ukur *The Cannabis Use Disorders Identification Test - Revised (CUDIT-R)* yang dikembangkan oleh Adamson et al. (2010). *CUDIT-R* merupakan hasil revisi terhadap *CUDIT* yang disusun oleh Adamson & Sellman pada tahun 2003. Penyusunan *CUDIT* didasarkan pada DSM-IV dan ditujukan untuk mengidentifikasi individu yang mengalami *cannabis use disorder (abuse/dependence)* selama enam bulan terakhir (Piontek, Kraus & Klempova, 2008). Berdasarkan penelitian dari Piontek et al. (2008) terhadap beberapa skala yang mengukur masalah terkait penggunaan ganja, diketahui bahwa *CUDIT* telah memiliki nilai reliabilitas dan validitas yang memuaskan, tetapi terdapat beberapa item yang dianggap tidak optimal dan butuh untuk diganti atau dimodifikasi. Oleh karena itu, Adamson et al. (2010) merevisi *CUDIT*, sehingga menghasilkan *CUDIT-R*.

*CUDIT-R* terdiri dari 8 item, dua item lebih sedikit dibandingkan item pada *CUDIT*. Delapan item yang ada pada alat ukur ini tersusun dari empat domain, yaitu pola konsumsi, *cannabis problems (abuse)*, ketergantungan (*dependence*) dan *psychological features*, dimana setiap domain tersebut masing-masing menyusun dua item. Empat item dalam *CUDIT-R* berasal dari item yang ada pada

*CUDIT*, sedangkan empat item lainnya merupakan item baru. Item-item tersebut terbukti lebih efektif daripada item-item pada alat ukur versi pertama (*CUDIT*) (Adamson et al., 2010).

Hasil penelitian dari Adamson et al. (2010) terhadap 250 pasien pengguna ganja dan alkohol, menunjukkan bahwa *CUDIT-R* memiliki nilai reliabilitas yang baik serta ekuivalen dengan *CUDIT*, dimana *CUDIT-R* memiliki nilai koefisien *cronbach's alpha* sebesar 0.914 sedangkan *CUDIT* memiliki nilai koefisien *cronbach's alpha* sebesar 0.907. Dengan metode *test-retest*, *CUDIT-R* juga menunjukkan nilai yang memuaskan, yaitu 0.871, sedikit lebih tinggi dari *CUDIT* yang memiliki nilai sebesar 0.849. Sementara itu, pengujian validitas dari alat ukur *CUDIT-R* ini juga menunjukkan nilai yang memuaskan, dimana terdapat korelasi yang signifikan antara skor pada *CUDIT-R* dan skor dari alat ukur serupa, seperti *OTI (The Opiate Treatment Index)* dan *SCID (The Structured Clinical Interview for DSM-IV)*. Secara keseluruhan, *CUDIT-R* telah dinyatakan sebagai *screening test* yang valid dan reliabel (Adamson et al., 2010).

#### **3.6.1.1. Teknik Scoring**

Pada alat ukur *CUDIT-R* digunakan pertanyaan berbentuk *restricted questions*, dimana terdapat alternatif respons yang jumlahnya sangat terbatas. Bentuk *restricted questions* ini akan membatasi kemungkinan respons yang dapat diberikan oleh partisipan, sehingga mereka harus menentukan pilihan jawaban yang paling tepat atau sesuai dari beberapa pilihan jawaban yang ada (Gravetter & Forzano, 2009). Dalam alat ukur ini terdapat beberapa tipe pilihan jawaban yang berbeda-beda, sesuai dengan pertanyaan yang diajukan. Pada item pertama sampai ketujuh, diberikan lima pilihan yang jawaban, yang menunjukkan frekuensi penggunaan ganja serta suatu keadaan yang dialami terkait penggunaan ganja, selama enam bulan terakhir. Sementara itu, pada item terakhir diberikan dua pilihan jawaban, yaitu tidak pernah dan pernah, untuk menunjukkan pernah atau tidaknya responden berpikiran untuk menghentikan penggunaan ganjanya.

Skor yang diberikan pada item pertama sampai item ketujuh berkisar antara 0 – 4. Pilihan jawaban yang merupakan frekuensi paling rendah diberikan skor 0, pilihan jawaban berikutnya diberikan skor 1, dan begitu seterusnya sampai pada

pilihan jawaban terakhir atau kelima yang diberikan skor 4. Kemudian, pada item kedelapan yang memiliki dua pilihan jawaban, skor 0 diberikan jika responden memilih jawaban “tidak pernah” dan skor 4 diberikan jika responden memilih jawaban “pernah”. Berdasarkan pemberian skor tersebut, akan diperoleh skor total yang berkisar antara 0 – 32. Semakin tinggi skor total yang diperoleh menunjukkan bahwa tingkat penggunaan ganja semakin mengarah pada adanya masalah (*cannabis abuse/cannabis dependence*).

Dalam pengujian alat ukur *CUDIT-R* ini, Adamson et al. (2010) juga menentukan adanya batasan skor yang dapat membagi responden menjadi dua kategori, yaitu pengguna ganja yang mengalami *cannabis use disorder (abuse/dependence)* dan yang tidak mengalami masalah terkait penggunaan ganjanya. Skor yang menjadi batasan adalah skor 13. Pada penelitian tersebut, terbukti bahwa 91.3% pasien dengan skor lebih besar dan/atau sama dengan 13 mengalami *cannabis use disorder (CUD)* dan 90.0% pasien dengan skor di bawah 13 ditemukan tidak mengalami *cannabis use disorder (CUD)*.

Adamson et al. (2010) menyatakan terdapat kemungkinan bahwa sampel yang berbeda akan memberikan batasan skor yang juga berbeda. Secara khusus, Adamson et al. (2010) juga menyampaikan adanya hasil tersebut bukan untuk memberikan kesan bahwa responden yang memiliki skor di bawah 13 harus dianggap sebagai pengguna ganja yang tidak memiliki masalah terkait penggunaan ganjanya. Akan tetapi, hasil tersebut lebih menunjukkan bahwa *CUDIT-R* memiliki kegunaan yang baik sebagai sebuah *screening test*. Berdasarkan penjelasan tersebut, dapat disimpulkan bahwa batasan skor pada angka 13, hanya dapat dijadikan sebagai prediksi, tetapi tidak sebagai nilai acuan yang pasti.

### **3.6.1.2. Uji Coba Alat Ukur *The Cannabis Use Disorders Identification Test - Revised***

Sebelum uji coba dilakukan, peneliti melakukan adaptasi terhadap alat ukur *CUDIT-R* dengan menerjemahkan setiap item yang ada, dari bahasa Inggris ke bahasa Indonesia. Kemudian, alat ukur yang telah diterjemahkan tersebut dikonsultasikan dahulu dengan pembimbing penelitian untuk mendapat penilaian

(*expert judgement*). Setelah itu, tahap uji coba alat ukur pun dilakukan untuk mengetahui reliabilitas dan validitas alat ukur hasil adaptasi ini. Tahap uji coba pertama dilakukan terhadap 35 orang pengguna ganja berusia 18 – 38 tahun yang terdiri dari 30 orang laki-laki dan 5 orang perempuan.

Pengujian terhadap reliabilitas alat ukur dilakukan dengan metode *cronbach's alpha*, dimana dengan metode ini dapat diketahui apakah item-item yang ada pada setiap skala konsisten dalam mengukur hal yang sama (*inter-item consistency*). Hasil pengujian menunjukkan bahwa nilai koefisien reliabilitas ( $\alpha$ ) dari *CUDIT-R* hasil adaptasi, sebesar 0.634. Menurut Kerlinger & Lee (2000), nilai reliabilitas 0.5 – 0.6 dianggap memadai untuk sebuah penelitian, sehingga alat ukur *CUDIT-R* dapat dinyatakan memiliki reliabilitas yang cukup baik. Sementara itu, uji validitas dilakukan dengan menggunakan validitas konstruk, tepatnya dengan metode *internal consistency*. Hasil uji validitas menunjukkan nilai korelasi antara item dan skor total (*item-total correlation*) yang berada pada kisaran angka 0.131 – 0.567. Aiken & Groth-Marnat (2006) mengatakan bahwa nilai validitas yang dianggap baik untuk penelitian adalah lebih besar dari 0.2, sedangkan nilai validitas kurang dari 0.2 dinyatakan kurang memuaskan. Berdasarkan batasan tersebut, dapat disimpulkan bahwa sebagian besar item pada *CUDIT-R* memiliki koefisien korelasi yang sudah baik pada indeks validitas. Akan tetapi, terdapat dua item yang memiliki koefisien korelasi kurang dari 0.2, yaitu item nomor 2 (0,131) dan 3 (0,174), sehingga dapat dikatakan tidak valid.

Oleh karena itu, peneliti meninjau kembali kedua item tersebut dengan membandingkan hasil terjemahan dengan item versi *original* serta melihat respon atau masukan dari responden uji coba terhadap kedua item ini. Revisi pun dilakukan terhadap struktur kalimat atau susunan kata pada item nomor 2 dan 3, agar lebih mudah dipahami oleh responden penelitian. Kemudian, pengujian reliabilitas dan validitas dilakukan kembali pada alat ukur ini. Uji coba yang kedua, dilakukan terhadap 120 orang pengguna ganja.

Berdasarkan uji validitas dan reliabilitas alat ukur *CUDIT-R* terhadap 120 orang pengguna ganja, diperoleh hasil yang tidak terlalu jauh berbeda dengan uji validitas dan reliabilitas yang sebelumnya telah dilakukan. Hasil uji reliabilitas ini menunjukkan nilai  $\alpha = 0.591$ , sedikit lebih rendah dari hasil uji reliabilitas



sebelumnya yang sebesar 0.634. Walaupun begitu, hasil tersebut tetap memperlihatkan bahwa alat ukur *CUDIT-R* yang telah diadaptasi ini reliabel, jika melihat batasan reliabilitas alat ukur yang dikatakan memadai menurut Kerlinger & Lee (2000), yaitu sebesar 0.5 – 0.6. Sementara itu, hasil uji validitas pada saat *field* menunjukkan hasil bahwa dua dari delapan item, yaitu item 2 dan 8, memiliki nilai validitas kurang dari 0.2, dimana menurut Aiken & Groth-Marnat (2006) hasil tersebut dapat dinyatakan kurang memuaskan atau tidak valid. Kedua item tersebut pun tetap dipertahankan dan tidak mengalami perubahan karena berdasarkan *expert judgement* adaptasi bahasa dianggap sudah benar. Meskipun demikian, alat ukur *CUDIT-R* yang disusun oleh Adamson et al. (2010) ini tetap dapat dinyatakan valid, karena sebelum diadaptasi alat ukur memang telah teruji validitasnya.

### **3.6.2. Alat Ukur *Texas Christian University (TCU) Psychosocial Functioning Scale***

Pada penelitian ini, fungsi psikososial diukur dengan menggunakan alat ukur yang diadaptasi dari *TCU Psychosocial Functioning Scale*. Alat ukur *TCU Psychosocial Functioning Scale* ini merupakan alat ukur yang dikembangkan oleh Knight, Holcom & Simpson (1994). Sejak awal, alat ukur ini dikembangkan sebagai strategi intervensi terhadap para penyalahguna zat atau obat-obatan. Dalam mengembangkan rencana perawatan yang komprehensif, Powell & Taylor (dalam Knight et al., 1994) menyatakan bahwa dibutuhkan pengukuran terhadap keadaan fungsi psikososial para penyalahguna zat atau obat-obatan tersebut. Saat itu, asesmen klinis standar dianggap sulit dilakukan di tempat-tempat perawatan, karena para staf yang berjumlah sedikit dan tidak memiliki kemampuan yang baik dalam mengadministrasi tes serta diperlukan waktu yang cukup panjang, sehingga dibutuhkan alat ukur yang ringkas, efisien dan dapat digunakan dalam kondisi sumber daya manusia yang terbatas (Knight et al., 1994). Oleh karena itu, Knight, Holcom & Simpson mengembangkan alat ukur *TCU Psychosocial Functioning Scale* yang berbentuk lapor diri (*self-report*) dan mencakup sekumpulan skala singkat untuk mengukur fungsi psikososial terkait perubahan perilaku pada pengguna obat-obatan.

Dalam *TCU Psychosocial Functioning Scale*, terdapat dua domain, yaitu domain fungsi psikologis, yang mengukur *self-esteem*, depresi, kecemasan (*anxiety*) dan pengambilan keputusan (*decision-making*), serta domain fungsi sosial, yang mengukur permusuhan (*hostility*), pengambilan risiko (*risk-taking*), konformitas (*conformity*) dan masalah-masalah saat kecil (*childhood problems*). Semakin tinggi skor *self-esteem*, pengambilan keputusan (*decision-making*) dan konformitas (*conformity*), menunjukkan fungsi psikososial yang semakin baik. Sementara itu, semakin tinggi skor pada skala depresi, kecemasan (*anxiety*), permusuhan (*hostility*), pengambilan risiko (*risk-taking*), dan masalah-masalah saat kecil (*childhood problems*), mengindikasikan fungsi psikososial yang semakin buruk.

Beberapa kali uji coba alat ukur telah dilakukan oleh Knight et al. (1994) sehingga revisi terhadap item-item yang ada pun telah dilakukan sejak pengembangan alat ukur *original* pada tahun 1989. Uji coba terakhir dilakukan pada tahun 1993 terhadap 794 orang yang mengalami ketergantungan opium dari beberapa tempat perawatan atau rehabilitasi. Hasil uji coba tersebut menunjukkan hasil yang valid dan reliabel pada delapan skala yang ada pada domain psikologis dan sosial, dengan total jumlah item sebanyak 57. Rincian dari nilai validitas dan reliabilitas alat ukur ini adalah sebagai berikut:

**Tabel 3.1. Nilai Reliabilitas & Validitas *TCU Psychosocial Functioning Scale***

Domain	Skala	Jumlah Item	Nilai Koefisien Reliabilitas ( $\alpha$ )	Nilai Validitas ( <i>internal consistency</i> )
<b>Psychological Functioning</b>	<i>Self-esteem</i>	5	0.75	$\geq 0.29$
	<i>Depression</i>	6	0.77	$\geq 0.35$
	<i>Anxiety</i>	7	0.82	$\geq 0.35$
	<i>Decision-making</i>	9	0.74	$\geq 0.30$
<b>Social Functioning</b>	<i>Hostility</i>	8	0.83	$\geq 0.40$
	<i>Risk-taking</i>	7	0.77	$\geq 0.44$
	<i>Conformity</i>	7	0.64	$\geq 0.20$
	<i>Childhood-problems</i>	8	0.76	$\geq 0.31$

### 3.6.2.1. Teknik Scoring

Dalam kuesioner *TCU Psychosocial Functioning Scale* yang dikembangkan oleh Knight et al. (1994) digunakan skala Likert yang terdiri dari lima pilihan respon, dari “*Disagree Strongly*” sampai “*Agree Strongly*”. Kemudian, pada penelitian ini lima pilihan respon tersebut diadaptasi menjadi dari “Sangat Tidak Setuju (STS)” sampai “Sangat Setuju (SS)”. Pada setiap item *favourable*, yang terdiri dari 46 item, responden akan mendapatkan skor 1 jika memilih jawaban “Sangat Tidak Setuju (STS)”, demikian seterusnya hingga pemberian skor 5 jika memilih jawaban “Sangat Setuju (SS)”. Sementara itu, pada 11 item *unfavourable*, pemberian skor dilakukan dengan cara sebaliknya, responden diberikan skor 1 untuk jawaban “Sangat Setuju (SS)”, dan seterusnya sampai skor 5 untuk jawaban “Sangat Tidak Setuju (STS)”.

### 3.6.2.2. Uji Coba Alat Ukur *TCU Psychosocial Functioning Scale*

Alat ukur *TCU Psychosocial Functioning Scale* yang digunakan dalam penelitian ini merupakan hasil adaptasi dari alat ukur versi asli yang berbahasa Inggris. Oleh karena itu, perlu dilakukan uji coba terhadap alat ukur hasil adaptasi untuk mengetahui nilai reliabilitas dan validitasnya. Sebelum uji coba alat ukur dilakukan, peneliti melakukan konsultasi dengan pembimbing penelitian untuk mendapatkan penilaian (*expert judgement*) terkait dengan hasil penerjemahan alat ukur dari bahasa Inggris ke bahasa Indonesia. Berdasarkan *expert judgement* tersebut terjadi perubahan struktur kalimat pada beberapa item dan perubahan pada instruksi pengisian serta bentuk kuesioner. Setelah itu, tahap uji coba pun dilakukan.

Uji coba alat ukur ini dilakukan terhadap 35 orang responden yang merupakan pengguna ganja. Uji reliabilitas dilakukan dengan metode *cronbach's alpha*, untuk mengetahui apakah item-item yang ada pada setiap skala konsisten dalam mengukur hal yang sama (*inter-item consistency*). Sementara itu, uji validitas dilakukan dengan menggunakan validitas konstruk, tepatnya dengan metode *internal consistency*. Berdasarkan metode tersebut maka dilakukan korelasi antara skor setiap item dan skor total pada masing-masing skala

(*corrected item-total correlation*) untuk memperoleh nilai validitas dari setiap item.

Hasil dari uji coba tersebut menunjukkan bahwa nilai reliabilitas pada setiap skala cukup bervariasi. Berdasarkan Kerlinger & Lee (2000), nilai reliabilitas 0.5 – 0.6 dianggap sudah memadai untuk sebuah penelitian. Oleh karena itu, nilai koefisien reliabilitas pada skala *self-esteem* (0.7), *depression* (0.788), *anxiety* (0.632), *hostility* (0.717) dan *risk-taking* (0.659), dapat dinyatakan cukup memadai. Akan tetapi, skala *decision-making* (0.428), *conformity* (0.481) dan *childhood-problems* (0.388), memiliki nilai koefisien reliabilitas di bawah 0.5, sehingga dapat dikatakan belum reliabel, berdasarkan batasan nilai reliabilitas dari Kerlinger & Lee (2000). Sementara itu, beberapa item dari hampir seluruh skala, yaitu skala *self-esteem* (item 5, 7), *anxiety* (item 1), *decision-making* (item 27, 55, 17), *hostility* (item 3), *risk-taking* (item 45), konformitas (item 48) dan *childhood-problems* (item 18, 12, 11, 36), memiliki nilai koefisien korelasi di bawah 0.2. Hal ini menunjukkan bahwa item-item tersebut memiliki nilai validitas yang kurang memuaskan, karena berdasarkan Aiken & Groth-Marnat (2006) nilai validitas yang dianggap baik untuk penelitian adalah lebih besar dari 0.2.

