

LAPORAN PENELITIAN

HUBUNGAN LINGKUNGAN KELUARGA DENGAN PERILAKU PENYALAHGUNAAN NAPZA PADA KLIEN RAWAT JALAN DI RSKO JAKARTA

Perpustakaan FIK



0 5 1 9 6 0



UN

Disusun untuk memenuhi tugas akhir mata ajar
Riset Keperawatan pada
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Oleh

Muharriza	1304200476	17-02-06
Yuli Nirmala Sari	1304200751	MHS
		960/05
		UM270 Muh Nosh

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA**

2005

MILIK PERPUSTAKAAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA

LEMBAR PERSETUJUAN


Penelitian dengan Judul :

Hubungan lingkungan keluarga dengan perilaku
penyalahgunaan NAPZA Pada Klien di RSKO Jakarta


Laporan Hasil Penelitian ini Telah Disetujui Oleh Pembimbing dan
Koordinator Mata Ajar Riset Keperawatan

Depok, 4 Januari 2006

Mengetahui
Koordinator Mata Ajar


(Dewi Gayatri, S.Kp, MKes)
NIP. 132 151 320

Mengetahui
Pembimbing Riset


(Yulia, S.Kp, MN)
NIP. 140 055 449

ABSTRAK

viii + 52 hal + 6 tabel + 2 skema + 3 lampiran

Berdasarkan data Badan Narkotika Nasional, ada sekitar 3,5 juta orang penyalahguna NAPZA di Indonesia dan usia rata-rata pertama kali menggunakan adalah 15 tahun (BNN, 2004). Salah satu faktor yang ikut berkontribusi adalah faktor keluarga (Depkes, 2001). Tujuan penelitian ini adalah mengetahui hubungan lingkungan keluarga dengan perilaku penyalahgunaan NAPZA. Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional study*, dengan teknik pengambilan sampel *purposive sampling*. Penelitian dilakukan pada klien rawat jalan di RSKO Jakarta dengan jumlah responden 79 orang. Metode pengumpulan data menggunakan angket yang sebelumnya telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas. Hasil analisa univariat menunjukkan responden adalah laki-laki (93,7 %), usia saat ini ≥ 25 tahun (54,4 %), pendidikan terakhir umumnya SMA (64,6 %) dan jenis NAPZA yang digunakan pertama kali sebagian besar adalah ganja / mariyuana (54,4 %). 54,4 % responden tinggal dilingkungan keluarga yang kondusif, usia pertama menggunakan terdapat 49,4 % dibawah 16 tahun dan tingkat penggunaan saat pertama mencari pertolongan ke fasilitas kesehatan sebagian besar sudah pada tingkat ketergantungan (83,5 %). Sedangkan hasil uji bivariat dengan *Chi-Square* menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara lingkungan keluarga dengan usia pertama menggunakan NAPZA (p value=0,000; $\alpha = 0,05\%$), dengan OR 6,000 menunjukkan keluarga yang tidak kondusif berpeluang 6 kali dibandingkan keluarga yang kondusif dalam mempercepat seseorang mengkonsumsi NAPZA. tetapi tidak terdapat hubungan yang signifikan antara lingkungan keluarga dengan tingkat penggunaan NAPZA (p value=0,401; $\alpha = 0,05\%$). Disarankan perlunya keluarga menyadari bahwa perilaku anak sangat dipengaruhi oleh kondisi lingkungan keluarga. Tindakan preventif dimulai dari lingkungan keluarga, perlunya keluarga melakukan deteksi awal penyalahgunaan NAPZA pada anak agar dapat meminimalkan penyalahgunaan NAPZA. Perlu dilakukan penelitian dengan lingkup yang lebih luas mencakup jumlah sampel dan variabel serta desain penelitian. Sampel diharapkan lebih banyak dan menyebar di berbagai wilayah, dengan variabel yang banyak serta perlu dilakukan penelitian dengan pendekatan *cohor study*.

Kata Kunci : Lingkungan keluarga, NAPZA, perilaku penyalahgunaan NAPZA

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis ucapkan kepada Allah SWT yang telah melimpahkan Rahmat dan Hidayah - Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan penelitian ini sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan tugas akhir mata ajar Riset Keperawatan pada program Ekstensi Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Penyelesaian penelitian ini tidak terlepas dari bimbingan, bantuan dan dorongan dari berbagai pihak, sehingga semua hambatan yang ditemui dapat diatasi. Pada kesempatan ini izinkanlah penulis mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat :

1. Prof. Dra. Hj. Elly Nurachmah, S.Kp, M.App.Sc, DN.Sc, RN selaku dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Dewi Gayatri, S.Kp, M.Kes selaku koordinator mata ajar Riset Keperawatan.
3. Ibu Yulia, S.Kp, M.N, selaku pembimbing riset yang telah bersedia memberikan waktu, tenaga dan pikirannya sehingga penulis mampu menyelesaikan penelitian ini.
4. Seluruh staf pengajar Program Ekstensi Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
5. Rekan-rekan seangkatan, khususnya Program Ekstensi tahun 2004 Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
6. Keluarga tercinta yang telah memberikan semangat dan dukungan selama masa pendidikan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Penulis menyadari tidak ada gading yang tidak retak. Untuk itu penulis membutuhkan saran dan kritik membangun untuk kesempurnaan proposal ini sangat penulis harapkan.

Depok, Desember 2005

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
ABSTRAK	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR SKEMA	vii
DAFTAR LAMPIRAN	viii
BAB I : PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Masalah Penelitian.....	5
C. Tujuan Penelitian.....	6
D. Manfaat Penelitian.....	7
BAB II : TINJAUAN PUSTAKA	
A. Narkotika, Psikotropika dan Zat adiktif Lainnya (NAPZA) Pengertian.....	8
Pengguna NAPZA di Indonesia.....	9
Dampak Penyalahgunaan NAPZA.....	10
B. Perilaku Penyalahgunaan NAPZA Tingkat Pemakaian NAPZA.....	15
Usia Pertama Menggunakan NAPZA.....	18
Cara Mendapatkan NAPZA.....	20
D. Keluarga Pengertian Keluarga.....	20
Struktur Keluarga.....	21
Fungsi Keluarga.....	21
Tugas Perkembangan Keluarga.....	22
F. Konsep dan Teori Terkait	22
G. Penelitian Terkait.....	24
BAB III. KERANGKA KERJA PENELITIAN	
A. Kerangka Konsep	26
B. Hipotesis	28
C. Defirinsi Operasional	28
BAB IV . METODE PENELITIAN	
A. Desain Penelitian	30
B. Populasi dan Sampel... ..	31
C. Tempat dan Waktu Penelitian.....	31
D. Etika Penelitian.....	32

E. Alat Pengumpulan Data.....	33
F. Prosedur Pengumpulan Data.....	34
G. Pengolahan dan Analisis Data.....	35
BAB V. HASIL PENELITIAN	38
BAB VI. PEMBAHASAN	
A. Interpretasi dan Diskusi hasil.....	44
B. Keterbatasan Penelitian	49
BAB VII. SIMPULAN DAN SARAN	50
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