Walaupun berdasarkan hasil uji coba tersebut ditemukan beberapa skala yang memiliki nilai reliabilitas tidak memadai ( $< 0.5$ ) dan item-item dengan nilai validitas yang tidak memuaskan ( $< 0.2$ ), tetapi peneliti tidak menghapus item-item tersebut. Perolehan nilai reliabilitas dan nilai validitas yang rendah mungkin terjadi akibat penerjemahan kalimat yang kurang sesuai sehingga sulit dimengerti serta akibat jumlah anggota sampel yang termasuk sedikit. Oleh karena itu, peneliti pun meninjau kembali item-item tersebut dan melakukan revisi terhadap kata-kata pada beberapa item yang memiliki nilai validitas rendah dan dianggap masih kurang sesuai dengan item asli yang dituliskan dalam bahasa Inggris. Hal ini dilakukan dengan harapan nilai reliabilitas dan validitas dapat meningkat pada saat uji coba dengan jumlah anggota sampel yang lebih besar. Beberapa item yang mengalami revisi, antara lain sebagai berikut:

Tabel 3.2. Contoh Hasil Revisi Item Alat Ukur *TCU Psychosocial Functioning Scale*

Nomor Item	Pernyataan Awal	Pernyataan Hasil Revisi
18	Saya sering terlibat adu mulut (adu argumen) atau berkelahi saat kecil.	Saya sering terlibat adu mulut (adu argumen) atau berkelahi saat remaja.
3	Saya ingin orang lain takut dengan saya.	Saya suka jika orang lain takut terhadap saya.
45	Saya menyukai teman-teman yang liar.	Saya menyukai teman-teman yang nakal.

Setelah proses revisi, pengujian reliabilitas dan validitas alat ukur dilakukan kembali terhadap sejumlah pengguna ganja. Uji coba kedua ini melibatkan 120 orang pengguna ganja. Berdasarkan uji reliabilitas dan validitas yang dilakukan terhadap 120 orang pengguna ganja tersebut, diperoleh hasil sebagai berikut:

Tabel 3.3. Hasil Uji Coba Alat Ukur *TCU Psychosocial Functioning Scale*

Domain	Skala	Jumlah Item	Nilai Koefisien Reliabilitas ( $\alpha$ )	Nilai Validitas ( <i>internal consistency</i> )
<i>Psychological Functioning</i>	<i>Self-esteem</i>	5	0.648	0.305 – 0.511
	<i>Depression</i>	6	0.686	0.312 – 0.590
	<i>Anxiety</i>	7	0.662	0.163 – 0.586
	<i>Decision-making</i>	9	0.663	0.146 – 0.655
<i>Social Functioning</i>	<i>Hostility</i>	8	0.812	0.314 – 0.712
	<i>Risk-taking</i>	7	0.507	0.116 – 0.495
	<i>Conformity</i>	7	0.510	0.153 – 0.350
	<i>Childhood-problems</i>	8	0.568	0.143 – 0.427

Hasil uji coba tersebut menunjukkan bahwa alat ukur *TCU Psychosocial Functioning Scale* yang telah diadaptasi ini dapat dinyatakan reliabel. Koefisien reliabilitas pada delapan aspek yang ada memperlihatkan nilai *alpha cronbach* diatas 0.5, yang merupakan batas minimal koefisien reliabilitas alat ukur menurut Kerlinger & Lee (2000). Hasil pada uji reliabilitas kedua ini cukup berbeda dengan hasil uji reliabilitas sebelumnya yang menunjukkan bahwa terdapat beberapa aspek yang tidak reliabel, yaitu skala *decision-making*, skala *conformity* dan skala *childhood-problems*. Perubahan tersebut mungkin terjadi karena pada

uji reliabilitas kedua, item-item yang sebelumnya kurang baik telah melalui proses revisi dan jumlah responden yang terlibat pun jauh lebih banyak.

Sementara itu, hasil indeks validitas pada hampir seluruh item disetiap aspek menunjukkan koefisien korelasi di atas 0.2. Hal ini menunjukkan hasil yang jauh lebih baik jika dibandingkan uji validitas sebelumnya. Akan tetapi, masih terdapat sekitar 6 item, dari jumlah keseluruhan 57 item, yang memiliki nilai *item-total correlation* kurang dari 0.2, dimana menurut batasan nilai validitas minimal dari Aiken & Groth-Marnat (2006), item-item tersebut dapat dinyatakan tidak valid. Walaupun begitu, alat ukur *TCU Psychosocial Functioning Scale* ini tetap dapat dinyatakan valid karena sebelumnya telah melalui proses pengujian yang cukup panjang oleh Knight et al. (1994).

### **3.7. Prosedur Penelitian**

#### **3.7.1. Tahap Persiapan**

Pada tahap persiapan ini, peneliti mencari literatur-literatur mengenai penggunaan ganja dan fungsi psikososial. Peneliti pun menemukan alat ukur, yang sesuai dengan variabel yang ingin diukur dalam penelitian ini, yaitu *The Cannabis Use Disorders Identification Test – Revised* dari Adamson et al. (2010) yang dapat digunakan untuk mengukur tingkat penggunaan ganja serta *TCU Psychosocial Functioning Scale* dari Knight et al. (1994) untuk mengukur fungsi psikososial. Setelah itu, peneliti pun mengadaptasi kedua alat ukur tersebut dengan menerjemahkan item-item yang ada didalamnya dari bahasa Inggris ke bahasa Indonesia. Alat ukur berbentuk kuesioner yang sudah diterjemahkan, kemudian dibuat dalam bentuk *booklet* dan dikonsultasikan kepada pembimbing penelitian untuk mendapatkan penilaian (*expert judgement*). Berdasarkan analisis *expert judgement*, terdapat beberapa item yang diperbaiki dalam hal struktur kalimat serta perbaikan dalam hal instruksi soal.

Setelah proses adaptasi selesai, dilakukan uji coba alat ukur untuk mengetahui nilai reliabilitas dan validitas yang dimiliki masing-masing alat ukur. Tahap uji coba dilakukan terhadap 35 orang pengguna ganja. Berdasarkan hasil uji coba, peneliti pun melakukan revisi terhadap item-item yang memiliki nilai koefisien validitas yang kurang memuaskan. Hasil revisi item tersebut kemudian

dikonsultasikan kembali dengan dosen pembimbing. Setelah itu, kuesioner yang telah melalui proses revisi diperbanyak untuk disebarakan pada responden penelitian.

### **3.7.2. Tahap Pelaksanaan**

Pelaksanaan penelitian dimulai sejak tanggal 3 April 2012 dan berakhir pada 30 April 2012. Penyebaran kuesioner dilakukan dengan dua cara. Sebagian penyebaran kuesioner dilakukan secara langsung, yaitu diberikannya kuesioner (berbentuk cetak) kepada orang-orang yang bersedia dan memenuhi kriteria untuk menjadi responden penelitian. Sementara itu, sebagian lainnya disebarakan dengan cara mengirimkan atau menuliskan *link (url)* kuesioner yang telah diunggah di internet melalui *e-mail* dan sosial media, sehingga orang-orang yang memenuhi kriteria dan bersedia menjadi partisipan dapat langsung mengisi kuesioner dengan membuka *link (url)* yang diberikan. Dalam tahap pelaksanaan ini, diperoleh kuesioner yang lengkap terisi sejumlah 120 buah.

### **3.7.3. Tahap Pengolahan Data**

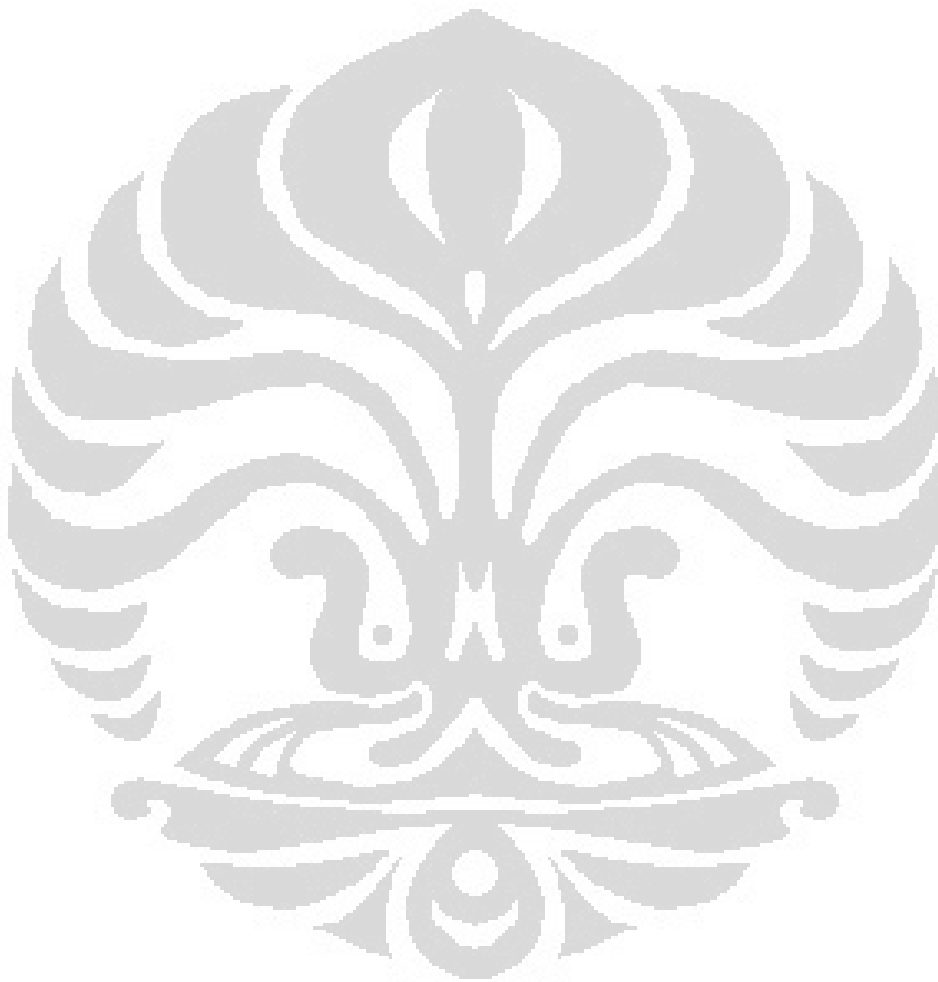
Pada tahap ini, data yang telah terkumpulkan kemudian diolah secara kuantitatif. Pengolahan data ini dilakukan dengan menggunakan program SPSS 16.0.

### **3.8. Metode Pengolahan Data**

Metode atau teknik statistik yang digunakan untuk mengolah data dalam penelitian ini, antara lain sebagai berikut:

- 1) Statistik deskriptif: digunakan untuk mengetahui gambaran umum responden penelitian serta gambaran umum dari variabel tingkat penggunaan ganja dan aspek-aspek fungsi psikososial.
- 2) *Partial correlation*: digunakan untuk mengetahui signifikansi hubungan antara variabel tingkat penggunaan ganja dan variabel fungsi psikososial, yang terdiri dari delapan aspek yang berbeda, sehingga melalui teknik ini akan diperoleh delapan skor korelasi.

- 3) *One-Way Analysis of Variance* (ANOVA): digunakan untuk mengetahui signifikansi perbedaan mean antara dua kelompok atau lebih sebagai satu variabel terhadap variabel yang lain. Teknik ini digunakan untuk mengetahui signifikansi perbedaan *mean* usia mulai menggunakan ganja, banyaknya ganja dalam setiap kali konsumsi, jangka waktu (lama) menggunakan ganja dan frekuensi penggunaan ganja sepanjang hidup terhadap tingkat penggunaan ganja dan aspek-aspek fungsi psikososial.





## BAB 4

### HASIL DAN ANALISIS DATA

Pada bab ini akan diuraikan hasil dan analisis dari pengolahan terhadap data penelitian yang diperoleh.

#### 4.1. Gambaran Umum Responden

##### 4.1.1. Gambaran Karakteristik Responden

Gambaran karakteristik responden diperoleh dari data identitas yang dicantumkan pada bagian awal kuesioner. Berdasarkan 120 orang responden penelitian ini, diperoleh data diri yang meliputi beberapa hal, yaitu usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan terakhir dan pengeluaran per bulan. Data diri tersebut dapat dilihat dari tabel berikut:

**Tabel 4.1. Gambaran Data Diri Responden**

Karakteristik	Jumlah Responden	Persentase
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-laki	108	90 %
Perempuan	12	10 %
Total	120	100 %
<b>Usia</b>		
15 – 19 tahun (Remaja)	15	12.5 %
20 – 40 tahun (Dewasa Muda)	100	83.3 %
41 – 56 tahun (Dewasa Madya)	5	4.2 %
Total	120	100 %
<b>Pekerjaan</b>		
Pegawai Swasta	32	26.67 %
Wiraswasta	21	17.5 %
Mahasiswa	36	30 %
Siswa SMA	6	5 %
Seniman/Pekerja Seni/ <i>Entertainer</i> /Musisi	7	5.83 %
Aktivis (di Organisasi tertentu)	3	2.5 %
<i>Graphic Designer</i>	2	1.67 %
Lain-lain (Arsitek, Buruh, PNS, Peracik Kopi, <i>Motorcycle Builder</i> , Petani Ganja, Pengangguran)	13	10.83 %
Total	120	100 %

**Tabel 4.1. Gambaran Data Diri Responden (Lanjutan)**

<b>Karakteristik</b>	<b>Jumlah Responden</b>	<b>Persentase</b>
<b>Pendidikan Terakhir</b>		
SD (Sekolah Dasar)	1	0.8 %
SMP (Sekolah Menengah Pertama)	6	5 %
SMA/K (Sekolah Menengah Atas/Kejuruan)	60	50 %
D3	11	9.2 %
S1	39	32.5 %
S2	3	2.5 %
Total	120	100 %
<b>Pengeluaran (per bulan)</b>		
< Rp 1.000.000	29	24.2 %
Rp 1.000.000 – Rp 2.500.000	56	46.7 %
Rp 2.500.000 – Rp 5.000.000	21	17.5 %
> Rp 5.000.000	14	11.7%
Total	120	100 %

Berdasarkan tabel 4.1. tersebut, dapat terlihat bahwa pengguna ganja yang berjenis kelamin laki-laki berjumlah jauh lebih banyak (90%) dibandingkan dengan pengguna ganja yang berjenis kelamin perempuan (10%). Sementara itu, dapat diketahui pula bahwa terdapat pengguna ganja yang masih berusia remaja, yaitu 15 – 19 tahun. Meskipun demikian, mayoritas pengguna ganja yang menjadi responden penelitian ini tergolong berusia dewasa muda, yaitu 20 – 40 tahun. Jika dilihat dari pekerjaan, diketahui bahwa mayoritas responden penelitian ini merupakan mahasiswa, pegawai swasta dan wiraswasta. Selanjutnya, dapat diketahui juga bahwa tingkat pendidikan dari responden cukup baik karena sebagian besar merupakan lulusan SMA/SMK dan S1. Sementara itu, jika dilihat dari jumlah pengeluaran per bulan, mayoritas responden berada pada rentang pengeluaran sebesar Rp 1.000.000 – Rp 2.500.000 atau dapat dinyatakan tergolong dalam strata ekonomi menengah.

Selain itu, diperoleh pula data responden yang terkait dengan penggunaan ganja, yaitu usia mulai menggunakan ganja, banyak ganja yang dikonsumsi pada setiap kali penggunaan, frekuensi penggunaan ganja sepanjang hidup, motivasi penggunaan ganja dan penggunaan zat lain selain ganja. Berikut tabel yang menunjukkan data-data tersebut:

Tabel 4.2. Gambaran Data Responden Terkait Penggunaan Ganja

Karakteristik	Jumlah Responden	Persentase
<b>Usia Mulai Menggunakan Ganja</b>		
11 – 14 tahun (Remaja)	25	20.83 %
15 – 19 tahun (Remaja)	82	68.33 %
20 – 25 tahun (Dewasa Muda)	13	10.83 %
Total	120	100 %
<b>Banyak Ganja dalam Sekali Konsumsi</b>		
1/2 – 1 linting	47	39.2 %
2 – 3 linting	53	44.2 %
4 – 5 linting	11	9.2 %
6 – 7 linting	4	3.3 %
8 – 10 linting	5	4.2 %
Total	120	100 %
<b>Frekuensi Penggunaan Ganja Sepanjang Hidup</b>		
1 – 5 kali	8	6.7 %
6 – 9 kali	4	3.3 %
10 – 19 kali	4	3.3 %
20 – 39 kali	8	6.7 %
40 – 59 kali	7	5.8 %
60 – 79 kali	5	4.2 %
80 – 99 kali	3	2.5 %
≥ 100 kali	81	67.5 %
Total	120	100%
<b>Lama Penggunaan Ganja</b>		
0 – 5 tahun	39	32.5 %
6 – 10 tahun	40	33.3 %
11 – 15 tahun	30	25 %
16 – 20 tahun	6	5 %
21 – 25 tahun	1	0.83 %
26 – 30 tahun	2	1.67 %
31 – 35 tahun	1	0.83 %
36 – 40 tahun	0	-
41 – 45 tahun	1	0.83 %
Total	120	100 %

Tabel 4.2. Gambaran Data Responden Terkait Penggunaan Ganja (Lanjutan)

Karakteristik	Jumlah Responden	Persentase
<b>Penggunaan Zat Lain Selain Ganja</b>		
Tidak Menggunakan Zat Lain	22	18.3 %
Rokok	36	30 %
Alkohol	10	8.3 %
Rokok & Alkohol	33	27.5 %
Shabu	1	0.83
Kombinasi antara beberapa zat, seperti: rokok, alkohol, shabu, xanax, anti-depressant, ineks, ecstasy, nitrazepam, LSD, kokain, putau.	18	15 %
Total	120	100 %
<b>Motivasi Penggunaan Ganja</b>		
<i>Enhancement Motives</i> (karena memberikan perasaan menyenangkan; menyukai efeknya; untuk memperoleh kegembiraan)	81	67.5 %
<i>Expansion Motives</i> (untuk membantu menjadi lebih kreatif; untuk memahami sesuatu dengan cara berbeda; untuk mengenali diri dengan lebih baik; untuk memperlancar ide-ide; untuk menggali potensi pemikiran; untuk meningkatkan kesadaran)	85	70.8 %
<i>Coping Motives</i> (untuk melupakan masalah atau kekhawatiran; menghibur diri saat mood buruk; melepaskan rasa penat; membantu menghilangkan depresi; membantu mengelola emosi negatif)	57	47.5 %
<i>Social Motives</i> (agar lebih mudah bergaul; untuk membuat acara kumpul dengan teman lebih menyenangkan)	31	25.8 %
<b>Motif-motif lainnya:</b>		
• Untuk pengobatan (menyembuhkan sakit kepala (migrain); menyembuhkan eczema (penyakit kulit); menurunkan depresi)	6	5 %
• Untuk menambah nafsu makan	7	5.8 %
• Untuk membantu masalah kesulitan tidur (insomnia)	6	5 %
• Untuk membantu kegiatan spiritual (ibadah) atau meditasi	7	5.8 %

Berdasarkan tabel 4.2. tersebut, dapat terlihat bahwa sebagian besar responden telah menggunakan ganja sejak usia yang cukup muda, yaitu usia 15 – 19 tahun. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat kesempatan yang cukup besar bagi

para remaja di Indonesia untuk mulai mengenal dan menggunakan ganja. Terkait banyaknya penggunaan ganja, dapat diketahui bahwa mayoritas responden menggunakan  $\frac{1}{2}$  – 1 linting atau 2 – 3 linting ganja dalam setiap kali konsumsi. Selain itu, diketahui juga bahwa sebagian besar responden telah lebih dari 100 kali menggunakan ganja sepanjang hidupnya.