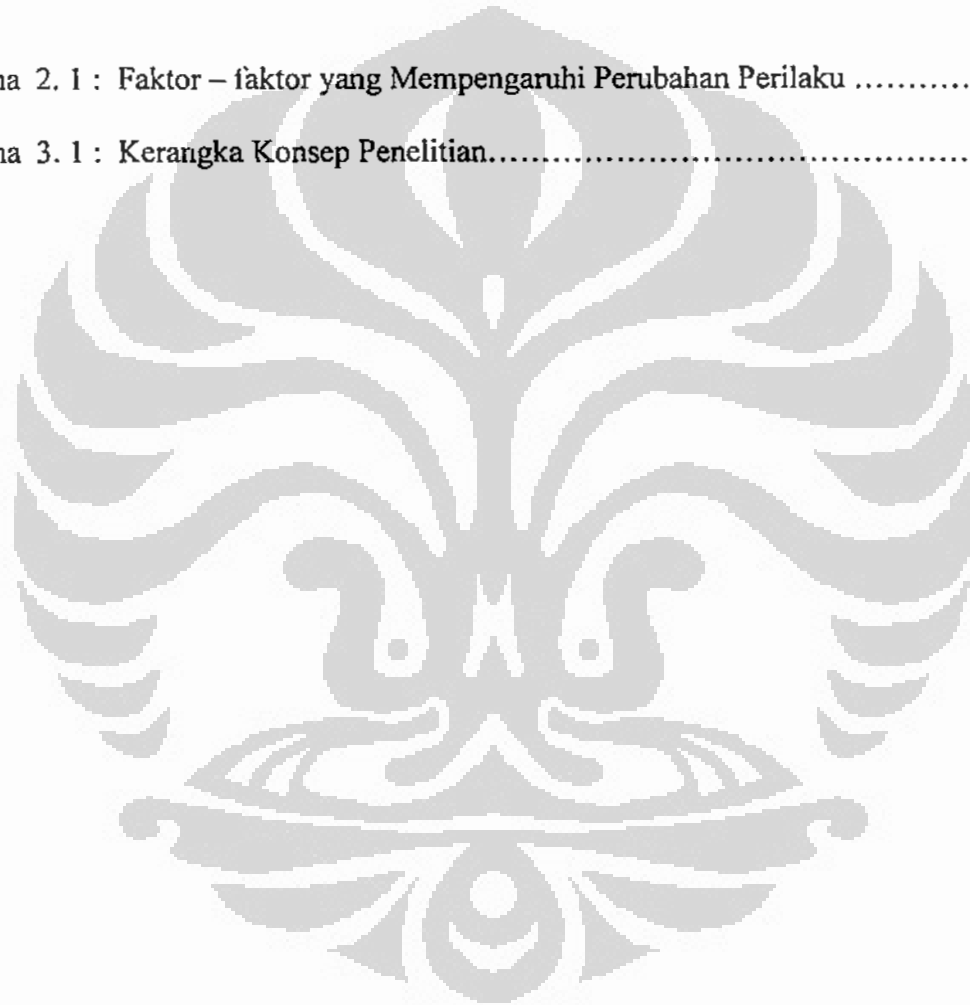


DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 2.1 Dampak NAPZA terhadap sistem tubuh.....	10
Tabel 3.1 Definisi Operasional penelitian.....	28
Tabel 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Pengguna NAPZA di RSKO Jakarta, Desember 2005.....	39
Tabel 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Kondisi Lingkungan Keluarga, Usia Pertama Menggunakan NAPZA dan Tingkat Penggunaan Saat Pertama Kali Datang ke Pelayanan Kesehatan di RSKO Jakarta, Desember 2005.....	40
Tabel 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Lingkungan dan Usia Pertama Menggunakan NAPZA di RSKO Jakarta, Desember 2005.....	41
Tabel 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Lingkungan Keluarga dan Tingkat Penggunaan NAPZA di RSKO Jakarta, Desember 2005.....	42

DAFTAR SKEMA

	Hal
Skema 2. 1 : Faktor – faktor yang Mempengaruhi Perubahan Perilaku	23
Skema 3. 1 : Kerangka Konsep Penelitian.....	27

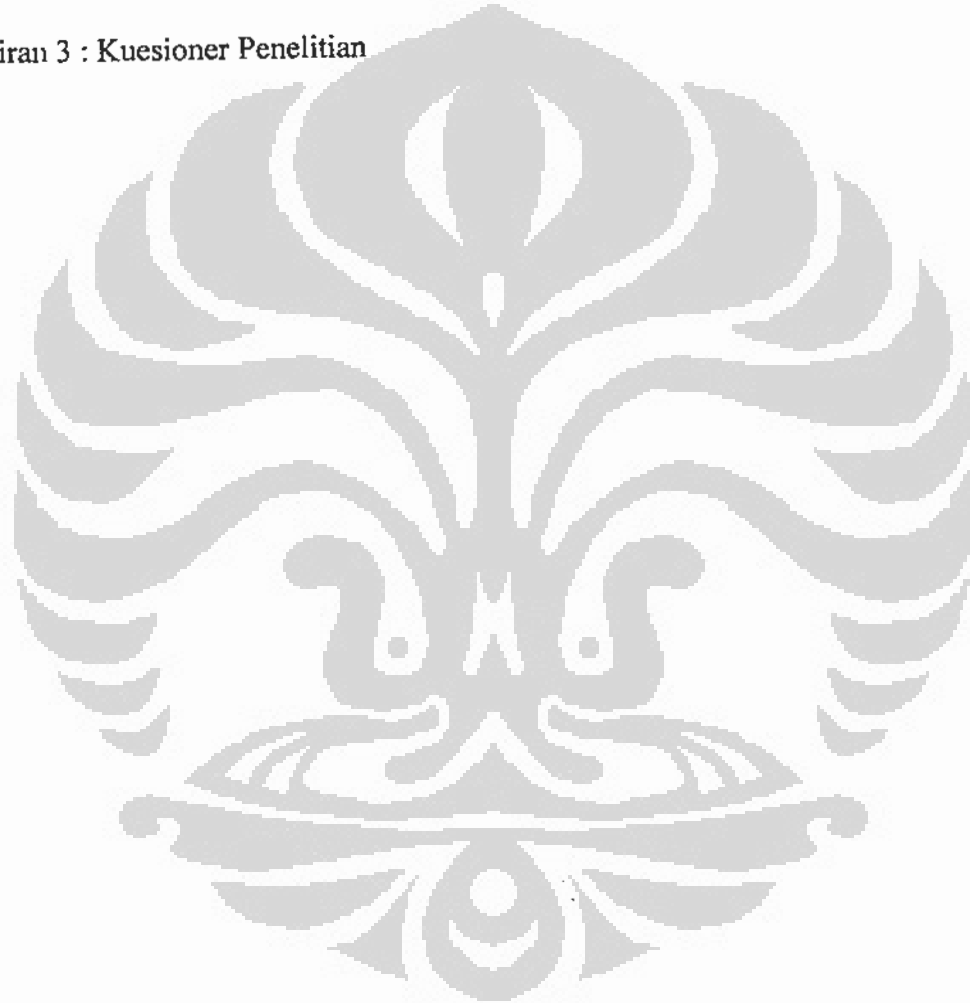


DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Penjelasan penelitian

Lampiran 2 : Lembaran Persetujuan Responden

Lampiran 3 : Kuesioner Penelitian



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pembangunan kesehatan di Indonesia saat ini mengacu pada paradigma sehat seperti yang tercantum dalam program Indonesia sehat 2010. Paradigma ini lebih mengarah pada upaya peningkatan kesehatan (Promotif), pencegahan, pemeliharaan dan perlindungan kesehatan (Preventif), tanpa mengabaikan upaya penyembuhan (Kuratif) atau rehabilitasi orang sakit (Rehabilitatif) (Depkes, 2003).

Upaya promotif dan preventif ini juga harus menjadi perhatian dalam penerapannya terhadap perilaku penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA), mengingat penyalahgunaan NAPZA semakin meningkat seiring semakin majunya ilmu pengetahuan dan teknologi. Hal ini menjadi ancaman serius terhadap berbagai aspek dan kelangsungan hidup bangsa.

Fenomena ini lebih memprihatinkan karena kelompok risiko tinggi (*high risk group*) adalah golongan usia remaja yang merupakan generasi penerus bangsa dan wajib mendapat perhatian kita semua dalam peningkatan kualitas mereka (Depkes, 2001).

Sementara usia yang rentan terhadap penyalahgunaan NAPZA adalah usia remaja, berkisar 15-20 tahun (¶ <http://Nusa.Indah.Tripod.com>, diambil pada 8 Maret

2005). Namun tidak menutup kemungkinan perilaku penyalahgunaan NAPZA ini juga ditemukan pada usia dewasa muda.

Perilaku penyalahgunaan NAPZA merata pada semua usia dengan kecenderungan penggunaan pertama kali pada usia remaja awal. Menurut hasil penelitian Sanie, Susy YR dan Murniati Agustian yang disampaikan dalam semiloka di Unirversitas Atmajaya (2005) didapatkan bahwa sebagian besar pengguna NAPZA dan mantan pengguna pertama kali mulai menggunakan NAPZA ketika di usia SMP dan SMA, hanya sedikit yang baru mulai di Perguruan Tinggi (PT) walaupun ada juga yang sudah mulai di SD.