Berdasarkan lama penggunaan ganja, diperoleh data bahwa penggunaan ganja paling lama adalah 43 tahun dan paling sebentar adalah tidak sampai 1 tahun. Oleh karena itu, dibuat beberapa kategori lama penggunaan ganja, dimana terlihat bahwa 32.5% responden telah menggunakan ganja selama 0 – 5 tahun, 33.3% responden telah menjadi pengguna ganja selama 6 – 10 tahun dan sebanyak 25% responden sudah menggunakan ganja selama 11 – 15 tahun. Berdasarkan data mengenai penggunaan zat lain, dapat terlihat bahwa hanya 18.3% responden yang hanya mengonsumsi ganja saja, sedangkan sebagian lainnya juga mengonsumsi rokok serta mengonsumsi rokok dan alkohol, disamping mengonsumsi ganja.

Selain itu, motivasi penggunaan ganja dari para responden pun dapat diketahui. Dalam hal ini, responden dapat memberikan lebih dari satu jawaban yang sesuai dengan motivasinya dalam menggunakan ganja. Berdasarkan hal tersebut, maka terlihat bahwa terdapat 70.8% responden yang menyatakan menggunakan ganja karena motif-motif yang tergolong dalam *expansion motives*. Kemudian, terdapat 67.5% responden yang diketahui menggunakan ganja karena *enhancement motives*. Adapun 47.5% responden menyatakan bahwa mereka menggunakan ganja untuk motif-motif yang tergolong *coping motives*. Selanjutnya, terdapat 25.8% responden yang mengonsumsi ganja dengan tujuan agar lebih mudah bergaul atau untuk membuat acara kumpul dengan teman lebih menyenangkan (*social motives*). Selain motif-motif tersebut, terdapat motif lain yang mendorong responden dalam menggunakan ganja, antara lain untuk mengobati beberapa penyakit/gangguan yang diderita, seperti migrain atau depresi (5%), untuk menambah nafsu makan (5.8%), untuk membantu masalah kesulitan tidur (5%) serta untuk membantu dalam kegiatan spiritual, seperti ibadah atau meditasi (5.8%).

#### 4.1.2. Gambaran Tingkat Penggunaan Ganja

Gambaran tingkat penggunaan ganja dapat terlihat melalui nilai yang diperoleh dari seluruh responden yang telah mengisi delapan item pada alat ukur *CUDIT-R*. Berikut gambaran umum tingkat penggunaan ganja, berdasarkan perolehan nilai *CUDIT-R*:

**Tabel 4.3. Gambaran Tingkat Penggunaan Ganja**

	Mean	Std. Deviation	Range	
			Minimum	Maximum
CUDIT-R	13.11	5.792	2	30

Berdasarkan data tersebut, diperoleh informasi bahwa nilai *mean* tingkat penggunaan ganja pada seluruh responden sebesar 13.11, dengan nilai SD sebesar 5.792. Dilihat dari rentang skor, diketahui bahwa skor terendah yang diperoleh responden adalah 2 dan skor tertinggi adalah 30, dari rentang kemungkinan skor 0 – 32. Selain itu, berdasarkan nilai *mean* tersebut, dapat diketahui juga bahwa terdapat 61 orang (50.83%) responden yang memiliki skor tingkat penggunaan ganja (*CUDIT-R*) di bawah *mean* ( $< 13$ ), sedangkan 59 orang (49.17%) memiliki skor di atas *mean* ( $\geq 13$ ).

#### 4.1.3. Gambaran Aspek-aspek Fungsi Psikososial

Gambaran aspek-aspek fungsi psikososial diperoleh dari nilai responden pada alat ukur *TCU Psychosocial Functioning Scale*. Berikut ini gambaran dari kedelapan aspek-aspek tersebut:

**Tabel 4.4. Gambaran Aspek-aspek Fungsi Psikososial**

Aspek-aspek Fungsi Psikososial	Mean	Std. Deviation	Range	
			Minimum	Maximum
<i>Self-esteem</i>	21.11	2.795	12	25
<i>Depression</i>	12.18	3.336	6	25
<i>Anxiety</i>	16.82	3.578	9	26
<i>Decision-making</i>	34.51	4.134	24	45
<i>Hostility</i>	16.88	5.457	8	35
<i>Risk-taking</i>	22.56	3.222	14	30
<i>Conformity</i>	27.86	2.988	17	35
<i>Childhood Problems</i>	18.82	4.285	9	31

Berdasarkan tabel 4.4., dapat terlihat nilai *mean* dari skor total masing-masing aspek fungsi psikososial, dimana nilai *mean* terbesar ada pada aspek *decision-making* (34.51), *conformity* (27.86), *risk-taking* (22.56) dan *self-esteem* (21.11). Selanjutnya, pada domain psikologis, dapat diketahui bahwa nilai *mean self-esteem* dari responden penelitian ini sebesar 21.11, dengan SD sebesar 2.795 dan rentang skor 12 – 25. Dari nilai *mean* yang diperoleh tersebut, dapat ditentukan bahwa terdapat 75 orang (62.5%) dari total 120 responden yang memiliki skor *self-esteem* yang sama dengan atau lebih besar dari *mean* ( $\geq 21$ ). Kemudian, diperoleh nilai *mean* sebesar 12.18 dan SD sebesar 3.336 pada aspek depresi, dengan rentang skor 6 – 25. Dengan acuan *mean* tersebut, bisa diketahui bahwa terdapat 70 orang (58.3%) responden yang memiliki skor depresi sama dengan atau di atas nilai *mean* ( $\geq 12$ ). Pada aspek *anxiety*, diperoleh *mean* sebesar 16.82, dengan SD sebesar 3.578 dan rentang skor 9 – 26. Dari nilai tersebut, dapat diketahui bahwa 62 orang (51.7%) responden penelitian ini memiliki skor *anxiety* sama dengan atau lebih besar dari *mean* ( $\geq 17$ ). Pada aspek *decision-making*, didapatkan *mean* sebesar 34.51 dan SD sebesar 4.134, dengan rentang skor 24 – 45. Berdasarkan nilai *mean*, dapat diperoleh bahwa 69 orang (57.5%) memiliki skor *decision-making* yang sama dengan atau lebih besar dari *mean* ( $\geq 34$ ).

Lebih lanjut, pada domain fungsi sosial, diperoleh nilai *mean* sebesar 16.88 dan SD sebesar 5.457 untuk aspek *hostility*, dimana skor responden pada aspek ini berada rentang 8 – 35. Adapun dari *mean* tersebut, dapat ditentukan bahwa 54 responden (45%) memiliki skor *hostility* sama dengan atau lebih besar dari *mean* ( $\geq 17$ ). Untuk aspek *risk-taking*, diperoleh *mean* sebesar 22.56 dan SD sebesar 3.222, dengan rentang skor 14 – 30. Berdasarkan nilai *mean*, dapat diketahui bahwa 75 orang (62.5%) mempunyai skor *risk-taking* sama dengan atau lebih besar dari *mean* ( $\geq 22$ ). Pada aspek *conformity*, didapatkan nilai *mean* sebesar 27.86 dan SD sebesar 2.988, dengan rentang skor 17 – 35. Oleh karena itu, dapat diketahui bahwa 64 orang (53.3%) memiliki skor skala *conformity* yang sama dengan atau lebih besar dari *mean* ( $\geq 28$ ). Sementara itu, pada aspek *childhood-problems*, didapatkan nilai *mean* sebesar 18.82 dan SD sebesar 4.285, dengan rentang skor 9 – 31. Berdasarkan nilai *mean* tersebut, dapat diketahui bahwa

sebanyak 64 responden (53.3%) memiliki skor skala *childhood-problems* yang sama dengan atau lebih besar dari *mean* ( $\geq 19$ ).

## 4.2. Hasil Penelitian

### 4.2.1. Hubungan antara Tingkat Penggunaan Ganja dan Aspek-aspek Fungsi Psikososial

Hasil utama dari penelitian ini berkaitan dengan hubungan antara tingkat penggunaan ganja dan aspek-aspek pada fungsi psikososial. Untuk itu, dilakukan penghitungan statistik dengan metode *partial correlation*. Berikut hasil dari perhitungan statistik tersebut:

**Tabel 4.5. Hubungan antara Tingkat Penggunaan Ganja dan Aspek-aspek Fungsi Psikososial**

	R	Sig.
<i>Self-esteem</i>	0.152	0.108
<i>Depression</i>	-0.126	0.185
<i>Anxiety</i>	0.322	0.000**
<i>Decision-making</i>	-0.090	0.346
<i>Hostility</i>	0.102	0.281
<i>Risk-taking</i>	0.011	0.911
<i>Conformity</i>	-0.144	0.129
<i>Childhood Problems</i>	-0.016	0.864

\*\* signifikan pada Level of Significance 0.01

Berdasarkan tabel 4.5. tersebut, diperoleh data bahwa dari delapan aspek fungsi psikososial yang dikorelasikan dengan tingkat penggunaan ganja, hanya terdapat satu aspek yang memiliki korelasi signifikan, yaitu *anxiety*. Hasil korelasi antara tingkat penggunaan ganja dan *anxiety* menunjukkan nilai  $r = 0.322$  dan  $p = 0.000$ , sehingga dapat dinyatakan bahwa korelasi tersebut signifikan pada *level of significance* (LoS) 0.01 ( $p < 0.01$ ). Nilai koefisien korelasi tersebut juga menunjukkan adanya hubungan yang bernilai positif dan signifikan antara tingkat penggunaan ganja dan *anxiety*, dimana dapat diartikan bahwa semakin tinggi skor tingkat penggunaan ganja, maka akan semakin tinggi juga skor *anxiety* atau



semakin rendah skor tingkat penggunaan ganja, maka semakin rendah juga skor pada aspek *anxiety*.

Lebih lanjut, dapat diketahui juga nilai *effect size*, yaitu  $r^2 = 0.104$ . Nilai tersebut memperlihatkan bahwa 10.4% dari total varians skor tingkat penggunaan ganja dapat dijelaskan oleh *anxiety*, sedangkan 89.6% varians lainnya dapat dijelaskan oleh faktor-faktor lain. Hal ini juga berlaku sebaliknya, dimana 10.4% dari total varians skor *anxiety* dapat dijelaskan melalui tingkat penggunaan ganja, sedangkan 89.6% varians lainnya dapat dijelaskan oleh faktor-faktor lain.

Sementara itu, pada aspek-aspek fungsi psikososial lainnya, yaitu *self-esteem*, *depression*, *decision-making*, *hostility*, *risk-taking*, *conformity* dan *childhood-problems*, tidak ditemukan adanya hubungan yang signifikan dengan skor tes identifikasi gangguan terkait penggunaan ganja atau tingkat penggunaan ganja. Hal ini terlihat dari nilai signifikansi ( $p$ ) dari masing-masing aspek tersebut yang lebih besar dari *level of significance* (LoS) 0.05. Oleh karena itu, dapat dinyatakan bahwa hanya hipotesis nol ke-tiga ( $H_{03}$ ) yang dapat ditolak, sedangkan hipotesis nol lainnya ( $H_{01,2,4,5,6,7,8}$ ) diterima.

#### **4.2.2. Gambaran Tingkat Penggunaan Ganja dan Aspek-aspek Fungsi Psikososial berdasarkan Data Responden terkait Penggunaan Ganja**

Selain hasil korelasi, penelitian ini juga menggambarkan perbedaan *mean* tingkat penggunaan ganja dan aspek-aspek fungsi psikososial pada beberapa kelompok berdasarkan data responden terkait penggunaan ganja. Berikut ini merupakan hasil yang diperoleh mengenai gambaran tingkat penggunaan ganja apabila ditinjau dari usia mulai menggunakan ganja, banyaknya ganja dalam setiap kali konsumsi, jangka waktu (lama) menggunakan ganja dan frekuensi penggunaan ganja sepanjang hidup:

**Tabel 4.6. Gambaran Tingkat Penggunaan Ganja Berdasarkan Data Responen Terkait Penggunaan Ganja**

	Data Responden	N	Mean	Signifikansi	Ket.
<b>Usia Mulai Menggunakan Ganja</b>	11 – 14 tahun (Remaja)	25	13.76	f = 0.308 p = 0.735 (p > 0.05)	Tidak Signifikan
	15 – 19 tahun (Remaja)	82	13.05		
	20 – 25 tahun (Dewasa Muda)	13	12.23		
<b>Banyak Ganja dalam Sekali Konsumsi</b>	½ – 1 linting	47	11.79	f = 1.506 p = 0.205 (p > 0.05)	Tidak Signifikan
	2 – 3 linting	53	13.49		
	4 – 5 linting	11	14.36		
	6 – 7 linting	4	17.00		
	8 – 10 linting	5	15.60		
<b>Lama Menggunakan Ganja</b>	0 – 5 tahun	39	13.26	f = 0.828 p = 0.566 (p > 0.05)	Tidak Signifikan
	6 – 10 tahun	40	13.75		
	11 – 15 tahun	30	12.37		
	16 – 20 tahun	6	15.17		
	21 – 25 tahun	1	11.00		
	26 – 30 tahun	2	5.50		
	31 – 35 tahun	1	9.00		
	36 – 40 tahun	-	-		
41 – 45 tahun	1	13.00			
<b>Frekuensi Penggunaan Ganja Sepanjang Hidup</b>	1 – 5 kali	8	9.62	f = 2.668 p = 0.014 (p < 0.05)	Signifikan
	6 – 9 kali	4	12.75		
	10 – 19 kali	4	18.25		
	20 – 39 kali	8	10.62		
	40 – 59 kali	7	12.57		
	60 – 79 kali	5	8.60		
	80 – 99 kali	3	21.33		
≥ 100 kali	81	13.48			

Berdasarkan tabel 4.6. tersebut dapat terlihat bahwa tidak ada perbedaan *mean* skor tingkat penggunaan ganja yang signifikan berdasarkan data usia mulai menggunakan ganja, banyak ganja dalam sekali konsumsi dan lama (jangka waktu) menggunakan ganja. Akan tetapi, ditemukan bahwa terdapat perbedaan *mean* skor tingkat penggunaan ganja yang signifikan pada delapan kategori frekuensi penggunaan ganja sepanjang hidup. Dalam hal ini, diketahui juga bahwa kelompok responden yang telah menggunakan ganja sebanyak 80 – 99 kali dalam sepanjang hidupnya, memiliki *mean* skor tingkat penggunaan ganja yang paling tinggi, yaitu sebesar 21.33.

Selanjutnya, diperoleh juga hasil mengenai skor *mean* dari aspek-aspek fungsi psikososial apabila ditinjau dari data responden terkait dengan pola dalam menggunakan ganja, yaitu usia mulai menggunakan ganja, banyaknya ganja dalam setiap kali konsumsi, jangka waktu (lama) menggunakan ganja dan frekuensi penggunaan ganja sepanjang hidup. Adapun hasilnya adalah sebagai berikut:

- 1) Gambaran aspek-aspek fungsi psikososial berdasarkan usia mulai menggunakan ganja menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan *mean* skor *self-esteem*, *depression*, *anxiety*, *decision-making*, *hostility*, *risk-taking*, *conformity* maupun *childhood-problems*, yang signifikan pada tiga kelompok usia mulai menggunakan ganja, yaitu 11 – 14 tahun, 15 – 19 tahun dan 20 – 25 tahun. Meskipun demikian, dapat diketahui bahwa kelompok responden yang telah menggunakan ganja pada rentang usia 11 – 14 tahun memiliki skor yang lebih tinggi pada kedelapan aspek fungsi psikososial jika dibandingkan dengan responden pada dua kelompok lainnya.
- 2) Berdasarkan perbandingan *mean* skor aspek-aspek fungsi psikososial yang ditinjau dari banyaknya ganja pada setiap kali konsumsi, diperoleh hasil bahwa tidak terdapat perbedaan *mean* skor *self-esteem*, *depression*, *anxiety*, *decision-making*, *hostility*, *risk-taking* dan *childhood-problems*, yang signifikan pada lima kategori banyaknya penggunaan ganja dalam setiap kali konsumsi. Akan tetapi, ditemukan bahwa terdapat perbedaan *mean* skor aspek *conformity* yang signifikan pada lima kategori banyaknya penggunaan ganja dalam setiap kali konsumsi, yaitu ½ – 1 linting, 2 – 3 linting, 4 – 5 linting, 6 – 7 linting dan 8 – 10 linting, dengan  $f = 2.803$  dan  $p = 0,029$  ( $p < 0.05$ ; signifikan pada L.o.S. 0.05). Pada aspek *conformity*, terlihat bahwa kelompok responden yang menggunakan ganja sebanyak 8 – 10 linting memiliki nilai *mean* yang paling besar (31.20) dan kelompok responden pada kategori penggunaan sebanyak ½ – 1 linting memiliki nilai *mean* paling kecil (27.30), dibandingkan dengan kategori lainnya.
- 3) Gambaran aspek-aspek fungsi psikososial berdasarkan jangka waktu (lamanya) penggunaan ganja menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan *mean* skor dari delapan aspek fungsi psikososial yang signifikan pada

beberapa kelompok kategori jangka waktu penggunaan ganja, yaitu 0 – 5 tahun, 6 – 10 tahun, sampai pada 41 – 45 tahun.

- 4) Berdasarkan kategori frekuensi penggunaan ganja sepanjang hidup, ditemukan bahwa terdapat perbedaan *mean* skor aspek *anxiety*, *decision-making* dan *hostility*, yang signifikan pada delapan kelompok kategori, yaitu penggunaan ganja sebanyak 1 – 5 kali, 6 – 9 kali, 10 – 19 kali, 20 – 39 kali, 40 – 59 kali, 60 – 79 kali, 80 – 99 kali dan  $\geq 100$  kali. Pada aspek *anxiety*, diperoleh  $f = 2.764$  dan  $p = 0.011$  (signifikan pada L.o.S. 0.05), kemudian pada aspek *decision-making* diperoleh  $f = 2.783$  dan  $p = 0.01$  (signifikan pada L.o.S. 0.05), sedangkan pada aspek *hostility* diperoleh  $f = 2.899$  dan  $p = 0.008$  (signifikan pada L.o.S. 0.01). Hal tersebut menunjukkan adanya perbedaan *mean* skor *anxiety*, *decision-making* dan *hostility* yang signifikan antara delapan kategori responden terkait frekuensi mereka dalam penggunaan ganja sepanjang hidup. Lebih lanjut, dapat diketahui juga bahwa pada aspek *anxiety*, kategori penggunaan ganja sebanyak 10 – 19 kali memiliki *mean* skor yang paling tinggi (21.50), dibandingkan dengan kategori lainnya. Pada aspek *decision-making* diperoleh hasil bahwa kelompok responden yang berada dalam kategori penggunaan ganja lebih dari 100 kali memiliki skor *mean* paling tinggi, yaitu sebesar 35.36. Sementara itu, pada aspek *hostility* diketahui bahwa skor *mean hostility* yang paling tinggi (24.25) dimiliki oleh kelompok responden yang berada pada kategori penggunaan ganja sebanyak 10 – 19 kali. Akan tetapi, tidak ditemukan adanya perbedaan *mean* skor *self-esteem*, *depression*, *risk-taking*, *conformity* maupun *childhood-problems*, yang signifikan berdasarkan kategori frekuensi penggunaan ganja sepanjang hidup.