Masa SMP dan SMA merupakan masa transisi remaja dan merupakan masa kritis dengan terjadinya berbagai perubahan dalam struktur sosial. Munculnya situasi baru menuntut remaja melakukan penyesuaian. Berbagai pengaruh dari lingkungan sosial akan menggiring remaja dalam pencarian identitas diri. Pengaruh yang muncul dapat bersifat positif atau bersifat negatif.

Salah satu pengaruh negatif yang akan muncul adalah perilaku penyalahgunaan NAPZA. Maraknya penyalahgunaan NAPZA tidak hanya dikota-kota besar tapi sudah merambat sampai ke kota-kota kecil diseluruh wilayah Republik Indonesia, mulai dari tingkat sosial ekonomi menengah kebawah sampai tingkat sosial ekonomi atas. Berdasarkan penelitian yang dilakukan sejak Mei-Oktober 2003 lalu diketahui, rata-rata pecandu narkoba berasal dari kalangan ekonomi menengah ke bawah.

Hampir 60 persennya adalah keluarga yang berpenghasilan Rp 500 ribu (<http://Tempointeraktif.com>, diperoleh 8 Maret 2005).

Berdasarkan data Badan Narkotika Nasional tahun 2000, ada sekitar 3,5 juta orang penyalahguna NAPZA di Indonesia. Survei nasional tahun 2003 di 26 propinsi, yang dilaksanakan BNN bersama UI dengan sampel sebanyak 13.710 responden diperoleh prevalensi penyalahgunaan NAPZA sebesar 3,9% atau 4 dari 100 pelajar dan mahasiswa penyalahguna NAPZA, usia rata-rata pertama kali menggunakan NAPZA adalah 15 tahun (BNN, 2004).

Menurut Depkes RI (2003) hasil penelitian yang dilakukan Lembaga Demografi Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia (FEUI) di empat wilayah yaitu Sumatera Selatan, Jawa Barat, Kalimantan Barat dan Nusa Tenggara Timur, menunjukkan bahwa perilaku berisiko pada remaja khususnya dikota cukup tinggi, dimana terdapat perilaku merokok 73.1% (laki-laki), 12.2% (perempuan), miras 42.2% (laki-laki) dan 3% (perempuan), pengguna NAPZA 22.4% (laki-laki) dan 2.3% (perempuan), seks sebelum menikah 4.7% (laki-laki) dan 3.2% (perempuan).

Dampak penyalahgunaan NAPZA sangat luas, tidak saja terhadap kesehatan fisik dan mental penyalahguna NAPZA, akan tetapi juga berdampak pada ketenangan hidup dalam keluarga, meresahkan masyarakat, dan terjadinya pelanggaran hukum (Depkes RI, 2001). Demikian kompleksnya permasalahan yang harus menjadi perhatian semua

pihak dari lintas sektor terutama pakar lingkungan, pakar ekonomi kesehatan, anggota legislatif dan praktisi kesehatan serta masyarakat umum.

Berbagai alasan dikemukakan seseorang menyalahgunakan NAPZA. Salah satu alasan klasik adalah adanya ketidakharmonisan dalam keluarga sendiri. Keluarga adalah unit terkecil tempat dimulainya pembentukan konsep diri seseorang dan wadah utama seseorang dalam mengekspresikan perubahan yang terjadi dalam diri mereka. Dari beberapa hasil penelitian salah satu faktor yang mempengaruhi adalah lingkungan keluarga. Berdasarkan hasil penelitian tim UNIKA Atmajaya dan Perguruan Tinggi Kepolisian Jakarta tahun 1995, terdapat beberapa tipe keluarga yang berisiko tinggi anggota keluarganya (terutama anaknya yang remaja) terlibat penyalahgunaan NAPZA ([http:// Info Narkoba. com](http://InfoNarkoba.com), diperoleh 1 Oktober 2005).

Perilaku penyalahgunaan NAPZA dapat dilihat dari berbagai aspek, yaitu; usia pertama kali menggunakan, cara mendapatkan NAPZA, tingkat penggunaan dan rentang waktu pemakaian sampai terdeteksi oleh keluarga. Keluarga dipandang bagian yang punya kontribusi penting dalam penanggulangan perilaku penyalahgunaan NAPZA. Hasil penelitian dan pengalaman konselor di lapangan menunjukkan pentingnya peran keluarga dalam penanganan kasus-kasus penyalahgunaan NAPZA. Selain itu berdasarkan data penelitian sebelumnya terdapat 60,6% seseorang pada usia remaja yang berisiko menyalahgunakan NAPZA berasal dari lingkungan keluarga yang kurang kondusif (Tasman, 2005). Hal inilah yang melatarbelakangi penulis merasa tertarik mengetahui lebih jauh dengan melakukan

penelitian tentang “Hubungan lingkungan keluarga dengan perilaku penyalahgunaan NAPZA pada klien rawat jalan di Rumah Sakit Ketergantungan Obat (RSKO) Jakarta.

B. Masalah Penelitian

Pengguna NAPZA dapat berasal dari berbagai usia, akan tetapi penelitian sebelumnya menunjukkan banyak memulai pada usia remaja. Remaja dalam masa transisi mengalami berbagai perubahan baik fisik maupun psikis. Perubahan psikis cenderung membawa seseorang pada kemampuan beradaptasi dengan lingkungan sosial disekitar mereka. Perubahan dimulai dari sistem sosial dalam keluarga, individu yang menginjak usia remaja mulai menentang sebagian nilai-nilai keluarga. *Peer group* merupakan tempat remaja berbagi dan sering perubahan perilaku mereka disebabkan oleh transfer perilaku sesama *peer group* (Wong, 1999). Perubahan-perubahan tersebut dapat berjalan optimal atau sebaliknya, sehingga menimbulkan perilaku negatif. Salah satu perilaku negatif yang dapat muncul adalah perilaku penyalahgunaan NAPZA.

Keluarga menjadi lingkungan pertama tempat pencarian identitas diri seseorang yang biasa dimulai pada usia remaja yang merupakan masa transisi. Dalam keluarga berkembang pola asuh, pola komunikasi, gaya kepemimpinan serta nilai dan norma yang dianut keluarga itu sendiri yang menentukan keberhasilan pembentukan identitas diri seseorang. Secara langsung dan tidak langsung keluarga sangat berkontribusi terhadap keberhasilan pencarian identitas diri selama masa transisi

tersebut. Depkes (2001) mengemukakan bahwa yang menjadi kelompok risiko tinggi (*high risk group*) penyalahgunaan NAPZA adalah remaja.

Perilaku penyalahgunaan NAPZA dapat dilihat dari berbagai aspek, yaitu; usia pertama kali menggunakan dan tingkat penggunaan. Berdasarkan fenomena diatas maka penulis merumuskan permasalahan penelitian “Apakah terdapat hubungan lingkungan keluarga dengan perilaku penyalahgunaan NAPZA pada klien rawat jalan di RSKO Jakarta.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan lingkungan keluarga dengan perilaku penyalahgunaan NAPZA pada klien rawat jalan di RSKO Jakarta.

2. Tujuan Khusus :

- a. Diketahui karakteristik (Jenis kelamin, usia saat ini, pendidikan terakhir dan jenis NAPZA yang pertama kali di gunakan) pada klien rawat jalan di RSKO Jakarta.
- b. Diketahui hubungan lingkungan keluarga dengan usia pertama kali menggunakan NAPZA pada klien rawat jalan di RSKO Jakarta.
- c. Diketahui hubungan lingkungan keluarga dengan tingkat penggunaan NAPZA pada klien rawat jalan di RSKO Jakarta.

D. Manfaat Penelitian

1. Pelayanan Keperawatan

Dengan mengetahui hubungan lingkungan keluarga dengan perilaku penyalahgunaan NAPZA diharapkan dapat digunakan sebagai masukan untuk menentukan kebijakan dengan menggunakan langkah-langkah promotif dan preventif dimulai dari tingkat keluarga dengan mengoptimalkan peran dan fungsi serta tugas kesehatan keluarga.

2. Perkembangan Ilmu Keperawatan

Dapat dijadikan masukan guna mengoptimalkan fungsi keluarga dalam masyarakat sebagai usaha peningkatan kesehatan. Juga sebagai acuan terhadap penentuan berbagai intervensi yang akan dilaksanakan untuk mengatasi masalah-masalah kesehatan masyarakat khususnya kelompok berisiko penyalahgunaan NAPZA dengan memberdayakan keluarga. Penelitian ini diharapkan mampu membuka pemikiran tentang masalah hubungan dalam lingkungan keluarga dan kaitannya dengan perilaku penyalahgunaan NAPZA serta alternatif pemecahan masalahnya.

3. Penelitian selanjutnya

Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan salah satu sumber data dasar untuk penelitian selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Sesuai dengan judul penelitian yaitu hubungan lingkungan keluarga dengan perilaku penyalahgunaan NAPZA maka pada bab II ini akan dipaparkan tentang NAPZA, keluarga dan konsep serta hasil penelitian terkait.

A. Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA).

Pengertian

NAPZA adalah singkatan dari Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya, yang oleh masyarakat lebih populer dikenal dengan istilah **NARKOBA** (Depkes RI, 2001, hlm 3).

Sedangkan penyalahgunaan NAPZA adalah pola penggunaan NAPZA yang patologik sehingga mengakibatkan hambatan dalam fungsi sosial, misalnya mabuk setiap hari (intoksikasi), tidak mampu mengurangi atau menghentikan penggunaannya atau terus menerus menggunakannya meskipun mengalami gangguan kesehatan fisik yang berat akibat penggunaan zat tersebut (Stuart, 1998).

Pengertian NAPZA diatas menunjukkan istilah “ NAPZA “ mempunyai makna yang lebih luas dibanding dengan istilah “NARKOBA”. Zat yang menimbulkan adiksi seperti nikotin pada rokok, tinner dan lem termasuk zat yang berbahaya, walaupun masyarakat menganggap zat tersebut merupakan benda yang biasa digunakan masyarakat.

Istilah “penyalahgunaan” diatas sering terjadi salah persepsi ditengah masyarakat, dimana seseorang yang memakai NAPZA sudah dianggap sebagai pengguna atau penyalahguna. Pada hal istilah penyalahguna NAPZA adalah jika seseorang menggunakan NAPZA secara terus menerus sehingga menimbulkan intoksikasi dan toleransi.

Pengguna NAPZA di Indonesia

Walaupun angka pasti penyalahgunaan NAPZA di Indonesia belum ada, akan tetapi penyalahgunaan NAPZA di Indonesia telah meresahkan masyarakat, meningkatnya jumlah pemakai dan pengedar bukan lagi dalam deret hitung, tetapi deret ukur. Diduga kasusnya dimasyarakat 10 kali lipat dari jumlah yang tercatat dan tampak dipermukaan. Kualitas penggunaannya pun makin mencemaskan. Jika dahulu penyalahgunaan NAPZA menimpa golongan “*the haves*”, sekarang telah merambah kesemua lapisan masyarakat. Usia pemakaipun makin muda, bahkan mulai dari anak SD.

Rumah Sakit Ketergantungan Obat di Jakarta melaporkan kenaikan jumlah kunjungan (Rawat inap / jalan) 6 kali lipat dalam 5 tahun terakhir (Pemda DKI, 2001). Menurut catatan BAKOLAK INPRES (Badan Koordinasi Pelaksanaan Instruksi Presiden) No. 6 / 71, tahun 1995, penyalahgunaan NAPZA dari tahun ketahun terus bertambah, angka resmi menyebutkan bahwa jumlah pasien penyalahgunaan NAPZA tahun 1995 saja telah mencapai 0,06 % dari hitungan 200 juta penduduk Indonesia pada tahun 2000, maka ada sekitar 130.000 orang pengguna NAPZA.

Fenomena pengguna NAPZA seperti fenomena gunung es (*Ice Berg*), jika ditemukan satu kasus berarti ada 10 kasus lainnya (Purwanto, 2001). Data ini menunjukkan ada 1,3 juta orang yang telah menggunakan NAPZA. Total biaya yang dibelanjakan untuk NAPZA perhari Rp. 130 sampai Rp. 350 milyar. Dari angka tersebut dapat dibayangkan berapa pengeluaran uang per tahun untuk konsumsi NAPZA dan diperkirakan angka tersebut jauh lebih besar lagi.

Dampak Penyalahgunaan NAPZA

Dampak penyalahgunaan NAPZA tergantung pada jenis NAPZA yang digunakan. Dampak penyalahgunaan NAPZA sangat luas, tidak saja terhadap kesehatan fisik dan mental penyalahguna NAPZA, tetapi juga berdampak pada ketenangan kehidupan dalam keluarga, meresahkan masyarakat dan terjadinya pelanggaran hukum. Menurut (Depkes RI,2001; PemdaDKI,2001; Purwanto, 2001; Stuart,1998) menjelaskan dampak NAPZA mencakup aspek medis, sosial dan hukum :

a. Aspek Medik

Tabel 2.1. Dampak NAPZA terhadap sistem tubuh

Sistem Tubuh	Tanda dan Gejala
Sistem Persyarafan	<ul style="list-style-type: none"> • Pengaruh terhadap daya ingat (mudah lupa) • Pengaruh terhadap perhatian (sulit berkonsentrasi). • Pengaruh terhadap perasaan dan kemampuan otak untuk menerima, dan mengolah informasi. • Pengaruh terhadap persepsi, contoh pada kokain dan amfetamin.

Sistem Tubuh	Tanda dan Gejala
Sistem Persyarafan	<ul style="list-style-type: none"> • Pengaruh terhadap motivasi, pada anak remaja terutama anak usia sekolah akan menyebabkan merosotnya motivasi dan kemampuan belajar atau prestasi di sekolah, rusaknya hubungan keluarga/persahabatan, perubahan minat (Pemda DKI, 2001). • Muncul depresi kronis, agitasi, gelisah. Hal ini akan muncul setelah pemakaian narkoba selama beberapa bulan dan kadang dalam beberapa tahun.
Sistem Penglihatan	Mata tampak terkantuk-kantuk, bila sedang ketagihan mata berair dan kadang tampak merah.
Sistem Kardiovaskuler	Detak jantung dan nadi meningkat atau lambat, perfusi buruk ditandai dengan kulit teraba dingin, tekanan darah dapat ditemui meningkat atau menurun. Pada jantung terjadi endokarditis akibat penyuntikan tidak steril dengan angka kematian mencapai 40% (Depkes, 2000).
Sistem Pernafasan	Pada sistem pernafasan sering timbul komplikasi paru seperti pneumonia Tuberculosis (TBC), emboli paru septik, pneumonia non bacterial dan bronkiektasi dan emphysema.
Sistem Pencernaan	Ditemukan nafsu makan menurun, muntah-muntah, diare, disamping itu juga akan mengalami masalah gigi dan mulut karena menurunnya motivasi perawatan diri.

Disamping tanda dan gejala yang ada dalam tabel diatas, juga ada risiko ditulari oleh virus hepatitis C dan AIDS lewat suntikan yang tidak steril. Kejadian infeksi virus hepatitis C pada pengguna narkotika lewat suntikan dilaporkan mencapai 80,2 persen di Jakarta. Infeksi itu akan berkembang menjadi hepatitis C kronik pada 60-80 persen di antaranya. Sepuluh sampai 20 persen penderita hepatitis kronik akan mengalami sirosis hati dalam kurun waktu 10 tahun. Juga, sebanyak 20-30 persen pasien narkoba yang dirawat di Jakarta dinyatakan positif menghidap HIV. Data kasus baru HIV dan AIDS di Indonesia menurut Departemen kesehatan dan kesejahteraan sosial, juga menunjukkan angka yang mengkhawatirkan. Selama bulan Agustus 2000 dilaporkan bahwa ada sebanyak 73 kasus baru HIV positif dan 25 kasus baru AIDS di Indonesia (Depkes, 2001).

Menurut WHO (Dalam Purwanto, 2001) mengatakan pada tahun 2000, 22 % populasi yang positif HIV di dunia adalah pengguna narkotika, terutama yang menggunakan jarum suntik yang tidak steril. Di Indonesia 120 remaja pecandu terkena HIV positif atau sekitar 30 – 40 % dari pengguna IDU (Intravenous Drugs User) yang dirawat di Rumah Sakit Ciptomangunkusumo (Purwanto, 2001).