## BAB 5

### KESIMPULAN, DISKUSI DAN SARAN

Pada bab ini akan dibahas mengenai kesimpulan dari analisis data yang telah dilakukan pada bab sebelumnya, diskusi terkait hasil penelitian serta saran-saran yang peneliti ajukan untuk penelitian selanjutnya.

#### 5.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil dan analisis data yang telah dilakukan dalam penelitian ini, maka dapat diperoleh kesimpulan sebagai berikut:

- 1) Terdapat hubungan positif yang signifikan antara tingkat penggunaan ganja dan kecemasan (*anxiety*). Hal ini menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat penggunaan ganja (skor *Cannabis Use Disorders Identification Test*) maka semakin tinggi juga kecemasan (skor skala kecemasan) yang terjadi, dan begitu juga sebaliknya.
- 2) Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat penggunaan ganja dan tujuh aspek-aspek fungsi psikososial, yaitu *self-esteem*, depresi, pengambilan keputusan (*decision-making*), permusuhan (*hostility*), pengambilan risiko (*risk-taking*), konformitas (*conformity*) serta masalah-masalah saat kecil (*childhood-problems*).
- 3) Terdapat perbedaan *mean* skor tingkat penggunaan ganja yang signifikan antara partisipan yang sepanjang hidupnya telah menggunakan ganja sebanyak 1 – 5 kali, 6 – 9 kali, 10 – 19 kali, 20 – 39 kali, 40 – 59 kali, 60 – 79 kali, 80 – 99 kali dan  $\geq 100$  kali. Partisipan yang telah menggunakan ganja sebanyak 80 – 99 kali memiliki *mean* skor tingkat penggunaan ganja yang paling tinggi. Sementara itu, tidak terdapat perbedaan *mean* skor tingkat penggunaan ganja yang signifikan, berdasarkan data usia mulai menggunakan ganja, banyak ganja dalam sekali konsumsi dan lama (jangka waktu) menggunakan ganja.
- 4) Terdapat perbedaan *mean* skor aspek *conformity* yang signifikan pada lima kategori banyaknya penggunaan ganja dalam setiap kali konsumsi, yaitu ½ – 1 linting, 2 – 3 linting, 4 – 5 linting, 6 – 7 linting dan 8 – 10 linting, dimana

kelompok responden yang menggunakan ganja sebanyak 8 – 10 linting memiliki nilai *mean* yang paling besar dan kelompok responden pada kategori penggunaan sebanyak ½ – 1 linting memiliki nilai *mean* paling kecil, dibandingkan dengan kategori lainnya. Akan tetapi, tidak ditemukan adanya perbedaan *mean* skor yang signifikan pada aspek-aspek fungsi psikososial lainnya, berdasarkan kategori banyaknya penggunaan ganja dalam sekali konsumsi.

- 5) Terdapat perbedaan *mean* skor aspek *anxiety*, *decision-making* dan *hostility*, yang signifikan pada delapan kelompok partisipan berdasarkan kategori frekuensi penggunaan ganja sepanjang hidup, yaitu penggunaan sebanyak 1 – 5 kali, 6 – 9 kali, 10 – 19 kali, 20 – 39 kali, 40 – 59 kali, 60 – 79 kali, 80 – 99 kali dan  $\geq 100$  kali. Pada aspek *anxiety*, kategori penggunaan ganja sebanyak 10 – 19 kali memiliki *mean* skor yang paling tinggi, sedangkan pada aspek *decision-making*, kelompok responden yang berada dalam kategori penggunaan ganja lebih dari 100 kali memiliki *mean* skor paling tinggi. Kemudian, pada aspek *hostility*, skor *mean* yang paling tinggi dimiliki oleh kelompok responden dengan penggunaan ganja sebanyak 10 – 19 kali di sepanjang hidupnya. Sementara itu, tidak ditemukan adanya perbedaan *mean* skor yang signifikan pada aspek-aspek fungsi psikososial lainnya, berdasarkan kategori frekuensi penggunaan ganja sepanjang hidup.
- 6) Tidak terdapat perbedaan *mean* skor *self-esteem*, *depression*, *anxiety*, *decision-making*, *hostility*, *risk-taking*, *conformity* maupun *childhood-problems*, yang signifikan, berdasarkan data usia mulai menggunakan ganja dan lama (jangka waktu) menggunakan ganja.

## 5.2. Diskusi

Berdasarkan hasil analisis, ditemukan bahwa terdapat hubungan positif yang signifikan antara tingkat penggunaan ganja dan kecemasan (*anxiety*). Tingkat penggunaan ganja tersebut menunjukkan sejauh mana penggunaan ganja mengarah pada adanya permasalahan atau gangguan. Sementara itu, kecemasan yang dimaksud adalah kekhawatiran terhadap masalah yang belum terjadi atau baru akan terjadi di kemudian hari (Kring et al., 2010), dimana hal ini dapat terlihat dari beberapa simptom. Simptom-simptom tersebut antara lain kesulitan

untuk berkonsentrasi atau mengingat, merasa gelisah, ketegangan pada otot, mengalami kesulitan atau gangguan tidur serta merasa khawatir akan banyak hal (Knight et al., 1994).

Hasil yang diperoleh dalam penelitian ini terkait hubungan antara tingkat penggunaan ganja dan kecemasan, menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat penggunaan ganja maka semakin tinggi kecemasan yang ditunjukkan oleh pengguna ganja, dan begitu juga sebaliknya. Hal ini memperlihatkan kesesuaian dengan beberapa hasil studi sebelumnya, seperti studi dari Cascone et al. (2011) yang mengungkapkan bahwa pengguna ganja yang tingkat penggunaannya telah sampai pada tahap ketergantungan memiliki tingkat kecemasan yang lebih tinggi dibandingkan dengan orang-orang lainnya yang tidak mengalami ketergantungan terhadap ganja. Hasil studi ini juga mungkin dapat menjelaskan penelitian dari De Dios et al. (2012) yang menemukan bahwa 89% dari sampel penelitiannya, yang merupakan wanita pengguna ganja, mengalami setidaknya satu simptom dari *general anxiety disorder* (GAD).

Selain itu, berdasarkan *tension-reduction model* dari Conger (dalam Buckner, et al, 2007) disebutkan bahwa alasan paling umum yang biasanya mendasari seseorang dalam menggunakan ganja adalah untuk melepaskan ketegangan ataupun mengurangi afek negatif lainnya. Hasil studi dari Buckner et al. (2007) juga melaporkan adanya peningkatan penggunaan ganja ketika para pengguna ganja berusaha untuk mengatasi tekanan atau melepaskan ketegangan. Hal tersebut dapat menjadi salah satu penjelasan mengenai hubungan positif antara tingkat penggunaan ganja dan kecemasan, dimana mungkin saja tingkat penggunaan ganja akan menjadi semakin tinggi seiring usaha dari pengguna ganja untuk mengurangi kecemasan yang juga tinggi.

Dalam tingkat yang rendah, kecemasan dapat menjadi hal yang adaptif untuk menyadari dan membuat rencana terkait adanya ancaman di masa depan serta berguna untuk memperbaiki performa pada beberapa tugas (Kring et al., 2010). Akan tetapi, tingkat kecemasan yang tinggi akan dapat merusak atau mengganggu performa seseorang (Kring et al, 2010). Oleh karena itu, dapat dinyatakan bahwa tingginya tingkat penggunaan ganja dapat menjadi tidak baik dalam kehidupan seseorang karena hal tersebut berasosiasi dengan tingginya tingkat kecemasan

yang dapat menurunkan performanya. Selain itu, kecemasan atau kekhawatiran akan ancaman di masa depan yang dirasakan para pengguna ganja, mungkin dapat terlihat sebagai sesuatu yang wajar karena mereka mengonsumsi barang dengan status ilegal yang dapat membuat mereka terancam mendapatkan hukuman jika hal tersebut diketahui oleh pihak berwenang.

Berdasarkan hasil penelitian ini juga diketahui bahwa 10.4% dari total varians skor tingkat penggunaan ganja dapat dijelaskan oleh *anxiety*, sedangkan 89.6% varians lainnya dapat dijelaskan oleh faktor-faktor lain. Hal ini juga berlaku sebaliknya, dimana berarti 10.4% dari total varians skor *anxiety* dapat dijelaskan melalui tingkat penggunaan ganja, sedangkan 89.6% varians lainnya dapat dijelaskan oleh faktor-faktor lain. Salah satu dari faktor-faktor lain yang berasosiasi dengan *anxiety* maupun tingkat penggunaan ganja adalah motivasi dalam penggunaan ganja. Hal ini dapat terlihat dari hasil studi Lee et al. (2007) yang menyatakan bahwa motif penggunaan ganja berhubungan dengan tingkat penggunaan ganja (ringan atau berat) dan masalah yang ditimbulkan. Kemudian, studi dari Zvolensky et al. (2007) juga menunjukkan bahwa motif *coping* terbukti secara signifikan dalam memprediksi afek negatif, salah satunya *anxiety*.

Kecemasan merupakan satu-satunya aspek dalam fungsi psikososial yang dalam penelitian ini terbukti berkorelasi secara signifikan dengan tingkat penggunaan ganja. Sementara itu, hasil korelasi antara tingkat penggunaan ganja dan aspek-aspek fungsi psikososial lainnya, yaitu *self-esteem*, depresi, pengambilan keputusan (*decision-making*), permusuhan (*hostility*), pengambilan risiko (*risk-taking*), konformitas dan masalah-masalah saat kecil (*childhood problems*) ditemukan tidak signifikan. Hasil ini berbeda dengan hasil dari beberapa studi sebelumnya, seperti hasil studi Veselska et al. (2009) yang menemukan adanya asosiasi antara *self-esteem* negatif dan penggunaan ganja, hasil studi dari Kedzior & Martin-Iverson (2010) yang menemukan bahwa level penggunaan ganja berasosiasi positif dengan simptom-simptom depresi serta hasil studi dari Whitlow et al. (2004) dan Fridberg et al. (2010) yang membuktikan bahwa pengguna ganja tingkat berat memiliki kemampuan pengambilan keputusan yang buruk. Selain itu, hasil dalam studi ini juga berbeda dengan hasil studi lainnya yang meneliti penggunaan ganja dan beberapa aspek fungsi



psikososial, seperti hasil studi dari Lane et al. (2005) yang mengungkapkan adanya keterkaitan antara pengambilan risiko dan level penggunaan ganja, hasil studi Hogan et al. (dalam Brook, Lukoff & Whiteman, 1977) yang menemukan bahwa mahasiswa pengguna ganja (*marijuana*) menunjukkan kurangnya tingkat konformitas serta *hostility* yang tinggi, serta hasil studi Storr et al. (2011) yang menunjukkan bahwa masalah perilaku pada masa anak-anak dapat meningkatkan risiko untuk menggunakan ganja pada saat dewasa.

Hasil perhitungan korelasi yang tidak signifikan antara tingkat penggunaan ganja dan ketujuh aspek fungsi psikososial tersebut, dapat disebabkan oleh beberapa hal. Pertama, hal tersebut dapat terjadi karena efek dari tingkat penggunaan ganja terhadap *self-esteem*, depresi, pengambilan keputusan (*decision-making*), permusuhan (*hostility*), pengambilan risiko (*risk-taking*), konformitas dan masalah-masalah saat kecil (*childhood problems*) ataupun efek dari ketujuh aspek tersebut terhadap tingkat penggunaan ganja memang sangat kecil, sehingga tidak dapat muncul pada sampel data. Dalam hal ini, mungkin saja terdapat faktor-faktor lain, selain fungsi psikososial, dalam kehidupan seorang pengguna ganja yang memiliki sumbangan lebih besar terhadap tingkat penggunaan ganjanya. Begitu juga sebaliknya, mungkin terdapat faktor-faktor lain yang memiliki sumbangan lebih besar terhadap fungsi psikososial para pengguna ganja, selain tingkat penggunaan ganjanya. Beberapa hal yang mungkin termasuk ke dalam faktor-faktor lain tersebut di antaranya adalah motivasi penggunaan ganja, harapan yang diinginkan dari penggunaan ganja, lingkungan tempat menggunakan ganja, *mood* atau kepribadian pengguna ganja dan familiaritas terhadap ganja. Hal ini terkait dengan pernyataan dari Iversen (2000) bahwa efek dari ganja akan bervariasi pada setiap orang bergantung dari beberapa hal tersebut, sehingga ada kemungkinan hal-hal tersebut memiliki pengaruh terhadap tingkat penggunaan ganja serta fungsi psikososial seorang pengguna ganja.

Kedua, hasil yang tidak signifikan juga mungkin terjadi karena besarnya variabilitas dari skor tingkat penggunaan ganja ataupun skor aspek-aspek fungsi psikososial. Variabilitas yang besar dimaksudkan pada luasnya persebaran skor atau jarak yang relatif besar antara skor individu dan skor keseluruhan. Hal ini mungkin saja terjadi karena karakteristik dari responden yang terlalu luas. Dalam

penelitian ini, responden hanya memiliki karakteristik utama, yaitu masih aktif menggunakan ganja dalam enam bulan terakhir. Sementara itu, data diri responden seperti usia, jenis kelamin, penggunaan zat lain selain ganja, dan beberapa hal lain terlihat sangat bervariasi.

Selanjutnya, berdasarkan hasil penelitian juga ditemukan adanya perbedaan *mean* skor tingkat penggunaan ganja yang signifikan antara partisipan yang sepanjang hidupnya telah menggunakan ganja sebanyak 1 – 5 kali, 6 – 9 kali, 10 – 19 kali, 20 – 39 kali, 40 – 59 kali, 60 – 79 kali, 80 – 99 kali dan  $\geq 100$  kali. Adanya perbedaan nilai *mean* tersebut mungkin dikarenakan tingkat penggunaan ganja yang diukur dalam penelitian ini (melalui *CUDIT-R* dari Adamson et al., 2010) terdiri dari empat domain yang salah satunya merupakan pola konsumsi ganja. Frekuensi penggunaan ganja sepanjang hidup dapat menunjukkan bagaimana pola konsumsi ganja dari setiap responden. Meskipun terdapat perbedaan *mean* yang signifikan, tetapi nilai *mean* yang ditunjukkan tidak memperlihatkan adanya peningkatan yang berurutan. Oleh karena itu, tidak dapat dikatakan bahwa semakin tinggi atau rendah frekuensi penggunaan ganja sepanjang hidup akan menunjukkan semakin tinggi atau rendah tingkat penggunaan ganja. Hal tersebut mungkin terjadi karena jumlah responden pada setiap kelompok atau kategori sangat berbeda atau tidak merata, dimana sebanyak 81 orang terdapat pada kategori  $\geq 100$  kali, sedangkan pada kategori lainnya jumlah responden tidak sampai 10 orang.

Hasil lain dari penelitian ini menunjukkan gambaran aspek-aspek fungsi psikososial berdasarkan data responden terkait pola penggunaan ganja. Hasil analisis menyatakan bahwa terdapat perbedaan *mean* skor aspek *conformity* yang signifikan pada lima kategori banyaknya penggunaan ganja dalam setiap kali konsumsi, yaitu  $\frac{1}{2}$  – 1 linting, 2 – 3 linting, 4 – 5 linting, 6 – 7 linting dan 8 – 10 linting. Terlihat bahwa kelompok responden yang menggunakan ganja sebanyak 8 – 10 linting memiliki nilai *mean* skor *conformity* yang paling besar dan kelompok responden pada kategori penggunaan sebanyak  $\frac{1}{2}$  – 1 linting memiliki nilai *mean* paling kecil. Meskipun demikian, tidak dapat disimpulkan bahwa semakin besar dosis penggunaan ganja maka *conformity* yang dimiliki juga semakin tinggi. Hal ini dikarenakan perbedaan *mean* yang signifikan tersebut

tidak memperlihatkan adanya perbedaan nilai *mean* yang berurutan dari kategori  $\frac{1}{2}$  – 1 linting sampai kategori 8 – 10 linting. Jumlah responden yang berbeda-beda pada setiap kelompok kategori mungkin dapat menjadi penyebab terjadinya hal tersebut.

Lebih lanjut, ditemukan juga hasil bahwa terdapat perbedaan *mean* skor aspek *anxiety*, *decision-making* dan *hostility*, yang signifikan pada delapan kelompok kategori frekuensi penggunaan ganja sepanjang hidup, yaitu penggunaan ganja sebanyak 1 – 5 kali, 6 – 9 kali, 10 – 19 kali, 20 – 39 kali, 40 – 59 kali, 60 – 79 kali, 80 – 99 kali dan  $\geq 100$  kali. Walaupun begitu, perbedaan *mean* yang signifikan tersebut tidak diiringi dengan adanya perbedaan nilai *mean* yang berurutan dari kategori penggunaan 1 – 5 kali sampai kategori  $\geq 100$  kali, pada aspek *anxiety*, *decision-making* maupun *hostility*. Berdasarkan hasil tersebut maka tidak dapat dinyatakan bahwa semakin tinggi atau rendah frekuensi penggunaan ganja sepanjang hidup akan menunjukkan semakin tinggi atau rendahnya *anxiety*, *decision-making* dan *hostility* pada pengguna ganja.

Peneliti juga menyadari bahwa penelitian ini memiliki banyak keterbatasan atau kekurangan. Pertama, penelitian ini merupakan penelitian korelasional yang dilakukan dengan desain *cross-sectional study* atau dengan hanya satu kali pengambilan data. Oleh karena itu, tidak dapat diketahui bagaimana profil fungsi psikososial responden sebelum menggunakan ganja dan juga tidak dapat diketahui ada atau tidaknya pengaruh antara dua variabel yang ditemukan memiliki hubungan. Kedua, pengukuran yang dilakukan dalam penelitian ini berbentuk lapor-diri, sehingga ada kemungkinan rentan terhadap bias. Ketiga, pada alat ukur yang telah diadaptasi ke dalam bahasa Indonesia, masih terdapat beberapa item yang dapat dinyatakan belum memiliki validitas yang memuaskan. Keempat, keadaan responden pada saat mengisi kuesioner sangat bervariasi, sehingga mungkin saja terdapat perbedaan respon atau perbedaan tingkat kesadaran antara responden yang masih terpengaruh efek ganja, responden yang beberapa jam sebelumnya menggunakan ganja ataupun responden yang terakhir menggunakan ganja pada beberapa hari sebelumnya. Kelima, tidak diketahuinya jumlah populasi pengguna ganja di Indonesia ataupun di daerah Jabodetabek membuat jumlah responden dalam penelitian ini dibatasi dengan waktu dan ketersediaan responden

yang mampu ditemui peneliti. Apabila peneliti memiliki batas waktu yang lebih lama mungkin saja akan diperoleh jumlah responden yang lebih besar lagi. Keenam, pada hasil analisis gambaran tingkat penggunaan ganja dan aspek-aspek fungsi psikososial berdasarkan data terkait pola penggunaan ganja, ditemukan bahwa jumlah responden pada setiap kategori data sangat berbeda-beda atau tidak seimbang, sehingga mungkin memengaruhi perhitungan perbedaan *mean* yang dilakukan.