Komplikasi medik akibat penyalahgunaan NAPZA sangat bervariasi tergantung jenis NAPZA yang dipakai, jumlah, cara memakai, lama memakai dan zat pencampur yang digunakan. Putauw yang berisi heroin sering dicampur dengan tepung jagung atau terigu, gula, gula merah, kina bahkan tawas. Komplikasi medik dapat disebabkan antara lain; sifat NAPZA itu sendiri, bahan pencampurnya, bahan yang tidak steril,

cara menggunakan, cara suntik yang tidak steril. Beberapa komplikasi medik yang sering dijumpai antara lain :

Penyalahgunaan Heroin / Putauw melalui suntikan dapat menyebabkan tertular Hepatitis B atau C, infeksi HIV / AIDS, endokarditis, pneumonia, tromboflebitis, septicemia, emboli akibat bahan campuran yang tidak larut sehingga dapat menyebabkan stroke dan penyakit jantung koroner.

Sedangkan perempuan yang menyalahgunakan putauw sampai saat melahirkan, maka beberapa saat setelah dilahirkan, bayi akan mengalami gejala putus heroin.

Penyalahgunaan Psikostimulansia (Ekstasi, shabu, kokain), dapat menyebabkan hipertensi, gangguan pada jantung, perdarahan otak, gangguan jiwa berat seperti psikosis dan depresi, kekurangan gizi (malnutrisi) akibat tidak ada nafsu makan.

Penyalahgunaan alkohol, dapat menyebabkan sakit lambung, perdarahan lambung, sirosis hepatis, pankreatitis. Penyalahgunaan alkohol dan obat tidur dapat menyebabkan seseorang menjadi agresif sehingga mudah terlibat perkelahian yang dapat mengakibatkan luka tusuk, luka iris, geger otak atau perdarahan otak. Luka-luka, geger otak atau perdarahan otak dapat pula disebabkan karena kecelakaan lalulintas akibat mengantuk sebagai efek samping pemakaian. Perempuan yang tetap minum minuman beralkohol selama hamil, dapat melahirkan bayi yang cacat dan berat badan lahir rendah (BBLR).

Penyalahgunaan ganja dan tembakau, dapat menyebabkan rangsangan pada saluran nafas yang berakibat bronchitis, asthma atau kerusakan paru permanen. Penggunaan ganja dapat pula menyebabkan menurunnya daya tahan tubuh, gangguan daya ingat dan terganggunya pertumbuhan janin pada wanita hamil. Tembakau adalah penyebab utama kanker paru dan organ lain seperti hati. Dapat pula terjadi kanker pada perokok pasif. Tembakau juga meningkatkan risiko terhadap penyakit jantung koroner dan stroke. Seorang perempuan yang selama hamil tetap merokok dapat melahirkan bayi cacat bawaan dan keguguran.

Penyalahgunaan Methadone, dapat menimbulkan penekanan SSP, gangguan motilitas gastro intestinal (menurun) sehingga terjadi konstipasi, analgesia, mual dan muntah, bicara cadel, bradikardia, konstiksi pupil, dan kejang. Pada sistem tubuh dapat terjadi peningkatan tekanan darah, suhu tubuh meningkat, penurunan nafsu makan, juga dapat terjadi ansietas atau gelisah (Depkes, 2001).

b. Aspek Sosial

Penyalahgunaan NAPZA dapat menyebabkan antara lain :

Ketenangan hidup dalam keluarga terganggu, akibat perilaku pengguna NAPZA yang berubah, sering merongrong orang tua, meminta uang dengan berbagai alasan yang pada akhirnya dipergunakan untuk membeli NAPZA, perceraian mungkin terjadi bagi yang sudah berkeluarga, pasangan hidup atau anaknya ikut-ikutan menjadi penyalahguna NAPZA, teman dekat ikut-ikutan sebagai pengguna atau putusya hubungan dengan teman dekat, prestasi akademik menjadi buruk, prestasi kerja

menurun, dampak terhadap finansial akibat biaya pengobatan dan rehabilitasi, sering terjadi perilaku seksual bebas dan pemerkosaan, penyalahguna perempuan sering menjual diri untuk mendapatkan NAPZA (Depkes, 2001).

c. Aspek Hukum

Didalam Undang-undang Narkotika dan Undang-undang Psicotropika secara jelas telah diatur tentang kepemilikan, menyimpan untuk memiliki atau persediaan dan menggunakan dikenai hukuman pidana penjara sepuluh (10) tahun dan denda paling banyak Rp. 500.000.000,- (lima ratus juta rupiah), disamping jenis hukuman lainnya (Depkes, 2001). Hal ini salah satu hal yang melatarbelakangi pengguna NAPZA sering melakukan tindakan kekerasan, kriminal untuk memperoleh NAPZA, misalnya menjadi pengedar NAPZA, mencuri, memeras orang lain, merampok dan lain-lain. Sebagian dampak penggunaan tersebut merupakan masalah hukum, walaupun sebagai tenaga kesehatan kita melihat pengguna sebagai pasien (penderita) (Purwanto, 2001).

B. Perilaku Penyalahgunaan NAPZA

Tingkat pemakaian NAPZA

Terdapat berbagai tingkat pemakaian mulai dari tingkat coba-coba sampai dengan ketergantungan (Depkes RI, 2001 dan Stuart, 1998) :

- a. **Pemakaian coba-coba (*Experimental use*)**, yaitu pemakaian NAPZA yang tujuannya ingin mencoba untuk memenuhi rasa ingin tahu. Seseorang terdorong mencoba mengkonsumsi NAPZA karena melihat perilaku teman, informasi dari

televisi. Belum ada perubahan perilaku yang nyata pada tahap ini. Hal yang sering terjadi pada tahapan ini adalah seseorang mendapatkan NAPZA dari teman sebaya. Sebagian pemakai berhenti pada tahap ini dan sebagian lagi berlanjut pada tahap yang lebih berat.

- b. **Pemakaian sosial / rekreasional (*Social / Recreational use*)**, yaitu pemakaian NAPZA dengan tujuan bersenang-senang, pada saat rekreasi atau santai. Sebagian bertahan pada tahap ini yang lain akan meningkat pada tahap yang lebih berat. Seseorang yang menginjak usia remaja sering menggunakan NAPZA saat ada ulang tahun teman, reuni, atau merayakan kenaikan kelas. Perilaku individu pengguna yang dapat diamati adalah kebiasaan kumpul-kumpul dihari-hari tertentu di suatu tempat (cafe, hotel, rumah teman dan perkemahan). Sering ditemui ada individu penyalahguna NAPZA ini mulai berbohong kepada orang tua dengan merahasiakan tempat mereka berkumpul.
- c. **Pemakaian situasional (*Situational use*)**, yaitu pemakaian pada saat mengalami keadaan tertentu seperti ketegangan, kesedihan, kekecewaan, frustrasi dan sebagainya, dengan maksud menghilangkan perasaan-perasaan tersebut. Perilaku yang dapat diamati adalah mulai menyendiri, bolos sekolah, prestasi sekolah, prestasi kerja menurun, sering minta uang, tidak mau makan bersama, mulai menjual milik pribadi, atau pinjam uang keteman. Semakin sering seseorang mengalami situasi tidak menyenangkan maka akan semakin sering pula mereka menggunakan NAPZA.
- d. **Penyalahgunaan (*Abuse*)**, yaitu suatu pola penggunaan yang bersifat patologik yang ditandai dengan intoksikasi sepanjang hari, tak mampu mengurangi atau

menghentikan, berusaha berulang kali mengendalikan namun tidak mampu, terus menggunakan walaupun sakit fisiknya cukup berat akibat zat tersebut.

Keadaan ini akan menimbulkan gangguan antara lain perilaku agresif dan tidak wajar, hubungan dengan teman terganggu, sering bolos sekolah atau kerja, melanggar hukum dan tak mampu berfungsi secara efektif.

- e. **Ketergantungan (*Dependent Use*)**, yaitu telah terjadi toleransi dan gejala putus zat, bila pemakaian zat dihentikan atau dikurangi dosisnya. Agar tidak berlanjut pada tingkat yang lebih berat (Ketergantungan), maka sebaiknya keluarga dapat mengetahui dan bertindak sejak dari pemakaian coba-coba.

Dari rentang penggunaan NAPZA diatas dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud penyalahgunaan NAPZA terjadi jika seseorang sudah mempunyai pola yang patologik dan secara teratur menggunakan , sedangkan rentang coba-coba, rekreasi dan situasional merupakan kelompok yang sangat berisiko terjerumus kedalam penyalahgunaan NAPZA. Jadi jika seseorang pernah mengkonsumsi NAPZA apakah dengan tujuan coba-coba, situasional atau rekreasional belum dikategorikan kepada penyalahgunaan NAPZA akan tetapi termasuk kelompok yang berisiko dalam menyalahgunakan NAPZA. Sekali ia mau menerima tawaran penggunaan NAPZA, selanjutnya ia akan sulit menolak tawaran tersebut, sehingga akhirnya terjadi kebiasaan atau ketagihan (Pemda DKI, 2001).

Usia Pertama Menggunakan NAPZA

Saat ini ditemui semakin muda usia seseorang mengkonsumsi NAPZA untuk pertama kalinya, bahkan murid SD pun sudah mulai mengkonsumsi NAPZA. BNN (2004) mengatakan saat ini rata-rata seseorang memulai menggunakan NAPZA usia 15 tahun (Remaja Pertengahan). Rumah Sakit Ketergantungan Obat di Jakarta melaporkan kenaikan jumlah kunjungan (rawat inap/jalan) 6 kali lipat dalam lima tahun terakhir dan dua kali lipat dalam 2 tahun terakhir, yang sebagian besar penderitanya berusia 15-25 tahun (Pemda DKI, 2001).

Remaja adalah individu yang berada pada rentang usia anak 12 sampai dengan 18 tahun dan sering juga disebut usia transisi dari masa kanak-kanak menjadi dewasa (Yani, 1999). Sedangkan Koziar (2004, hlm 353) mengatakan remaja berada pada rentang 12 sampai 20 tahun. Hurlock (Dalam Sudarsono, 2004) mengatakan masa remaja terdiri dari remaja awal (13 – 17 tahun) dan remaja akhir (17 – 21 Tahun). Sedangkan Wong (1999) mengelompokkan remaja menjadi tiga kelompok yaitu *Early Adolescence* (11-14 tahun), *Middle Adolescence* (14-17 tahun) dan *Late Adolescence* (17 – 20 tahun). Akan tetapi di Indonesia batasan remaja yang sering dipakai adalah anak dengan rentang usia 12–18 tahun (Yani, 1999).

Pada masa ini terjadi berbagai perubahan baik fisik maupun psikologis. Pada usia 11-15 tahun kemampuan berfikir abstrak makin bertambah, dan remaja menjadi semakin mampu berfikir imajinasi idealistik (Koziar, 2004). Dan kemampuan berfikir formal juga semakin berkembang, remaja mampu mengolah informasi dan memberi

Perubahan-perubahan tersebut dapat berjalan optimal atau sebaliknya, sehingga dapat berisiko terjadinya perilaku negatif pada remaja, salah satu perilaku negatif yang dapat terjadi adalah penyalahgunaan NAPZA.

Cara mendapatkan NAPZA

Cara mendapatkan NAPZA bagi remaja sangat bervariasi, penelitian sebelumnya mengatakan pada umumnya mereka mendapatkan dari teman sebaya sesama pengguna NAPZA. Adanya anggota keluarga sebagai pengguna NAPZA akan mengakibatkan semakin mudah bagi remaja mendapatkan NAPZA. Begitu juga remaja yang tinggal dilingkungan masyarakat yang umumnya adalah pengguna NAPZA.

D. Keluarga

Pengertian keluarga

Menurut Friedman (1998), keluarga adalah dua orang atau lebih yang hidup bersama mengikat diri baik hubungan kedekatan perasaan dan emosional serta mengidentifikasi dirinya sebagai bagian dari suatu keluarga. Sedangkan Bailon (1978) menyatakan bahwa keluarga merupakan dua individu atau lebih yang tergabung karena hubungan darah, perkawinan atau pengangkatan (adopsi) dan mereka hidup dalam satu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain di dalam peranannya masing-masing dan menciptakan serta mempertahankan suatu kebudayaan..

Struktur keluarga

Struktur keluarga dapat menggambarkan bagaimana keluarga melaksanakan fungsi keluarga di masyarakat sekitarnya. Parlan dan Caplan (1965) yang dikutip dari Friedman (1998) mengatakan struktur keluarga ada empat elemen yaitu struktur peran keluarga, nilai atau norma keluarga, pola komunikasi keluarga, dan struktur kekuatan keluarga.

Fungsi keluarga

Secara umum fungsi keluarga (Friedman, 1998) adalah:

- a. Fungsi afektif (fungsi pemeliharaan kepribadian) untuk stabilitas kepribadian kaum dewasa, memenuhi kebutuhan anggota keluarga.
- b. Fungsi sosialisasi dan fungsi penempatan sosial adalah fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain.
- c. Fungsi reproduksi adalah untuk menjaga kelangsungan generasi dan keberlangsungan hidup masyarakat.
- d. Fungsi ekonomi adalah untuk mengadakan sumber-sumber ekonomi yang memadai dan pengalokasian sumber-sumber tersebut secara efektif.
- e. Fungsi perawatan kesehatan adalah untuk pengadaan kebutuhan fisik, pangan, sandang, papan, dan perawatan kesehatan.

Menurut Undang-Undang No. 10 tahun 1992 jo PP No. 21 tahun 1994 di kutip dari Suprajitno (2004), Indonesia membagi fungsi keluarga menjadi delapan bentuk

operasional yang dapat dilakukan oleh setiap keluarga yaitu fungsi keagamaan, fungsi budaya, fungsi cinta kasih, fungsi perlindungan, fungsi reproduksi, fungsi sosialisasi, fungsi ekonomi, dan fungsi pelestarian lingkungan.

Tugas perkembangan keluarga

Dikutip dari Friedman (1998) yang dicantumkan oleh Carter dan McGoldrick (1988) ada tiga tugas perkembangan keluarga yaitu:

- a. Pembedaan diri dalam hubungannya dengan keluarga asal.
- b. Menjalani hubungan dengan teman sebaya yang akrab.
- c. Pembentukan diri yang berhubungan dengan kemandirian pekerjaan finansial.

E. Konsep dan Teori Terkait

Adapun konsep dan teori terkait yang akan digunakan pada penelitian ini adalah teori Neuman, Roy dan Green. Uraian lebih lanjut dapat dilihat pada uraian berikut.

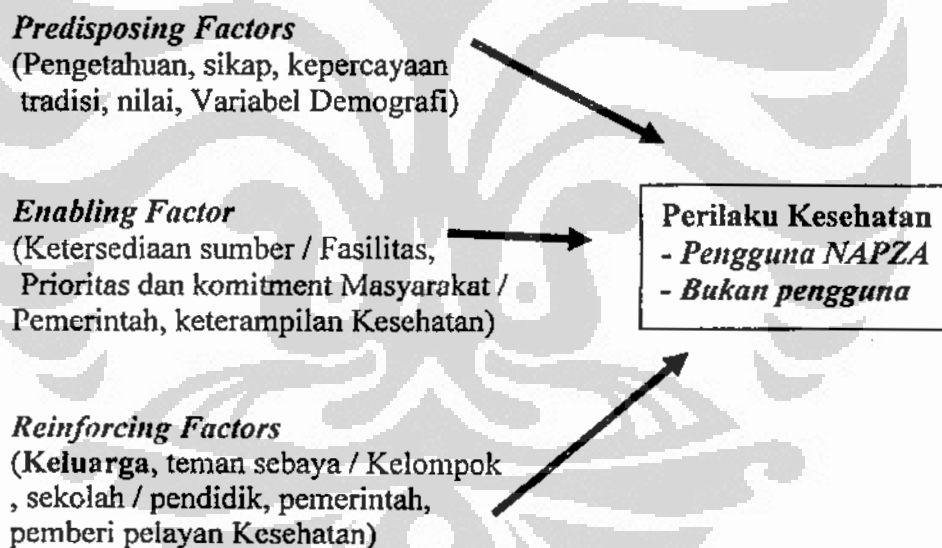
Penelitian ini didukung dengan menggunakan pendekatan "NEUMAN'S MODEL" yang mengembangkan teori bahwa keluarga dipandang sebagai sistem yang terdiri dari anggota keluarga sebagai sub- sistemnya. Keluarga bertujuan mempertahankan stabilitas dan integritas keluarga termasuk menjaga hubungan timbal balik antara anggota keluarga (Friedman, 1998).