### **5.3. Saran**

#### **5.3.1. Saran Metodologis**

Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh, peneliti dapat memberikan saran mengenai beberapa hal untuk pengembangan pada penelitian berikutnya, yaitu:

- 1) Untuk lebih mendalami mengenai hubungan antara variabel tingkat penggunaan ganja dan aspek-aspek fungsi psikososial, akan lebih baik jika digunakan pendekatan longitudinal ataupun eksperimental agar dapat diperoleh informasi tentang ada atau tidaknya hubungan sebab-akibat dari kedua variabel.
- 2) Metode wawancara dapat dilakukan pada sejumlah responden agar bisa memperoleh gambaran lebih dalam mengenai tingkat penggunaan ganja serta aspek-aspek fungsi psikososial mereka dalam kehidupan sehari-hari. Hal ini juga akan dapat mengurangi bias dari metode pengumpulan data yang berbentuk lapor-diri.
- 3) Pada penelitian berikutnya, perlu dilakukan analisis serta pengujian kembali terhadap validitas dan reliabilitas alat ukur yang digunakan. Hal tersebut perlu dilakukan untuk mengetahui kesesuaian alat ukur dengan budaya di lingkungan tempat penelitian dilakukan (di Indonesia), sehingga alat ukur dapat dengan sesuai mengukur hal yang ingin diketahui dalam penelitian.
- 4) Keadaan diri dari responden, terkait masih berada dalam pengaruh ganja atau tidak, perlu diperhatikan. Sebaiknya, semua responden berada pada keadaan diri yang sama.
- 5) Penelitian berikutnya bisa dilakukan pada responden dengan jumlah yang lebih besar, agar dapat memperoleh hasil penelitian yang mungkin dapat lebih

merepresentasikan populasi. Selain itu, perlu diperhatikan juga untuk menggunakan teknik pengumpulan dan pengolahan data yang sesuai.

- 6) Apabila dalam penelitian berikutnya juga ingin mengetahui perbedaan *mean* skor satu variabel berdasarkan suatu variabel tertentu, maka usahakan agar persebaran jumlah responden merata pada setiap kategori dalam variabel tersebut.

### **5.3.2. Saran Praktis**

Selain saran dari segi metodologis, peneliti juga akan memberikan saran praktis berdasarkan hasil penelitian, yaitu:

Pada penelitian ini ditemukan bahwa terdapat hubungan antara tingkat penggunaan ganja dan kecemasan, sehingga hal ini dapat menjadi pengetahuan bagi pengguna ganja bahwa tingkat penggunaan ganja yang dimiliki berhubungan dengan kecemasan. Selain itu, hasil ini juga dapat menjadi masukan bagi para konselor yang menangani klien dengan masalah dalam penggunaan ganja untuk memberikan perhatian pada kecemasan yang dialami oleh kliennya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Adamson, S. J., Kay-Lambkin, F. J., Baker, A. L., Lewin, T. J., Thornton, L., Kelly, B. J. & Sellman, D. (2010). An Improved Brief Measure of Cannabis Misuse: The Cannabis Use Disorders Identification Test – Revised (CUDIT-R). *Drug and Alcohol Dependence*, 110, 137 – 143. doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.02.017.
- Aiken, L. R. & Groth-Marnat, G. (2006). *Psychological Testing & Assessment (12<sup>th</sup> Edition)*. New Jersey: Pearson Education Group, Inc.
- Amar, M. B. (2006). Cannabinoids In Medicine: A review of their therapeutic potential. *Journal of Ethnopharmacology*, 105, 1 – 25. doi:10.1016/j.jep.2006.02.001.
- Ashton, C. H. (2001). Pharmacology and Effects of Cannabis: A brief review. *Journal of Psychiatry*. 178, 101 – 106.
- Asih, R. (7 Mei 2011). *BNN: Ganja Dilegalisasi, Resiko Penyalahgunaan Dikhawatirkan Meningkat*. Diunduh dari: [www.tempo.co](http://www.tempo.co).
- Asih, R., Firdaus, A., Ramdani, A. R. & Sita. (8 Mei 2011). *Legalisasi Ganja Dinilai Berbahaya*. Diunduh dari: [www.tempo.co](http://www.tempo.co).
- Baron, R. A., Byrne, D. & Branscombe, N. R. (2008). *Social Psychology (12<sup>th</sup> Edition)*. Boston: Allyn & Bacon.
- Baumeister, R. (2005). Rethinking Self-Esteem: Why nonprofits should stop pushing self-esteem and start endorsing self-control. *Stanford Social Innovation Review*, 34 – 42.
- BNN: 4,7 Persen Pelajar-Mahasiswa Gunakan Narkoba*. (14 Februari 2011). Diunduh dari: [www.antarasumut.com](http://www.antarasumut.com).
- Bonn-Miller, M. O., Vujanovic, A. A. & Zvolensky, M. J. (2008). Emotional Dysregulation: Association with Coping-Oriented Marijuana Use Motives Among Current Marijuana Users. *Substance Use & Misuse*, 43, 1653-1665. doi:10.1080/10826080802241292.

- Bonn-Miller, M. O., Zvolensky, M. J. & Bernstein, A. (2007). Marijuana Use Motives: Concurrent relations to frequency of past 30-day use and anxiety sensitivity among young adult marijuana smokers. *Addictive Behaviors*, 32, 49 – 62. doi:10.1016/j.addbeh.2006.03.018.
- Branden, N. (1992). *The Power of Self-Esteem*. Florida: Health Communications, Inc.
- Brook, J. S., Lukoff, I. F. & Whiteman, M. (1977). Correlates of Adolescent Marijuana Use As Related to Age, Sex, and Ethnicity. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 50, 383 – 390.
- Buckner, J. D., Bonn-Miller, M. O., Zvolensky, M. J. & Schmidt, N. B. (2007). Marijuana Use Motives and Social Anxiety among Marijuana Using Young Adults. *Addictive Behavior*, 32 (10), 2238–2252.
- Cannabis Use: Epidemiology and Risk Factors*. (n.d.). Diunduh dari: [http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/Publishing.nsf/content/C22A31B6C742DFE5CA25767E00122541/\\$File/m682.pdf](http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/Publishing.nsf/content/C22A31B6C742DFE5CA25767E00122541/$File/m682.pdf)
- Carroll, K. M., Sinha, R. & Easton, C. (2006). Engaging Young Probation- Referred Marijuana-Abusing Individuals in Treatment. Dalam R. A. Roffman & R. S. Stephens (Ed.), *Cannabis Dependence: Its Nature, Consequences and Treatment* (pp. 297-314). New York: Cambridge University Press.
- Cascone, P., Zimmermann, G., Auckenthaler, B. & Robert-Tissot, C. (2011). Cannabis Dependence in Swiss Adolescents: Exploration of the Role of Anxiety, Coping Styles, and Psychosocial Difficulties. *Swiss Journal of Psychology*, 70 (3), 129–139. doi:10.1024/1421-0185/a000048.
- Chaplin, J. P. (2009). *Kamus Lengkap Psikologi*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Chong, J. & Lopez, D. (2004). Social Networks, Support and Psychosocial Functioning Among American Indian Women In Treatment. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, 12 (1), 62 – 85.
- Cipta. (20 Juli 2010). *Ganja Bukan Narkotika*. Diunduh dari: [www.legalisasiganja.com](http://www.legalisasiganja.com).
- Clark, P. A. (2000). The Ethics of Medical Marijuana: Government Restrictions vs. Medical Necessity. *Journal of Public Health Policy*, 21 (1), 40–60. Diunduh dari: <http://www.jstor.org/stable/3343473>.

- De Dios, M. A., Herman, D. S., Britton, W. B., Hagerty, C. E., Anderson, B. J. & Stein, M. D. (2012). Motivational and Mindfulness Intervention for Young Adult Female Marijuana Users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 42, 56 – 64. doi:10.1016/j.jsat.2011.08.001.
- Denson, T. F. & Earleywine, M. (2006). Decreased Depression in Marijuana Users. *Addictive Behaviors*, 31, 738 – 742. doi:10.1016/j.addbeh.2005.05.052.
- Depression and College Students: What do these students have in common?. (November 2003). Diunduh dari: <http://uhs.berkeley.edu/home/healthtopics/>.
- Dixon, M. & Oyebode, F. (2007). Uncertainty and Risk Assessment. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 70 – 78. doi:10.1192/apt.bp.105.002022.
- Duarte, R., Escario, J. J. & Molina, J. A. (2006). Marijuana Consumption and School Failure Among Spanish Students. *Economics of Education Review*, 25, 472 – 481. doi:10.1016/j.econedurev.2005.05.004.
- Dunn, T. W. (2008). *Change In Psychosocial Functioning During Cognitive Therapy For Depression*. Unpublished doctoral dissertation, The University of Texas Southwestern Medical Center, Dallas, TX, USA. Diunduh dari: <http://repositories.tdl.org/utswmed-ir/bitstream/handle/2152.5/493/dunntodd.pdf?sequence=3>
- Emmett, D. & Nice, G. (2009). *What You Need To Know About Cannabis: Understanding The Facts*. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Fothergill, K. E. & Ensminger, M. E. (2006). Childhood and Adolescent Antecedents of Drug and Alcohol Problems: A longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence*, 82, 61 – 76. doi:10.1016/j.drugalcdep.2005.08.009.
- Fox, C. L., Towe, S. L., Stephens, R. S., Walker, D. D. & Roffman, R. A. (2011). Motives for Cannabis Use in High-Risk Adolescent Users. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25 (3), 492-500. doi:10.1037/a0024331.
- Fridberg, D. J., Queller, S., Ahn, W., Kim, W., Bishara, A. J., Busemeyer, J. R., Porrino, L. & Stout, J. C. (2010). Cognitive Mechanisms Underlying Risky Decision-making in Chronic Cannabis Users. *Journal of Mathematical Psychology*, 54, 28 – 38. doi:10.1016/j.jmp.2009.10.002.



- Gravetter, F. J. & Forzano, L. B. (2009). *Research Methods for Behavioral Sciences (3<sup>rd</sup> Edition)*. California: Wadsworth Cengage Learning.
- Green, B. E. & Ritter, C. (2000). Marijuana Use & Depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 41 (1), 40-49. Diunduh dari: <http://www.jstor.org/stable/2676359>.
- Gruber, A. J., Pope, H. G., Hudson, J. I. & Yurgelun-Todd, D. (2003). Attributes of Long-term Heavy Cannabis Users: A Case-control Study. *Psychological Medicine*, 33, 1415-1422. doi:10.1017/S0033291703008560.
- Hall, W. & Solowij, N. (2006). The Adverse Health and Psychological Consequences of Cannabis Dependence. Dalam R. A. Roffman & R. S. Stephens (Ed.), *Cannabis Dependence: Its Nature, Consequences and Treatment* (pp. 297 – 314). New York: Cambridge University Press.
- Hyman, S. M. & Sinha, R. (2009). Stress-related Factors in Cannabis Use and Misuse: Implications for prevention and treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36, 400 – 413. doi:10.1016/j.jsat.2008.08.005.
- Iversen, L. L. (2000). *The Science of Marijuana*. New York: Oxford University Press, Inc.
- Kedzior, K. K. & Martin-Iverson, M. (2010). Association between Severity of Cannabis Dependence and Depression. *Psychology*, 1, 233 – 237. doi:10.4236/psych.2010.14031.
- Kerlinger, F. N. & Lee, H. B. (2000). *Foundations of Behavioral Research (4<sup>th</sup> Edition)*. Orlando: Harcourt College Publishers.
- Knight, D. K., Wallace, G. L., Joe, G. W. & Logan, S. M. (2001). Change in Psychosocial Functioning and Social Relations Among Women in Residential Substance Abuse Treatment. *Journal of Substance Abuse*, 13, 533–547.
- Knight, K., Holcom, M. & Simpson D. D. (1994). TCU Psychosocial Functioning and Motivation Scales: Manual on Psychometric Properties. Fort Worth, TX: Texas Christian University, Institute of Behavioral Research.
- Kring, A. M., Johnson, S. L., Davison, G. C. & Neale, J. M. (2010). *Abnormal Psychology (11<sup>th</sup> Edition)*. New York: John Wiley & Sons.
- Kumar, Ranjit. (2005). *Research Methodology: a step-by-step guide for beginners (2<sup>nd</sup> Edition)*. London: Sage Publications.

- Lane, S. D., Cherek, D. R., Tcheremissine, O. V., Lieving, L. M. & Pietras, C. J. (2005). Acute Marijuana Effects on Human Risk Taking. *Neuropsychopharmacology*, 30, 800 – 809.
- Lee, C. M., Neighbors, C. & Woods, B. A. (2007). Marijuana Motives: Young Adult's Reasons for Using Marijuana. *Addictive Behaviors*, 32, 1384-1394. doi:10.1016/j.addbeh.2006.09.010.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R., Klein, D. N. & Gotlib, I. H. (2003). Psychosocial Functioning of Young Adults Who Have Experienced and Recovered From Major Depressive Disorder During Adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 112 (3), 353–363. doi:10.1037/0021-843X.112.3.353.
- Lipshitz, R. & Strauss, O. (1997). Coping with Uncertainty: A Naturalistic Decision-Making Analysis. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 69 (2), 149 – 163.
- Mureau, M. A., Slijper, F. M. E., Slob, A. K. & Verhulst, F. C. (1997). Psychosocial Functioning of Children, Adolescents, and Adults Following Hypospadias Surgery: A Comparative Study. *Journal of Pediatric Psychology*, 22 (3), 371-387.
- Nugent, W. R. & Williams, M. (2001). The Relationship between the Comorbidity of Depression with Problems in Psychosocial Functioning and the Severity of Suicidal Ideation. *Social Service Review*, 75 (4), 581 – 604. Diunduh dari: <http://www.jstor.org/stable/10.1086/323164>.
- Pahl, K., Brook, J. S. & Koppel, J. (2011). Trajectories of Marijuana Use and Psychological Adjustment Among Urban African American and Puerto Rican Women. *Psychological Medicine*, 41, 1775 – 1783. doi:10.1017/S0033291710002345.
- Papalia, D. E., Olds, S. W. & Feldman, R. D. (2009). *Human Development (11<sup>th</sup> Edition)*. New York: McGraw-Hill Companies, Inc.
- Piontek, D., Kraus, L. & Klempova, D. (2008). Short Scales to Assess Cannabis-related Problems: A review of psychometric properties. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 3 (25). doi:10.1186/1747-597X-3-25.

- Putra, I. E. (2009). Pengambilan Keputusan. Dalam S. W. Sarwono & E. A. Meinarno (Ed.), *Psikologi Sosial* (pp. 199 – 222). Jakarta: Salemba Humanika.
- Ramirez, J. M. & Andreu, J. M. (2005). Aggression and Some Related Psychological Constructs (Anger, Hostility, and Impulsivity). *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *21* (1), 1 – 31.
- Rogers, Kara. (2011). *Substance Use and Abuse*. New York: Britannica Educational Publishing.
- Rohde, P., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., Klein, D. N., Andrews, J. A. & Small, J. W. (2007). Psychosocial Functioning of Adults who Experienced Substance Use Disorders as Adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, *21* (2), 155-164. doi:10.1037/0893-164X.21.2.155.
- Rubio, V. J., Santacreu, J. & Hernandez, J. M. (2005). The Objective Assessment of Risk Tendency as A Personality Dimension. *Spanish Journal of Psychology*.
- Simons, J., Correia, C. J., Carey, K. B. & Borsari B. E. (1998). Validating a Five-Factor Marijuana Motives Measure: Relations With Use, Problems, and Alcohol Motives. *Journal of Counseling Psychology*, *45* (3), 265-273.
- Starcke, K. & Brand, M. (2012). Decision Making Under Stress: A selective review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *36*, 1228 – 1248. doi:10.1016/j.neubiorev.2012.02.003.
- Storr C. L., Wagner, F. A., Chen, C., Anthony, J. C. (2011). Childhood Predictors of First Chance to Use and Use of Cannabis by Young Adulthood. *Drug and Alcohol Dependence*, *117*, 7 – 15. doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.12.023.
- Thakkar, V. (2006). *Addiction*. New York: Chelsea House Publisher.
- Tim Lingkar Ganja Nusantara (Narayana, D., Syarif, I. M. & Marentek, R. C.). (2011). *Hikayat Pohon Ganja*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Toker, T., Tiryaki, A., Ozcurumez, G. & Iskender, B. (2011). The Relationship Between Traumatic Childhood Experiences and Proclivities Towards Substance Abuse, Self-Esteem and Coping Strategies. *Turki Journal of Psychiatry*, *22* (2), 83 – 92.

- United Nations World Drug Report 2010 Shows the Devastating Impact of the Drug Trade on Transit Countries.* (23 Juni 2010). Diunduh dari: [www.drugaddictiontreatment.com](http://www.drugaddictiontreatment.com).
- Veselska, Z., Geckova, A. M., Orosova, O., Gajdosova, B., Van Dijk, J. P. & Reijneveld, S. A. (2009). Self-esteem and Resilience: The Connection with Risky Behavior Among Adolescents. *Addictive Behaviors*, 34, 287 – 291. doi:10.1016/j.addbeh.2008.11.005.
- Whitlow, C. T., Liguori, A., Livengood, L. B., Hart, S. L., Mussat-Whitlow, B. J., Lamborn, C. M., Laurienti, P. J. & Porrino, L. J. (2004). Long-term Heavy Marijuana Users Make Costly Decisions on A Gambling Task. *Drug and Alcohol Dependence*, 76, 107 – 111. doi:10.1016/j.drugalcdep.2004.04.009.
- Zvolensky, M. J., Vujanovic, A. A., Bernstein, A., Bonn-Miller, M. O., Marshall, E. C. & Leyro, T. M. (2007). Marijuana Use Motives: A confirmatory test and evaluation among young adult marijuana users. *Addictive Behaviors*, 32, 3122 – 3130. doi:10.1016/j.addbeh.2007.06.010.