Roy mengatakan pola koping keluarga yang tidak efektif akan berdampak terhadap fungsi keluarga, menciptakan kondisi lingkungan keluarga yang adaptif merupakan

salah satu peran dan fungsi perawat. Banyak keluarga yang belum mampu beradaptasi dengan perubahan-perubahan yang terjadi pada anggota keluarganya (Friedman, 1998). Dalam penelitian ini teori Roy digunakan untuk menganalisa bagaimana dampak lingkungan keluarga terhadap penyalahgunaan NAPZA.

Green's (1980) mengatakan bahwa perilaku kesehatan seseorang dipengaruhi oleh 3 faktor utama, yaitu *predisposing factor*, *enabling factor* dan *reinforcing factor*. Faktor tersebut dapat dilihat dari bagan berikut ini :

Skema 2.1. Faktor-faktor yang mempengaruhi Perilaku



Sumber : (Green's, 1980 dalam Notoatmodjo, 2003)

Dari bagan diatas dapat dilihat bahwa lingkungan keluarga termasuk *reinforcing factor* bagi perilaku seseorang dalam menggunakan NAPZA.

F. Penelitian terkait

Hubungan lingkungan keluarga dengan perilaku penyalahgunaan NAPZA.

Penelitian tentang NAPZA sudah banyak dilakukan, dengan variabel penelitian yang berbeda-beda. Tasman (2005) melakukan penelitian di SMU dan SMK Kec. Beji Depok dengan jumlah sampel 210 siswa. Hasil penelitian menunjukkan lingkungan keluarga berhubungan dengan risiko penggunaan NAPZA pada remaja ($P < 0,05$). Akan tetapi penelitian tersebut masih melihat risiko penggunaan, belum melihat apakah lingkungan keluarga berhubungan dengan perilaku penyalahgunaan NAPZA.

Asbanu (2000) melakukan riset kualitatif di Malang. Banyak alasan remaja menggunakan NAPZA salah satunya karena faktor keluarga. Lingkungan keluarga berpengaruh terhadap perilaku remaja. Lutfatul Latifah (2001) melakukan penelitian di RW 03 kelurahan Paseban Kec. Senen Kodya Jakarta Pusat tentang persepsi orang tua tentang penyalahgunaan NAPZA pada anak remaja dengan jumlah sampel 30 responden menyatakan bahwa 70% responden berpendapat bahwa remaja yang menyalahgunakan NAPZA bukan semata-mata karena kesalahan anak tapi juga karena kesalahan orang tua, 23,33% responden tidak setuju dengan pernyataan tersebut dan 6,67% menjawab ragu-ragu.

Berbagai penelitian yang dilakukan tentang penyalahgunaan NAPZA kebanyakan berfokus pada usia remaja karena usia inilah yang paling berisiko untuk menyalahgunakan NAPZA sesuai tahap perkembangannya. Namun tidak menutup kemungkinan seseorang menggunakan NAPZA setelah memasuki usia dewasa muda.

Hubungan karakteristik remaja dengan perilaku penyalahgunaan NAPZA

a. Jenis kelamin

Pengguna NAPZA ditemui pada remaja laki-laki dan juga pada wanita. Dilaporkan hampir 80 % penghuni panti rehabilitasi pengguna NAPZA adalah laki-laki ([http : // Tempointeraktif.com](http://Tempointeraktif.com) , diperoleh 8 Maret 2005).

Hasil penelitian Tasman (2005), remaja laki-laki lebih berisiko menyalahgunakan NAPZA dibanding remaja perempuan ($P_v < 0,05$). Riyanto (2002) mengemukakan remaja perempuan lebih berperilaku sehat dibandingkan laki-laki ($P_v < 0,05$).

b. Umur

Pengguna NAPZA pada umumnya adalah remaja dan dewasa awal. Banyak pengguna NAPZA tersebut masih duduk di bangku SLTA dan perguruan tinggi. Akan tetapi ada kecendrungan semakin muda usia pengguna NAPZA, bahkan ditemui pada murid sekolah dasar (Depkes, 2001; Purwanto, 2001). Saat ini di Indonesia usia pertama menggunakan NAPZA rata-rata pada usia 15 tahun (BNN, 2004). Menurut hasil penelitian Sanie, Susy YR dan Murniati Agustian yang disampaikan dalam semiloka di Universitas Atmajaya (2005) didapatkan bahwa sebagian besar pengguna NAPZA dan mantan pengguna pertama kali mulai menggunakan NAPZA ketika di usia SMP dan SMA, hanya sedikit yang baru mulai di Perguruan Tinggi (PT) walaupun ada juga yang sudah mulai di SD.

BAB III

KERANGKA KERJA PENELITIAN

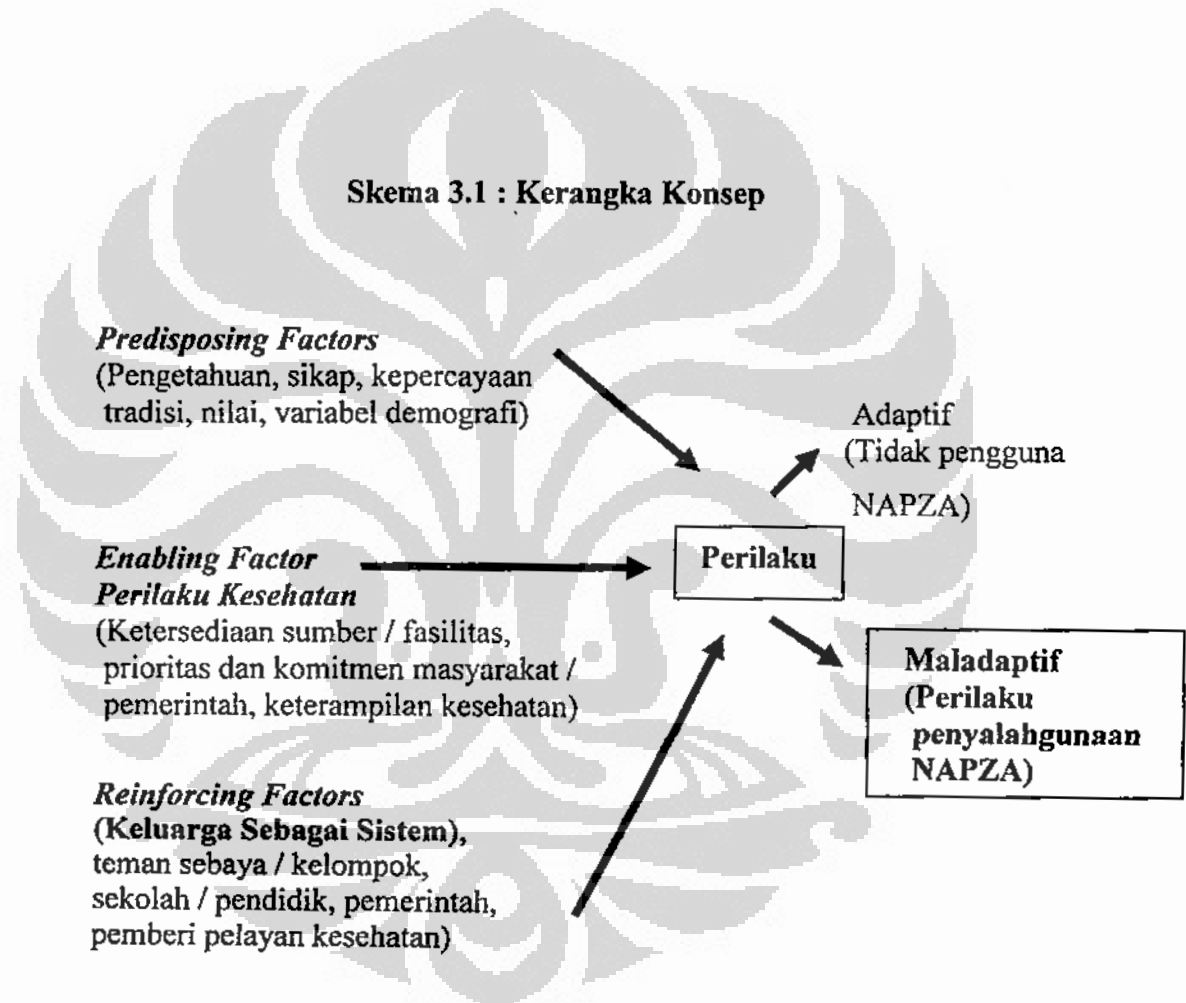
Sesuai dengan tujuan penelitian yaitu untuk mengetahui hubungan lingkungan keluarga dengan perilaku penyalahgunaan NAPZA ada beberapa konsep yang mendukung penelitian ini. Untuk melihat bahwa konsep terkait berikut uraiannya dalam bab ini yang meliputi; kerangka konsep penelitian, hipotesa penelitian dan definisi operasional.