## LAMPIRAN A

**(Hasil Uji Coba Alat Ukur *The Cannabis Use Disorder Identification Test – Revised* dan *TCU Psychosocial Functioning Scale* dengan 35 Responden)**

### A.1. Uji Reliabilitas dan Validitas Alat Ukur *The Cannabis Use Disorder Identification Test – Revised*

#### A.1.1. Hasil Uji Reliabilitas:

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.634	.647	8

#### A.1.2. Hasil Uji Validitas:

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
CUDITR_1	8.11	32.810	.567	.464	.557
CUDITR_2	10.26	37.903	.131	.290	.645
CUDITR_3	10.97	38.205	.174	.202	.634
CUDITR_4	9.51	30.904	.315	.308	.610
CUDITR_5	10.46	31.020	.477	.503	.560
CUDITR_6	9.51	28.610	.481	.484	.551
CUDITR_7	10.43	33.370	.369	.308	.592
CUDITR_8	9.94	32.879	.210	.320	.647

## A.2. Uji Reliabilitas dan Validitas Alat Ukur *TCU Psychosocial Functioning Scale*

### A.2.1. Hasil Uji Reliabilitas dan Validitas Skala *Self-esteem*:

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.700	5

#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
FP_Item_5	17.34	5.467	.159	.756
FP_Item_6	16.77	3.534	.755	.503
FP_Item_13	16.49	3.728	.666	.549
FP_Item_7	17.17	5.264	.268	.716
FP_Item_9	16.69	4.222	.469	.645

### A.2.2. Hasil Uji Reliabilitas dan Validitas Skala *Depression*:

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.788	.804	6

#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
FP_Item_32	10.09	10.551	.626	.442	.744
FP_Item_8	9.89	9.634	.651	.602	.729
FP_Item_14	10.00	9.235	.679	.490	.720
FP_Item_41	9.51	10.316	.393	.203	.795
FP_Item_42	10.00	10.235	.383	.225	.800
FP_Item_23	9.80	10.106	.604	.504	.742

### A.2.3. Hasil Uji Reliabilitas dan Validitas Skala *Anxiety*:

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.632	.669	7

#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
FP_Item_1	13.49	10.139	.195	.315	.673
FP_Item_15	14.20	10.988	.277	.275	.615
FP_Item_16	14.66	10.408	.572	.378	.543
FP_Item_33	14.00	10.412	.443	.348	.567
FP_Item_24	13.63	10.240	.352	.398	.592
FP_Item_34	14.06	10.291	.478	.317	.557
FP_Item_25	14.20	11.400	.263	.287	.618

### A.2.4. Hasil Uji Reliabilitas dan Validitas Skala *Decision-making*:

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.428	.495	9

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
FP_Item_2	31.31	4.634	.324	.318	.315
FP_Item_26	30.91	6.904	.174	.307	.401
FP_Item_27	30.71	7.504	.040	.592	.440
FP_Item_55	30.94	7.291	.048	.261	.444
FP_Item_10	30.71	6.563	.334	.502	.350
FP_Item_17	31.49	8.375	-.245	.379	.581
FP_Item_35	31.40	6.365	.431	.293	.320
FP_Item_51	31.06	6.055	.363	.446	.320
FP_Item_28	30.77	6.534	.446	.772	.329

#### A.2.5. Hasil Uji Reliabilitas dan Validitas Skala *Hostility*:

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.717	.703	8

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
FP_Item_52	14.77	16.770	.261	.447	.715
FP_Item_3	15.63	18.358	.023	.199	.748
FP_Item_57	15.31	16.281	.279	.403	.714
FP_Item_19	14.60	14.129	.483	.583	.672
FP_Item_29	14.97	12.499	.715	.781	.611
FP_Item_44	14.94	13.526	.712	.735	.625
FP_Item_20	15.06	14.820	.315	.375	.716
FP_Item_30	14.51	14.610	.482	.476	.673



### A.2.6. Hasil Uji Reliabilitas dan Validitas Skala *Risk-taking*:

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.659	.648	7

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
FP_Item_53	19.06	10.467	.206	.216	.662
FP_Item_39	18.54	10.255	.203	.186	.665
FP_Item_45	19.49	10.139	.189	.287	.671
FP_Item_21	18.66	9.408	.430	.418	.610
FP_Item_40	19.94	6.644	.685	.573	.495
FP_Item_22	19.69	7.516	.456	.440	.598
FP_Item_46	20.40	9.541	.454	.341	.608

### A.2.7. Hasil Uji Reliabilitas dan Validitas Skala *Conformity*:

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.481	7

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
FP_Item_31	22.83	8.558	.311	.434
FP_Item_47	22.89	7.045	.384	.368
FP_Item_48	24.46	9.255	-.127	.636
FP_Item_49	23.26	7.961	.283	.424
FP_Item_54	23.40	7.894	.332	.408
FP_Item_4	23.49	5.610	.336	.386
FP_Item_50	23.06	7.938	.453	.386

### A.2.8. Hasil Uji Reliabilitas dan Validitas Skala *Childhood Problems*:

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.388	.449	8

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
FP_Item_11	17.80	11.047	.076	.262	.398
FP_Item_36	17.43	10.017	.172	.258	.352
FP_Item_43	18.74	10.020	.391	.449	.268
FP_Item_37	17.94	9.232	.440	.360	.222
FP_Item_18	17.54	12.138	-.088	.336	.478
FP_Item_12	17.69	11.692	-.057	.296	.475
FP_Item_38	18.17	9.970	.352	.549	.276
FP_Item_56	18.29	10.269	.233	.478	.323

## LAMPIRAN B

**(Hasil Uji Alat Ukur *The Cannabis Use Disorder Identification Test – Revised*  
dan *TCU Psychosocial Functioning Scale* Pada Saat Field dengan 120  
Responden)**

### B.1. Uji Reliabilitas dan Validitas Alat Ukur *The Cannabis Use Disorder Identification Test – Revised* Pada Saat Field

#### B.1.1. Hasil Uji Reliabilitas:

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.591	.629	8

#### B.1.2. Hasil Uji Validitas:

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
CUDITR_1	9.75	29.181	.337	.327	.555
CUDITR_2	11.95	31.695	.114	.042	.597
CUDITR_3	12.35	27.103	.466	.377	.520
CUDITR_4	11.14	25.047	.328	.234	.547
CUDITR_5	12.27	25.357	.423	.246	.516
CUDITR_6	11.09	24.134	.444	.363	.504
CUDITR_7	11.87	25.377	.445	.364	.510
CUDITR_8	11.34	29.571	.000	.083	.684

## B.2. Uji Reliabilitas dan Validitas Alat Ukur *TCU Psychosocial Functioning Scale* Pada Saat Field

### B.2.1. Hasil Uji Reliabilitas dan Validitas Skala *Self-esteem*:

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.648	.654	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
FP_Item_5	17.01	5.504	.338	.142	.628
FP_Item_6	16.67	5.064	.511	.267	.542
FP_Item_13	16.50	6.185	.305	.170	.636
FP_Item_7	17.38	5.110	.375	.165	.614
FP_Item_9	16.88	5.331	.505	.271	.551

### B.2.2. Hasil Uji Reliabilitas dan Validitas Skala *Depression*:

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.686	.689	6

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
FP_Item_32	10.34	9.168	.329	.177	.671
FP_Item_8	10.32	8.285	.460	.254	.632
FP_Item_14	10.65	8.868	.405	.239	.652
FP_Item_41	9.43	7.575	.432	.268	.642
FP_Item_42	10.48	8.386	.312	.122	.684
FP_Item_23	9.70	6.985	.590	.390	.578

**B.2.3. Hasil Uji Reliabilitas dan Validitas Skala *Anxiety*:****Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.662	.690	7

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
FP_Item_1	13.47	12.890	.163	.055	.705
FP_Item_15	13.82	12.246	.444	.361	.607
FP_Item_16	14.33	13.182	.312	.224	.642
FP_Item_33	13.85	11.742	.586	.412	.571
FP_Item_24	13.15	12.162	.320	.162	.645
FP_Item_34	13.86	12.207	.491	.411	.596
FP_Item_25	13.72	12.121	.419	.263	.613

#### B.2.4. Hasil Uji Reliabilitas dan Validitas Skala *Decision-making*:

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.663	.702	9

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
FP_Item_2	31.62	14.020	.146	.133	.706
FP_Item_26	30.41	13.521	.423	.269	.617
FP_Item_27	30.42	13.791	.556	.359	.601
FP_Item_55	30.78	13.756	.402	.234	.622
FP_Item_10	30.37	15.075	.200	.154	.665
FP_Item_17	30.66	14.479	.288	.232	.647
FP_Item_35	30.90	14.208	.378	.265	.629
FP_Item_51	30.59	14.647	.256	.214	.654
FP_Item_28	30.33	13.165	.655	.453	.579

#### B.2.5. Hasil Uji Reliabilitas dan Validitas Skala *Hostility*:

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.812	.810	8

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
FP_Item_52	14.61	26.190	.314	.204	.816
FP_Item_3	15.23	25.122	.416	.177	.805
FP_Item_57	15.02	23.403	.477	.308	.798
FP_Item_19	14.49	21.025	.695	.656	.762
FP_Item_29	14.79	21.410	.712	.667	.761
FP_Item_44	14.54	22.502	.685	.574	.768
FP_Item_20	14.89	23.845	.393	.228	.813
FP_Item_30	14.54	23.780	.545	.386	.788

**B.2.6. Hasil Uji Reliabilitas dan Validitas Skala *Risk-taking*:****Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.507	.485	7

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
FP_Item_53	18.65	9.423	.116	.196	.512
FP_Item_39	18.38	8.825	.227	.201	.477
FP_Item_45	19.61	8.072	.289	.100	.450
FP_Item_21	18.77	8.550	.186	.128	.494
FP_Item_40	19.68	6.252	.495	.326	.324
FP_Item_22	19.94	7.518	.293	.265	.446
FP_Item_46	20.33	9.146	.097	.164	.526

**B.2.7. Hasil Uji Reliabilitas dan Validitas Skala *Conformity*:****Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.510	.524	7

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
FP_Item_31	23.64	7.341	.247	.090	.473
FP_Item_47	23.60	6.713	.300	.108	.448
FP_Item_48	24.94	6.845	.153	.058	.530
FP_Item_49	23.87	7.623	.205	.083	.489
FP_Item_54	23.97	6.772	.350	.154	.428
FP_Item_4	23.52	7.125	.271	.109	.463
FP_Item_50	23.60	7.250	.253	.093	.470

**B.2.8. Hasil Uji Reliabilitas dan Validitas Skala *Childhood Problems*:****Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.568	.570	8



## Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
FP_Item_11	16.41	15.000	.270	.191	.536
FP_Item_36	15.89	14.148	.319	.124	.519
FP_Item_43	16.93	15.441	.256	.180	.541
FP_Item_37	16.49	13.966	.427	.362	.485
FP_Item_18	16.22	14.776	.261	.183	.540
FP_Item_12	16.39	14.677	.225	.307	.555
FP_Item_38	16.50	16.454	.143	.127	.571
FP_Item_56	16.94	14.963	.312	.335	.524

**LAMPIRAN C**  
**(Hasil Penelitian)**

**C.1. Hasil Korelasi antara Tingkat Penggunaan Ganja dan Aspek-aspek Fungsi Psikososial**

**C.1.1. Hasil Korelasi antara Tingkat Penggunaan Ganja dan *Self-esteem*:**

**Correlations**

Control Variables			Tingkat Penggunaan Ganja	Self-esteem
Depresi & Anxiety & Decision-making & Hostility & Risk-taking & Conformity & Childhood Problems	Tingkat Penggunaan Ganja	Correlation	1.000	.152
		Significance (2-tailed)	.	.108
		Df	0	111
Self-esteem		Correlation	.152	1.000
		Significance (2-tailed)	.108	.
		Df	111	0

**C.1.2. Hasil Korelasi antara Tingkat Penggunaan Ganja dan *Depression*:**

**Correlations**

Control Variables			Tingkat Penggunaan Ganja	Depression
Self-esteem & Anxiety & Decision-making & Hostility & Risk-taking & Conformity & Childhood Problems	Tingkat Penggunaan Ganja	Correlation	1.000	-.126
		Significance (2-tailed)	.	.185
		Df	0	111
Depresi		Correlation	-.126	1.000
		Significance (2-tailed)	.185	.
		Df	111	0

### C.1.3. Hasil Korelasi antara Tingkat Penggunaan Ganja dan *Anxiety*:

Correlations			Tingkat Penggunaan Ganja	Anxiety
Control Variables				
Self-esteem & Depresi & Decision-making & Hostility & Risk-taking & Conformity & Childhood Problems	Tingkat Penggunaan Ganja	Correlation	1.000	.322
		Significance (2-tailed)	.	.000
		Df	0	111
	Anxiety	Correlation	.322	1.000
		Significance (2-tailed)	.000	.
		Df	111	0

### C.1.4. Hasil Korelasi antara Tingkat Penggunaan Ganja dan *Decision-making*:

Correlations			Tingkat Penggunaan Ganja	Decision-making
Control Variables				
Self-esteem & Depression & Anxiety & Hostility & Risk-taking & Conformity & Childhood Problems	Tingkat Penggunaan Ganja	Correlation	1.000	-.090
		Significance (2-tailed)	.	.346
		Df	0	111
	Decision-making	Correlation	-.090	1.000
		Significance (2-tailed)	.346	.
		Df	111	0

**C.1.5. Hasil Korelasi antara Tingkat Penggunaan Ganja dan *Hostility*:**

Correlations			Tingkat Penggunaan Ganja	Hostility
Control Variables				
Self-esteem & Depression & Anxiety & Decision-making	Tingkat Penggunaan Ganja	Correlation	1.000	.102
		Significance (2-tailed)	.	.281
		Df	0	111
& Risk-taking & Conformity & Childhood Problems	Hostility	Correlation	.102	1.000
		Significance (2-tailed)	.281	.
		Df	111	0

**C.1.6. Hasil Korelasi antara Tingkat Penggunaan Ganja dan *Risk-taking*:**

Correlations			Tingkat Penggunaan Ganja	Risk-taking
Control Variables				
Self-esteem & Depression & Anxiety & Decision-making	Tingkat Penggunaan Ganja	Correlation	1.000	.011
		Significance (2-tailed)	.	.911
		Df	0	111
& Hostility & Conformity & Childhood Problems	Risk-taking	Correlation	.011	1.000
		Significance (2-tailed)	.911	.
		Df	111	0

**C.1.7. Hasil Korelasi antara Tingkat Penggunaan Ganja dan *Conformity*:**

Correlations			Tingkat Penggunaan Ganja	Conformity
Control Variables				
Self-esteem & Depression & Anxiety & Decision-making	Tingkat Penggunaan Ganja	Correlation	1.000	-.144
		Significance (2-tailed)	.	.129
		Df	0	111
& Hostility & Risk-taking & Childhood Problems	Conformity	Correlation	-.144	1.000
		Significance (2-tailed)	.129	.
		Df	111	0

**C.1.8. Hasil Korelasi antara Tingkat Penggunaan Ganja dan *Childhood Problems*:**

Correlations			Tingkat Penggunaan Ganja	Childhood Problems
Control Variables				
Self-esteem & Depression & Anxiety & Decision-making	Tingkat Penggunaan Ganja	Correlation	1.000	-.016
		Significance (2-tailed)	.	.864
		Df	0	111
& Hostility & Risk-taking & Conformity	Childhood Problems	Correlation	-.016	1.000
		Significance (2-tailed)	.864	.
		Df	111	0

## C.2. Gambaran Tingkat Penggunaan Ganja dan Aspek-aspek Fungsi Psikososial berdasarkan Data Responden Terkait Penggunaan Ganja

### C.2.1. Gambaran Tingkat Penggunaan Ganja berdasarkan Data Responden Terkait Penggunaan Ganja

#### C.2.1.1. Gambaran Tingkat Penggunaan Ganja berdasarkan Usia Mulai Menggunakan Ganja:

##### Descriptives

Tingkat Penggunaan Ganja

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
					11 - 14 tahun	25		
15 - 19 tahun	82	13.05	5.837	.645	11.77	14.33	2	27
20 - 25 tahun	13	12.23	5.615	1.557	8.84	15.62	2	19
Total	120	13.11	5.792	.529	12.06	14.16	2	30

##### ANOVA

Tingkat Penggunaan Ganja

	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	20.919	2	10.460	.308	.735
Within Groups	3970.673	117	33.937		
Total	3991.592	119			

**C.2.1.2. Gambaran Tingkat Penggunaan Ganja berdasarkan Banyak Ganja dalam Setiap Kali Konsumsi:**

**Descriptives**

Tingkat Penggunaan Ganja

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
1/2 - 1 linting	47	11.79	5.752	.839	10.10	13.48	2	27
2 - 3 linting	53	13.49	5.928	.814	11.86	15.12	2	30
4 - 5 linting	11	14.36	5.836	1.760	10.44	18.28	6	23
6 - 7 linting	4	17.00	5.033	2.517	8.99	25.01	12	24
8 - 10 linting	5	15.60	2.608	1.166	12.36	18.84	13	19
Total	120	13.11	5.792	.529	12.06	14.16	2	30

**ANOVA**

Tingkat Penggunaan Ganja

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	198.729	4	49.682	1.506	.205
Within Groups	3792.863	115	32.981		
Total	3991.592	119			

**C.2.1.3. Gambaran Tingkat Penggunaan berdasarkan Frekuensi Penggunaan Ganja Sepanjang Hidup:**

**Descriptives**

Tingkat Penggunaan Ganja

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
1 - 5 kali	8	9.62	5.153	1.822	5.32	13.93	2	18
6 - 9 kali	4	12.75	8.770	4.385	-1.21	26.71	3	24
10 - 19 kali	4	18.25	5.123	2.562	10.10	26.40	13	25
20 - 39 kali	8	10.62	5.829	2.061	5.75	15.50	4	23
40 - 59 kali	7	12.57	3.505	1.325	9.33	15.81	9	18
60 - 79 kali	5	8.60	5.983	2.676	1.17	16.03	3	16
80 - 99 kali	3	21.33	10.970	6.333	-5.92	48.58	9	30
> 100 kali	81	13.48	5.280	.587	12.31	14.65	2	27
Total	120	13.11	5.792	.529	12.06	14.16	2	30

**ANOVA**

Tingkat Penggunaan Ganja

	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	570.538	7	81.505	2.668	.014
Within Groups	3421.053	112	30.545		
Total	3991.592	119			



**C.2.1.4. Gambaran Tingkat Penggunaan berdasarkan Lama Penggunaan Ganja:**

**Descriptives**

Tingkat Penggunaan Ganja

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
0 - 5 tahun	39	13.26	6.381	1.022	11.19	15.33	3	30
6 - 10 tahun	40	13.75	5.900	.933	11.86	15.64	4	25
11 - 15 tahun	30	12.37	4.817	.880	10.57	14.17	2	22
16 - 20 tahun	6	15.17	6.210	2.535	8.65	21.68	9	25
21 - 25 tahun	1	11.00	.	.	.	.	11	11
26 - 30 tahun	2	5.50	4.950	3.500	-38.97	49.97	2	9
31 - 35 tahun	1	9.00	.	.	.	.	9	9
41 - 45 tahun	1	13.00	.	.	.	.	13	13
Total	120	13.11	5.792	.529	12.06	14.16	2	30

**ANOVA**

Tingkat Penggunaan Ganja

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	196.356	7	28.051	.828	.566
Within Groups	3795.236	112	33.886		
Total	3991.592	119			

## C.2.2. Gambaran Aspek-aspek Fungsi Psikososial berdasarkan Data Responden Terkait Penggunaan Ganja

### C.2.2.1. Gambaran Aspek-aspek Fungsi Psikososial berdasarkan Usia Mulai Menggunakan Ganja:

		Descriptives							
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
Self-esteem	11 - 14 tahun	25	21.32	3.449	.690	19.90	22.74	12	25
	15 - 19 tahun	82	21.12	2.627	.290	20.54	21.70	14	25
	20 - 25 tahun	13	20.62	2.599	.721	19.04	22.19	17	25
	Total	120	21.11	2.795	.255	20.60	21.61	12	25
Depression	11 - 14 tahun	25	12.68	3.794	.759	11.11	14.25	7	24
	15 - 19 tahun	82	12.10	3.211	.355	11.39	12.80	6	25
	20 - 25 tahun	13	11.77	3.345	.928	9.75	13.79	7	20
	Total	120	12.18	3.336	.304	11.58	12.79	6	25
Anxiety	11 - 14 tahun	25	17.00	4.021	.804	15.34	18.66	9	26
	15 - 19 tahun	82	16.94	3.557	.393	16.16	17.72	9	25
	20 - 25 tahun	13	15.77	2.803	.778	14.08	17.46	11	21
	Total	120	16.82	3.578	.327	16.18	17.47	9	26
Decision-making	11 - 14 tahun	25	34.80	4.453	.891	32.96	36.64	27	44
	15 - 19 tahun	82	34.44	4.190	.463	33.52	35.36	24	45
	20 - 25 tahun	13	34.38	3.330	.924	32.37	36.40	26	40
	Total	120	34.51	4.134	.377	33.76	35.26	24	45
Hostility	11 - 14 tahun	25	17.20	5.627	1.125	14.88	19.52	9	30
	15 - 19 tahun	82	16.89	5.598	.618	15.66	18.12	8	35
	20 - 25 tahun	13	16.15	4.432	1.229	13.48	18.83	9	27
	Total	120	16.88	5.457	.498	15.89	17.86	8	35
Risk-taking	11 - 14 tahun	25	22.88	2.619	.524	21.80	23.96	19	27
	15 - 19 tahun	82	22.63	3.416	.377	21.88	23.38	14	30
	20 - 25 tahun	13	21.46	2.989	.829	19.66	23.27	16	26
	Total	120	22.56	3.222	.294	21.98	23.14	14	30

Conformity	11 - 14 tahun	25	28.44	3.318	.664	27.07	29.81	23	35
	15 - 19 tahun	82	27.85	2.969	.328	27.20	28.51	17	34
	20 - 25 tahun	13	26.77	2.242	.622	25.41	28.12	24	30
	Total	120	27.86	2.988	.273	27.32	28.40	17	35
Childhood Problems	11 - 14 tahun	25	19.16	4.239	.848	17.41	20.91	12	26
	15 - 19 tahun	82	18.76	4.353	.481	17.80	19.71	9	31
	20 - 25 tahun	13	18.62	4.234	1.174	16.06	21.17	11	28
	Total	120	18.82	4.285	.391	18.05	19.60	9	31

## ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Self-esteem	Between Groups	4.294	2	2.147	.271	.763
	Within Groups	925.297	117	7.909		
	Total	929.592	119			
Depression	Between Groups	8.999	2	4.500	.400	.671
	Within Groups	1314.967	117	11.239		
	Total	1323.967	119			
Anxiety	Between Groups	16.322	2	8.161	.634	.532
	Within Groups	1507.003	117	12.880		
	Total	1523.325	119			
Decision-making	Between Groups	2.720	2	1.360	.078	.925
	Within Groups	2031.272	117	17.361		
	Total	2033.992	119			
Hostility	Between Groups	9.420	2	4.710	.156	.856
	Within Groups	3533.705	117	30.203		
	Total	3543.125	119			
Risk-taking	Between Groups	18.697	2	9.348	.899	.410
	Within Groups	1216.895	117	10.401		
	Total	1235.592	119			
Conformity	Between Groups	23.880	2	11.940	1.345	.265
	Within Groups	1038.712	117	8.878		
	Total	1062.592	119			

Childhood Problems	Between Groups	3.766	2	1.883	.101	.904
	Within Groups	2181.559	117	18.646		
	Total	2185.325	119			

**C.2.2.2. Gambaran Aspek-aspek Fungsi Psikososial berdasarkan Banyak Ganja dalam Setiap Kali Konsumsi:**

		Descriptives							
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
Self-esteem	1/2 - 1 linting	47	20.98	2.989	.436	20.10	21.86	12	25
	2 - 3 linting	53	20.75	2.766	.380	19.99	21.52	14	25
	4 - 5 linting	11	22.27	2.005	.604	20.93	23.62	19	25
	6 - 7 linting	4	21.50	1.915	.957	18.45	24.55	19	23
	8 - 10 linting	5	23.20	2.490	1.114	20.11	26.29	20	25
	Total	120	21.11	2.795	.255	20.60	21.61	12	25
Depression	1/2 - 1 linting	47	12.36	3.709	.541	11.27	13.45	7	25
	2 - 3 linting	53	12.15	3.183	.437	11.27	13.03	6	20
	4 - 5 linting	11	12.27	2.867	.864	10.35	14.20	7	18
	6 - 7 linting	4	11.50	1.732	.866	8.74	14.26	10	13
	8 - 10 linting	5	11.20	4.025	1.800	6.20	16.20	7	16
	Total	120	12.18	3.336	.304	11.58	12.79	6	25
Anxiety	1/2 - 1 linting	47	16.57	3.549	.518	15.53	17.62	10	24
	2 - 3 linting	53	17.19	3.685	.506	16.17	18.20	9	26
	4 - 5 linting	11	17.64	2.580	.778	15.90	19.37	13	21
	6 - 7 linting	4	14.75	3.686	1.843	8.89	20.61	10	19
	8 - 10 linting	5	15.20	4.550	2.035	9.55	20.85	10	22
	Total	120	16.82	3.578	.327	16.18	17.47	9	26
Decision-making	1/2 - 1 linting	47	34.06	3.959	.577	32.90	35.23	27	45
	2 - 3 linting	53	34.89	3.969	.545	33.79	35.98	25	44
	4 - 5 linting	11	34.82	4.423	1.334	31.85	37.79	27	42

	6 - 7 linting	4	31.50	5.196	2.598	23.23	39.77	24	36
	8 - 10 linting	5	36.40	6.025	2.694	28.92	43.88	28	44
	Total	120	34.51	4.134	.377	33.76	35.26	24	45
Hostility	1/2 - 1 linting	47	17.32	6.501	.948	15.41	19.23	9	35
	2 - 3 linting	53	16.81	4.880	.670	15.47	18.16	8	33
	4 - 5 linting	11	16.73	4.338	1.308	13.81	19.64	11	26
	6 - 7 linting	4	16.00	3.464	1.732	10.49	21.51	11	19
	8 - 10 linting	5	14.40	4.827	2.159	8.41	20.39	9	22
	Total	120	16.88	5.457	.498	15.89	17.86	8	35
Risk-taking	1/2 - 1 linting	47	23.09	2.895	.422	22.23	23.94	18	29
	2 - 3 linting	53	22.49	3.196	.439	21.61	23.37	14	29
	4 - 5 linting	11	22.45	4.034	1.216	19.74	25.16	17	30
	6 - 7 linting	4	19.25	2.217	1.109	15.72	22.78	17	22
	8 - 10 linting	5	21.20	4.324	1.934	15.83	26.57	16	25
	Total	120	22.56	3.222	.294	21.98	23.14	14	30
Conformity	1/2 - 1 linting	47	27.30	3.064	.447	26.40	28.20	17	33
	2 - 3 linting	53	27.70	2.700	.371	26.95	28.44	23	35
	4 - 5 linting	11	29.18	3.027	.913	27.15	31.22	23	34
	6 - 7 linting	4	28.75	3.862	1.931	22.60	34.90	25	34
	8 - 10 linting	5	31.20	2.280	1.020	28.37	34.03	29	35
	Total	120	27.86	2.988	.273	27.32	28.40	17	35
Childhood Problems	1/2 - 1 linting	47	19.45	4.169	.608	18.22	20.67	12	31
	2 - 3 linting	53	18.38	4.439	.610	17.15	19.60	9	28
	4 - 5 linting	11	19.27	4.315	1.301	16.37	22.17	13	26
	6 - 7 linting	4	17.00	3.559	1.780	11.34	22.66	14	21
	8 - 10 linting	5	18.20	4.764	2.131	12.28	24.12	11	23
	Total	120	18.82	4.285	.391	18.05	19.60	9	31

## ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Self-esteem	Between Groups	44.820	4	11.205	1.456	.220
	Within Groups	884.772	115	7.694		
	Total	929.592	119			

Depression	Between Groups	8.341	4	2.085	.182	.947
	Within Groups	1315.625	115	11.440		
	Total	1323.967	119			
Anxiety	Between Groups	47.627	4	11.907	.928	.450
	Within Groups	1475.698	115	12.832		
	Total	1523.325	119			
Decision-making	Between Groups	72.026	4	18.007	1.055	.382
	Within Groups	1961.966	115	17.061		
	Total	2033.992	119			
Hostility	Between Groups	43.417	4	10.854	.357	.839
	Within Groups	3499.708	115	30.432		
	Total	3543.125	119			
Risk-taking	Between Groups	66.410	4	16.602	1.633	.171
	Within Groups	1169.182	115	10.167		
	Total	1235.592	119			
Conformity	Between Groups	94.406	4	23.601	2.803	.029
	Within Groups	968.186	115	8.419		
	Total	1062.592	119			
Childhood Problems	Between Groups	46.273	4	11.568	.622	.648
	Within Groups	2139.052	115	18.600		
	Total	2185.325	119			

**C.2.2.3. Gambaran Aspek-aspek Fungsi Psikososial berdasarkan Frekuensi Penggunaan Ganja Sepanjang Hidup:**

Descriptives									
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum	
					Lower Bound	Upper Bound			
Self-esteem	1 - 5 kali	8	20.38	2.925	1.034	17.93	22.82	15	23
	6 - 9 kali	4	19.25	5.123	2.562	11.10	27.40	12	24
	10 - 19 kali	4	19.75	1.500	.750	17.36	22.14	18	21
	20 - 39 kali	8	19.12	4.086	1.445	15.71	22.54	13	25
	40 - 59 kali	7	20.71	2.628	.993	18.28	23.14	16	24
	60 - 79 kali	5	22.00	2.000	.894	19.52	24.48	19	24
	80 - 99 kali	3	20.33	2.082	1.202	15.16	25.50	18	22
	> 100 kali	81	21.54	2.555	.284	20.98	22.11	14	25
	Total	120	21.11	2.795	.255	20.60	21.61	12	25
Depression	1 - 5 kali	8	13.50	2.777	.982	11.18	15.82	9	17
	6 - 9 kali	4	13.75	6.850	3.425	2.85	24.65	10	24
	10 - 19 kali	4	12.75	.957	.479	11.23	14.27	12	14
	20 - 39 kali	8	14.50	3.665	1.296	11.44	17.56	9	19
	40 - 59 kali	7	12.86	2.795	1.056	10.27	15.44	9	16
	60 - 79 kali	5	10.80	1.924	.860	8.41	13.19	8	13
	80 - 99 kali	3	14.00	2.646	1.528	7.43	20.57	12	17
	> 100 kali	81	11.68	3.251	.361	10.96	12.40	6	25
	Total	120	12.18	3.336	.304	11.58	12.79	6	25
Anxiety	1 - 5 kali	8	19.25	3.919	1.386	15.97	22.53	14	25
	6 - 9 kali	4	16.75	5.188	2.594	8.49	25.01	12	23
	10 - 19 kali	4	21.50	2.646	1.323	17.29	25.71	19	25
	20 - 39 kali	8	18.38	4.502	1.592	14.61	22.14	10	23
	40 - 59 kali	7	16.57	3.552	1.343	13.29	19.86	9	20
	60 - 79 kali	5	14.20	1.095	.490	12.84	15.56	13	15
	80 - 99 kali	3	19.00	1.732	1.000	14.70	23.30	18	21
	> 100 kali	81	16.31	3.281	.365	15.58	17.03	9	26

	Total	120	16.82	3.578	.327	16.18	17.47	9	26
Decision-making	1 - 5 kali	8	33.38	3.543	1.253	30.41	36.34	29	40
	6 - 9 kali	4	29.00	4.690	2.345	21.54	36.46	24	35
	10 - 19 kali	4	34.75	.500	.250	33.95	35.55	34	35
	20 - 39 kali	8	33.38	5.153	1.822	29.07	37.68	27	42
	40 - 59 kali	7	31.00	4.282	1.618	27.04	34.96	25	37
	60 - 79 kali	5	34.80	2.588	1.158	31.59	38.01	32	38
	80 - 99 kali	3	32.33	2.082	1.202	27.16	37.50	30	34
	> 100 kali	81	35.36	3.947	.439	34.49	36.23	26	45
	Total	120	34.51	4.134	.377	33.76	35.26	24	45
Hostility	1 - 5 kali	8	19.25	6.251	2.210	14.02	24.48	11	31
	6 - 9 kali	4	17.00	8.981	4.491	2.71	31.29	11	30
	10 - 19 kali	4	24.25	7.136	3.568	12.90	35.60	16	33
	20 - 39 kali	8	20.00	6.024	2.130	14.96	25.04	9	27
	40 - 59 kali	7	14.29	3.861	1.459	10.72	17.86	10	20
	60 - 79 kali	5	13.00	2.345	1.049	10.09	15.91	11	17
	80 - 99 kali	3	21.00	2.000	1.155	16.03	25.97	19	23
	> 100 kali	81	16.27	4.947	.550	15.18	17.37	8	35
	Total	120	16.88	5.457	.498	15.89	17.86	8	35
Risk-taking	1 - 5 kali	8	21.00	2.563	.906	18.86	23.14	18	26
	6 - 9 kali	4	21.25	3.500	1.750	15.68	26.82	17	25
	10 - 19 kali	4	22.75	2.217	1.109	19.22	26.28	20	25
	20 - 39 kali	8	22.12	3.044	1.076	19.58	24.67	19	26
	40 - 59 kali	7	22.00	3.606	1.363	18.67	25.33	17	27
	60 - 79 kali	5	24.00	2.915	1.304	20.38	27.62	22	29
	80 - 99 kali	3	22.00	1.000	.577	19.52	24.48	21	23
	> 100 kali	81	22.79	3.379	.375	22.04	23.54	14	30
	Total	120	22.56	3.222	.294	21.98	23.14	14	30
Conformity	1 - 5 kali	8	27.62	3.583	1.267	24.63	30.62	23	34
	6 - 9 kali	4	26.75	2.872	1.436	22.18	31.32	23	29
	10 - 19 kali	4	28.50	.577	.289	27.58	29.42	28	29
	20 - 39 kali	8	27.38	1.302	.460	26.29	28.46	26	30
	40 - 59 kali	7	29.71	2.215	.837	27.67	31.76	26	33



	60 - 79 kali	5	29.60	3.130	1.400	25.71	33.49	25	33
	80 - 99 kali	3	25.33	1.155	.667	22.46	28.20	24	26
	> 100 kali	81	27.78	3.154	.350	27.08	28.48	17	35
	Total	120	27.86	2.988	.273	27.32	28.40	17	35
Childhood Problems	1 - 5 kali	8	20.25	2.375	.840	18.26	22.24	16	23
	6 - 9 kali	4	19.25	5.377	2.689	10.69	27.81	14	26
	10 - 19 kali	4	15.75	3.096	1.548	10.82	20.68	13	20
	20 - 39 kali	8	21.25	5.175	1.830	16.92	25.58	12	29
	40 - 59 kali	7	15.71	5.219	1.973	10.89	20.54	9	23
	60 - 79 kali	5	16.80	1.789	.800	14.58	19.02	14	18
	80 - 99 kali	3	19.67	3.055	1.764	12.08	27.26	17	23
	> 100 kali	81	18.94	4.264	.474	18.00	19.88	10	31
	Total	120	18.82	4.285	.391	18.05	19.60	9	31

## ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Self-esteem	Between Groups	79.148	7	11.307	1.489	.178
	Within Groups	850.444	112	7.593		
	Total	929.592	119			
Depression	Between Groups	111.155	7	15.879	1.466	.186
	Within Groups	1212.811	112	10.829		
	Total	1323.967	119			
Anxiety	Between Groups	224.402	7	32.057	2.764	.011
	Within Groups	1298.923	112	11.598		
	Total	1523.325	119			
Decision-making	Between Groups	301.408	7	43.058	2.783	.010
	Within Groups	1732.584	112	15.469		
	Total	2033.992	119			
Hostility	Between Groups	543.422	7	77.632	2.899	.008
	Within Groups	2999.703	112	26.783		
	Total	3543.125	119			

Risk-taking	Between Groups	45.785	7	6.541	.616	.742
	Within Groups	1189.807	112	10.623		
	Total	1235.592	119			
Conformity	Between Groups	67.796	7	9.685	1.090	.374
	Within Groups	994.795	112	8.882		
	Total	1062.592	119			
Childhood Problems	Between Groups	193.238	7	27.605	1.552	.157
	Within Groups	1992.087	112	17.786		
	Total	2185.325	119			

#### C.2.2.4. Gambaran Aspek-aspek Fungsi Psikososial berdasarkan Lama Penggunaan Ganja:

##### Descriptives

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum	
					Lower Bound	Upper Bound			
Self-esteem	0 - 5 tahun	39	20.33	2.941	.471	19.38	21.29	12	25
	6 - 10 tahun	40	21.25	2.658	.420	20.40	22.10	14	25
	11 - 15 tahun	30	21.60	2.581	.471	20.64	22.56	13	25
	16 - 20 tahun	6	20.50	2.950	1.204	17.40	23.60	17	24
	21 - 25 tahun	1	20.00	.	.	.	.	20	20
	26 - 30 tahun	2	24.50	.707	.500	18.15	30.85	24	25
	31 - 35 tahun	1	25.00	.	.	.	.	25	25
	41 - 45 tahun	1	25.00	.	.	.	.	25	25
	Total	120	21.11	2.795	.255	20.60	21.61	12	25
Depression	0 - 5 tahun	39	12.36	3.594	.576	11.19	13.52	6	24
	6 - 10 tahun	40	12.48	3.266	.516	11.43	13.52	7	25
	11 - 15 tahun	30	11.57	2.956	.540	10.46	12.67	7	18
	16 - 20 tahun	6	14.17	3.371	1.376	10.63	17.70	10	20
	21 - 25 tahun	1	14.00	.	.	.	.	14	14
	26 - 30 tahun	2	10.50	2.121	1.500	-8.56	29.56	9	12

	31 - 35 tahun	1	7.00	.	.	.	.	7	7
	41 - 45 tahun	1	7.00	.	.	.	.	7	7
	Total	120	12.18	3.336	.304	11.58	12.79	6	25
Anxiety	0 - 5 tahun	39	17.13	3.874	.620	15.87	18.38	9	25
	6 - 10 tahun	40	17.08	3.504	.554	15.95	18.20	9	25
	11 - 15 tahun	30	16.27	3.443	.629	14.98	17.55	11	26
	16 - 20 tahun	6	17.83	3.125	1.276	14.55	21.11	13	21
	21 - 25 tahun	1	18.00	.	.	.	.	18	18
	26 - 30 tahun	2	14.50	.707	.500	8.15	20.85	14	15
	31 - 35 tahun	1	16.00	.	.	.	.	16	16
	41 - 45 tahun	1	10.00	.	.	.	.	10	10
	Total	120	16.82	3.578	.327	16.18	17.47	9	26
Decision-making	0 - 5 tahun	39	34.69	3.928	.629	33.42	35.97	25	42
	6 - 10 tahun	40	33.70	4.109	.650	32.39	35.01	24	45
	11 - 15 tahun	30	34.80	4.055	.740	33.29	36.31	27	44
	16 - 20 tahun	6	34.00	5.514	2.251	28.21	39.79	26	42
	21 - 25 tahun	1	36.00	.	.	.	.	36	36
	26 - 30 tahun	2	40.50	4.950	3.500	-3.97	84.97	37	44
	31 - 35 tahun	1	35.00	.	.	.	.	35	35
	41 - 45 tahun	1	40.00	.	.	.	.	40	40
	Total	120	34.51	4.134	.377	33.76	35.26	24	45
Hostility	0 - 5 tahun	39	15.97	4.997	.800	14.35	17.59	8	30
	6 - 10 tahun	40	16.80	5.954	.941	14.90	18.70	8	35
	11 - 15 tahun	30	18.50	5.244	.957	16.54	20.46	9	31
	16 - 20 tahun	6	18.00	5.899	2.408	11.81	24.19	9	26
	21 - 25 tahun	1	17.00	.	.	.	.	17	17
	26 - 30 tahun	2	13.50	6.364	4.500	-43.68	70.68	9	18
	31 - 35 tahun	1	11.00	.	.	.	.	11	11
	41 - 45 tahun	1	12.00	.	.	.	.	12	12
	Total	120	16.88	5.457	.498	15.89	17.86	8	35
Risk-taking	0 - 5 tahun	39	22.51	3.417	.547	21.41	23.62	14	29
	6 - 10 tahun	40	22.45	3.137	.496	21.45	23.45	16	29
	11 - 15 tahun	30	22.67	3.122	.570	21.50	23.83	17	30

	16 - 20 tahun	6	22.00	3.950	1.612	17.86	26.14	18	27
	21 - 25 tahun	1	25.00	.	.	.	.	25	25
	26 - 30 tahun	2	25.00	2.828	2.000	-.41	50.41	23	27
	31 - 35 tahun	1	19.00	.	.	.	.	19	19
	41 - 45 tahun	1	25.00	.	.	.	.	25	25
	Total	120	22.56	3.222	.294	21.98	23.14	14	30
Conformity	0 - 5 tahun	39	28.05	2.772	.444	27.15	28.95	23	34
	6 - 10 tahun	40	27.52	3.038	.480	26.55	28.50	17	34
	11 - 15 tahun	30	27.60	2.860	.522	26.53	28.67	22	34
	16 - 20 tahun	6	26.83	2.483	1.014	24.23	29.44	24	30
	21 - 25 tahun	1	28.00	.	.	.	.	28	28
	26 - 30 tahun	2	31.50	4.950	3.500	-12.97	75.97	28	35
	31 - 35 tahun	1	33.00	.	.	.	.	33	33
	41 - 45 tahun	1	35.00	.	.	.	.	35	35
	Total	120	27.86	2.988	.273	27.32	28.40	17	35
Childhood Problems	0 - 5 tahun	39	18.28	4.839	.775	16.71	19.85	9	29
	6 - 10 tahun	40	18.68	4.376	.692	17.28	20.07	11	31
	11 - 15 tahun	30	19.47	3.298	.602	18.24	20.70	12	26
	16 - 20 tahun	6	20.50	4.506	1.839	15.77	25.23	15	28
	21 - 25 tahun	1	25.00	.	.	.	.	25	25
	26 - 30 tahun	2	15.00	4.243	3.000	-23.12	53.12	12	18
	31 - 35 tahun	1	17.00	.	.	.	.	17	17
	41 - 45 tahun	1	20.00	.	.	.	.	20	20
	Total	120	18.82	4.285	.391	18.05	19.60	9	31

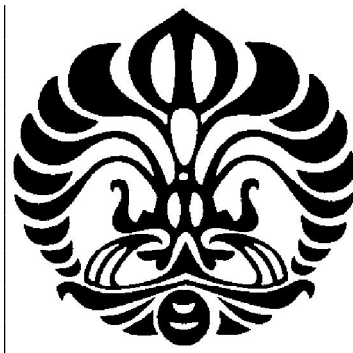
## ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Self-esteem	Between Groups	88.225	7	12.604	1.678	.122
	Within Groups	841.367	112	7.512		
	Total	929.592	119			
Depression	Between Groups	102.317	7	14.617	1.340	.238
	Within Groups	1221.649	112	10.908		
	Total	1323.967	119			

Anxiety	Between Groups	80.991	7	11.570	.898	.510
	Within Groups	1442.334	112	12.878		
	Total	1523.325	119			
Decision-making	Between Groups	135.984	7	19.426	1.146	.340
	Within Groups	1898.008	112	16.946		
	Total	2033.992	119			
Hostility	Between Groups	199.751	7	28.536	.956	.467
	Within Groups	3343.374	112	29.852		
	Total	3543.125	119			
Risk-taking	Between Groups	39.281	7	5.612	.525	.814
	Within Groups	1196.310	112	10.681		
	Total	1235.592	119			
Conformity	Between Groups	118.186	7	16.884	2.002	.061
	Within Groups	944.406	112	8.432		
	Total	1062.592	119			
Childhood Problems	Between Groups	113.686	7	16.241	.878	.526
	Within Groups	2071.639	112	18.497		
	Total	2185.325	119			

**LAMPIRAN D**  
**(Kuesioner Saat Field)**

**KUESIONER**



**FAKULTAS PSIKOLOGI**  
**UNIVERSITAS INDONESIA**

Selamat Pagi/Siang/Sore/Malam

Yth. Responden Penelitian

Dengan hormat,

Saya mahasiswa Fakultas Psikologi Universitas Indonesia sedang melakukan penelitian skripsi dengan tema “Penggunaan Ganja dan Fungsi Psikososial”, khususnya pada pengguna ganja yang berdomisili di kawasan Jabodetabek. Oleh karena itu, saya mohon kesediaan Anda untuk meluangkan waktu guna mengisi kuesioner ini.

Kuesioner ini ditujukan hanya untuk kepentingan penelitian ilmiah. Seluruh data yang dicantumkan akan dirahasiakan demi kenyamanan privasi Anda. Untuk itu, saya meminta Anda untuk membaca petunjuk pengisian dengan seksama, kemudian jawablah pernyataan dan pertanyaan yang ada secara jujur dan menggambarkan keadaan diri Anda yang sebenarnya. Sebelum mengembalikan kuesioner ini, mohon periksa kembali jawaban Anda, jangan sampai ada pernyataan yang terlewat untuk diisi.

Atas bantuan dan kerja sama Anda, saya ucapkan terima kasih.

Depok, April 2012

Peneliti,

Dania Fatmawati Putri

(Contact: 085313795072)

**DATA RESPONDEN****Isilah data-data di bawah ini sesuai dengan keadaan diri Anda!****[Keterangan: \* Coret yang tidak diperlukan | \*\* Lingkari jawaban yang sesuai]**

- (1) Inisial Nama : .....
- (2) Usia : ..... tahun
- (3) Jenis Kelamin\* : Laki-laki / Perempuan
- (4) Pekerjaan\*\* : a. Siswa d. Swasta  
b. Mahasiswa e. Wirausaha  
c. PNS f. Lainnya: .....
- (5) Pendidikan Terakhir\*\*:
- |            |            |       |
|------------|------------|-------|
| a. SD      | d. Diploma | f. S2 |
| b. SMP     | e. S1      | g. S3 |
| c. SMA/SMK |            |       |
- (6) Pengeluaran rata – rata per bulan\*\* :
- |                                    |                                    |
|------------------------------------|------------------------------------|
| a. < Rp. 1.000.000                 | c. Rp. 2.500.000 s/d Rp. 5.000.000 |
| b. Rp. 1.000.000 s/d Rp. 2.500.000 | d. > Rp. 5.000.000                 |

**POLA PENGGUNAAN GANJA****Isilah data-data di bawah ini sesuai dengan keadaan diri Anda!****[Keterangan: \* Coret yang tidak diperlukan | \*\* Lingkari jawaban yang sesuai]**

- (1) Sejak usia berapa Anda mulai menggunakan ganja? ..... tahun
- (2) Apakah Anda menggunakan zat atau obat-obatan lainnya (misal: rokok, alkohol, shabu, kokain, dll.)?\* Ya / Tidak
- (Jika menjawab “Ya”, sebutkan: .....)
- (3) Banyaknya ganja pada sekali penggunaan\* : ..... gram / linting
- (4) Terakhir kali menggunakan ganja\*: ..... menit/ jam/ hari yg lalu



- (5) Frekuensi penggunaan ganja sepanjang hidup\*\* :
- a. 1-5 kali      c. 10-19 kali      e. 40-59 kali      g. 80-99 kali  
 b. 6-9 kali      d. 20-39 kali      f. 60-79 kali      h.  $\geq 100$  kali
- (6) Apa motivasi Anda dalam menggunakan ganja? (jawaban boleh lebih dari satu; coret saja jawaban yang tidak sesuai)
- a. karena memberikan perasaan menyenangkan; menyukai efeknya  
 b. untuk membantu menjadi lebih kreatif; untuk memahami sesuatu dengan cara berbeda; untuk mengenali diri dengan lebih baik  
 c. untuk melupakan masalah atau kekhawatiran; menghibur diri saat mood buruk; membantu menghilangkan depresi  
 d. agar lebih mudah bergaul; untuk membuat acara kumpul dengan teman lebih menyenangkan  
 e. Lainnya: .....

**(Isilah data berikut ini dengan cara melingkari jawaban yang sesuai dengan keadaan Anda dalam 6 bulan terakhir ini.)**

- (7) Seberapa sering Anda menggunakan ganja?
- a. Tidak Pernah      d. 2-3 kali per minggu  
 b.  $\leq 1$  kali per bulan      e.  $\geq 4$  kali per minggu  
 c. 2-4 kali per bulan
- (8) Berapa lama Anda biasanya terpengaruh efek ganja, terutama mengalami “**stoned**”, setelah menggunakan ganja?
- a.  $< 1$  jam    b. 1 atau 2 jam    c. 3 atau 4 jam    d. 5 atau 6 jam    e.  $\geq 7$  jam
- (9) Seberapa sering Anda gagal melakukan hal-hal yang biasanya diharapkan dari Anda, sebagai akibat dari penggunaan ganja?
- a. Tidak Pernah      d. Setiap minggu  
 b. Sekali dalam beberapa bulan    e. Setiap hari atau hampir setiap hari  
 c. Setiap bulan

- (10)Seberapa sering Anda menggunakan ganja pada situasi yang dapat membahayakan secara fisik, seperti berkendara, mengoperasikan alat bermesin, atau mengasuh anak, dll.?
- a. Tidak Pernah
  - b. Sekali dalam beberapa bulan
  - c. Setiap bulan
  - d. Setiap minggu
  - e. Setiap hari atau hampir setiap hari
- (11)Seberapa sering Anda menemukan diri Anda tidak mampu menghentikan penggunaan ganja setelah Anda mulai menggunakannya?
- a. Tidak Pernah
  - b. Sekali dalam beberapa bulan
  - c. Setiap bulan
  - d. Setiap minggu
  - e. Setiap hari atau hampir setiap hari
- (12)Seberapa sering Anda mencurahkan banyak waktu untuk mencari ganja, menggunakan ganja, dan pulih kembali dari efek penggunaan ganja?
- a. Tidak Pernah
  - b. Sekali dalam beberapa bulan
  - c. Setiap bulan
  - d. Setiap minggu
  - e. Setiap hari atau hampir setiap hari
- (13)Seberapa sering Anda mengalami masalah dengan ingatan atau konsentrasi, setelah menggunakan ganja?
- a. Tidak Pernah
  - b. Sekali dalam beberapa bulan
  - c. Setiap bulan
  - d. Setiap minggu
  - e. Setiap hari atau hampir setiap hari
- (14)Apakah Anda pernah berpikiran untuk menghentikan penggunaan ganja?
- a. Tidak Pernah
  - b. Pernah

## **FUNGSI PSIKOSOSIAL**

### **Petunjuk Pengisian:**

Anda diminta untuk memberikan tanggapan atas pernyataan yang ada pada kuesioner ini sesuai **dengan keadaan, pendapat, ataupun perasaan Anda**, bukan berdasarkan pendapat umum atau pendapat orang lain. Isilah setiap pernyataan dengan cara memberi tanda silang (**X**) pada salah satu respon yang paling sesuai dengan diri Anda, berdasarkan pilihan berikut:

**STS = Sangat Tidak Setuju**      **S = Setuju**  
**TS = Tidak Setuju**              **SS = Sangat Setuju**  
**AS = Agak Setuju**

### **Contoh:**

1.	Saya puas dengan pekerjaan saya.	STS	TS	AS	S	SS
----	----------------------------------	-----	----	----	---	----

Apabila Anda merasa pernyataan tersebut sesuai dengan keadaan diri Anda, maka berikan tanda silang pada kolom setuju (S).

1.	Saya puas dengan pekerjaan saya.	STS	TS	AS	<del>S</del>	SS
----	----------------------------------	-----	----	----	--------------	----

Jika Anda ingin mengubah jawaban, maka coret jawaban sebelumnya dengan dua garis (=), kemudian beri tanda silang (X) pada jawaban yang Anda pilih.

1.	Saya puas dengan pekerjaan saya.	STS	TS	AS	<del><del>S</del></del>	<del>SS</del>
----	----------------------------------	-----	----	----	-------------------------	---------------

Apabila Anda sudah memahami cara pengisian ini, mulailah mengisi seluruh pernyataan pada halaman selanjutnya, sesuai dengan keadaan diri Anda.

1.	Saya sulit untuk tidur.	STS	TS	AS	S	SS
2.	Saya memikirkan bagaimana tindakan saya akan mempengaruhi orang lain.	STS	TS	AS	S	SS
3.	Saya suka jika orang lain takut terhadap saya.	STS	TS	AS	S	SS
4.	Agama adalah hal yang penting dalam hidup saya.	STS	TS	AS	S	SS
5.	Saya mempunyai banyak hal yang bisa saya banggakan.	STS	TS	AS	S	SS
6.	Saya merasa sebagai orang yang gagal.	STS	TS	AS	S	SS
7.	Secara umum, saya merasa puas dengan diri saya.	STS	TS	AS	S	SS
8.	Saya merasa sedih atau depresi.	STS	TS	AS	S	SS
9.	Saya merasa bahwa saya tidak penting untuk orang lain.	STS	TS	AS	S	SS
10.	Saya memikirkan banyak cara untuk menyelesaikan satu masalah.	STS	TS	AS	S	SS
11.	Saya sering membolos saat sekolah.	STS	TS	AS	S	SS
12.	Saat remaja, saya terlibat masalah dengan pihak sekolah atau polisi.	STS	TS	AS	S	SS
13.	Saya merasa bahwa saya tidak berguna.	STS	TS	AS	S	SS
14.	Saya merasa sangat lelah dalam menjalani hidup.	STS	TS	AS	S	SS
15.	Saya mengalami kesulitan untuk berkonsentrasi atau mengingat.	STS	TS	AS	S	SS
16.	Saya takut akan hal-hal tertentu, seperti lift (elevator), kerumunan orang atau berpergian sendiri.	STS	TS	AS	S	SS

17.	Saya mempunyai masalah dalam mengambil keputusan.	STS	TS	AS	S	SS
18.	Saya sering terlibat adu mulut (adu argumen) atau berkelahi saat remaja.	STS	TS	AS	S	SS
19.	Saya seorang yang tempramental.	STS	TS	AS	S	SS
20.	Saya pernah membawa senjata, seperti pisau atau pistol.	STS	TS	AS	S	SS
21.	Saya suka untuk melakukan sesuatu yang aneh atau menarik.	STS	TS	AS	S	SS
22.	Saya hanya melakukan hal-hal yang aman.	STS	TS	AS	S	SS
23.	Saya sering merasa kesepian.	STS	TS	AS	S	SS
24.	Saya mengalami kesulitan duduk diam dalam waktu yang lama.	STS	TS	AS	S	SS
25.	Saya merasa ada tekanan di otot-otot saya.	STS	TS	AS	S	SS
26.	Saya membuat rencana jangka panjang.	STS	TS	AS	S	SS
27.	Saya memikirkan apa saja kemungkinan yang akan terjadi atas tindakan saya.	STS	TS	AS	S	SS
28.	Saya menganalisa sebuah masalah dengan melihat berbagai macam pilihan.	STS	TS	AS	S	SS
29.	Saya berkelahi atau mendapatkan masalah karena saya seorang yang tempramental.	STS	TS	AS	S	SS
30.	Saya merasakan kemarahan di dalam diri saya.	STS	TS	AS	S	SS
31.	Saya merasa orang lain itu penting untuk saya.	STS	TS	AS	S	SS

32.	Saya merasa bergairah dalam menjalani hidup.	STS	TS	AS	S	SS
33.	Saya merasa cemas.	STS	TS	AS	S	SS
34.	Saya merasa tegang.	STS	TS	AS	S	SS
35.	Saya membuat keputusan-keputusan yang bagus.	STS	TS	AS	S	SS
36.	Sewaktu kecil, saya pernah mengambil sesuatu yang bukan milik saya.	STS	TS	AS	S	SS
37.	Saya merasakan kemarahan atau frustrasi saat kecil.	STS	TS	AS	S	SS
38.	Sewaktu kecil, saya memiliki kepercayaan diri yang baik.	STS	TS	AS	S	SS
39.	Saya menyukai tantangan.	STS	TS	AS	S	SS
40.	Saya menghindari hal-hal yang berbahaya.	STS	TS	AS	S	SS
41.	Saya merasa khawatir karena terlalu memikirkan banyak hal.	STS	TS	AS	S	SS
42.	Saya pernah berpikir untuk bunuh diri.	STS	TS	AS	S	SS
43.	Sewaktu kecil, saya mempunyai hubungan yang baik dengan orang tua.	STS	TS	AS	S	SS
44.	Saya mudah marah kepada orang lain.	STS	TS	AS	S	SS
45.	Saya menyukai teman-teman yang nakal.	STS	TS	AS	S	SS
46.	Saya sangat berhati-hati dan waspada.	STS	TS	AS	S	SS
47.	Saya merasa kejujuran itu dibutuhkan dalam segala situasi.	STS	TS	AS	S	SS

48.	Saya mempunyai masalah dalam mengikuti peraturan atau hukum.	STS	TS	AS	S	SS
49.	Saya berteman dengan orang-orang yang sama dalam waktu lama.	STS	TS	AS	S	SS
50.	Mengurus keluarga adalah hal yang sangat penting bagi saya.	STS	TS	AS	S	SS
51.	Saya membuat keputusan tanpa memikirkan konsekuensinya.	STS	TS	AS	S	SS
52.	Saya merasa diperlakukan dengan tidak baik oleh orang lain.	STS	TS	AS	S	SS
53.	Saya suka untuk mengambil banyak kesempatan.	STS	TS	AS	S	SS
54.	Saya bekerja dengan keras untuk mempertahankan sebuah pekerjaan.	STS	TS	AS	S	SS
55.	Saya memikirkan apa yang menjadi penyebab masalah saya sekarang.	STS	TS	AS	S	SS
56.	Saya mengalami kekerasan fisik maupun mental saat kecil.	STS	TS	AS	S	SS
57.	Saya mempunyai keinginan untuk berkelahi atau melukai orang lain.	STS	TS	AS	S	SS

**\*Selesai\***

**TERIMA KASIH**