A. Kerangka Konsep

Penelitian ini didukung dengan menggunakan pendekatan "NEUMAN'S MODEL" yang mengembangkan teori bahwa keluarga dipandang sebagai sistem yang terdiri dari anggota keluarga sebagai sub-sistemnya. Individu sebagai salah satu anggota keluarga merupakan sub-sistem dari keluarga. Status kesehatan dan perilaku seseorang sangat dipengaruhi oleh lingkungan keluarga. Keluarga bertujuan mempertahankan stabilitas dan integritas keluarga termasuk menjaga hubungan timbal balik antara anggota keluarga. (Friedman, 1998).

Roy mengatakan pola koping keluarga yang tidak efektif akan berdampak terhadap fungsi keluarga itu sendiri, dan menciptakan kondisi lingkungan keluarga yang adaptif merupakan salah satu peran dan fungsi perawat. Banyak keluarga yang belum mampu beradaptasi dengan perubahan-perubahan yang terjadi pada anggota keluarga (Friedman, 1998).

Green's (1980) mengatakan perilaku kesehatan seseorang dipengaruhi oleh 3 faktor utama, yaitu ; *predisposing factor*, *enabling factor* dan *reinforcing factor*. Teori Green (1980) mengatakan lingkungan keluarga termasuk *reinforcing factor* bagi perilaku seseorang dalam menggunakan NAPZA. Model kerangka pemikiran penelitian tersebut dapat dilihat pada skema berikut ini :



(Sumber : Modifikasi model Green's (1980), Neuman's dan Roy's model (Friedman, 1998))

B. Hipotesis

Hipotesis Mayor

Terdapat hubungan antara lingkungan keluarga dengan perilaku penyalahgunaan NAPZA.

Hipotesis Minor

- Terdapat hubungan lingkungan keluarga dengan usia pertama kali menggunakan NAPZA.
- Terdapat hubungan lingkungan keluarga dengan tingkat penggunaan NAPZA.

C. Definisi Operasional

Tabel 3.1 : Definisi Operasional Penelitian

Variabel /sub. Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
INDEPENDENT Lingkungan Keluarga	Penilaian responden terhadap kondisi lingkungan keluarga, meliputi ; pola komunikasi, gaya kepemimpinan, pola asuh, perilaku hidup sehat dan nilai atau norma yang dianut dalam keluarga.	Menggunakan angket (B) yang terdiri dari 42 pertanyaan dengan menggunakan skala likert : Selalu = 4 Sering = 3 Jarang = 2 Tidak Pernah = 1	Kondufif : Jika skor \geq Median (118) Kurang Kondufif : Jika Skor < Median (118)	Ordinal

<p>DEPENDENT Perilaku penyalahgunaan NAPZA</p>	<p>Tindakan nyata remaja dalam menggunakan NAPZA (Alkohol dan obat-obat terlarang) yang meliputi usia pertama menggunakan NAPZA, lama waktu terdeteksi oleh keluarga dan tingkat penggunaan NAPZA. Dengan rincian sebagai berikut :</p>			
<p>Usia Pertama Menggunakan NAPZA</p>	<p>Umur responden saat pertama kali memakai NAPZA (alkohol dan obat-obatan terlarang)</p>	<p>Menggunakan angket bagian C.</p>	<p>Usia Pertama menggunakan < 16 Tahun Usia Pertama menggunakan ≥ 16 Tahun</p>	<p>Ordinal</p>
<p>Tingkat penggunaan</p>	<p>Rentang pemakaian NAPZA berdasarkan tingkat ketergantungan pemakaian yang terdiri dari penyalahgunaan (<i>abuse</i>) dan ketergantungan (<i>Dependent</i>)</p>	<p>Menggunakan angket bagian D yang terdiri dari 9 pertanyaan. (Standart WHO)</p>	<p>Penyalahgunaan Jika responden menjawab " YA" < 3 untuk pertanyaan no 1, 2, 3, 5, 7 dan 9 Ketergantungan Jika responden menjawab " YA" ≥ 3 untuk pertanyaan no 1, 2, 3, 5, 7 dan 9</p>	<p>Ordinal</p>

BAB IV METODE PENELITIAN

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan lingkungan keluarga dengan perilaku penyalahgunaan NAPZA pada klien rawat jalan di RSKO Jakarta. Dalam bab IV ini akan dibahas desain penelitian, populasi dan sampel, etika penelitian, alat pengumpulan data yang digunakan, prosedur pengambilan data dan cara pengolahan serta analisis data.

A. Desain Penelitian

Penelitian ini termasuk penelitian kuantitatif dengan jenis penelitian deskriptif korelasi, sedangkan desain yang digunakan pada penelitian ini adalah desain potong lintang (*cross sectional*). Desain *cross sectional* merupakan suatu rancangan penelitian yang melakukan pengamatan dan pengukuran variabel dependen dan independen dalam waktu bersamaan (Gordis, 1996). Sedangkan Notoatmodjo, 2002 juga mengatakan bahwa pada desain *cross sectional* pengukuran variabel dependen dan independen dilakukan secara bersamaan (Notoatmodjo, 2002). Penelitian ini dilakukan untuk melihat hubungan lingkungan keluarga dengan perilaku penyalahgunaan NAPZA klien rawat jalan di RSKO Jakarta.

B. Populasi dan Sampel

Populasi

Sebagai populasi yang akan diamati dalam penelitian ini adalah semua klien rawat jalan di klinik methadone RSKO Jakarta . Jumlah klien yang rutin berobat jalan adalah 160 orang.

Sampel

Teknik pengambilan sampel adalah *purposive sampling*, dimana sampel diambil berdasarkan kriteria yang peneliti tetapkan yaitu klien yang datang ke klinik methadone dari tanggal 19 – 24 Desember 2005 dengan kriteria *inklusi* sebagai berikut sebagai berikut :

1. Bersedia sebagai responden.
2. Bisa membaca dan menulis.
3. Kesadaran *Composmentis kooperatif*.

Sampel yang terkumpul selama tanggal tersebut berjumlah 79 orang, sesuai kriteria yang telah ditetapkan.

C. Tempat dan waktu Penelitian

Sesuai dengan tujuan penelitian ini yaitu untuk mengetahui hubungan lingkungan keluarga dengan perilaku penyalahgunaan NAPZA maka penelitian ini dilaksanakan di RSKO Jakarta, karena di RSKO ini pasien yang mengunjungi pada umumnya telah memiliki perilaku penyalahguna NAPZA, disamping itu RSKO juga merupakan lahan praktek mahasiswa keperawatan dan RSKO ini juga merupakan pusat rujukan

rehabilitasi medik pasien dengan intoksikasi NAPZA. Proses pengumpulan data dilaksanakan pada tanggal 19 Desember 2005 s/d 24 Desember 2005.

D. Etika Penelitian

Penerapan etik dalam penelitian ini dimaksudkan untuk melindungi responden dan peneliti dalam kegiatan penelitian. Penelitian ini akan dilakukan dengan selalu mempertimbangkan aspek etik agar responden terlindung dari segala akibat penelitian ini, maka peneliti perlu mengadakan kontrak awal dengan responden. Kontrak tersebut berupa adanya *informed consent*. Sebelumnya peneliti menjelaskan kepada responden bahwa penelitian ini tidak akan mengakibatkan kerugian baik fisik maupun sosial terhadap pasien, walaupun dengan menggali pengalaman dan kondisi keluarga kemungkinan dapat menimbulkan perasaan tidak nyaman secara psikologis.

Peran serta/partisipasi responden dilakukan atas dasar pemahamannya secara utuh tentang penelitian melalui informasi yang telah diberikan peneliti sebelumnya. Responden tidak dituntut menulis namanya pada kuesioner. Kuesioner cukup diberi kode atau nomor responden yang hanya diketahui oleh peneliti. Setelah dijelaskan secara rinci tujuan penelitian, kewajiban dan hak responden, maka responden diminta menandatangani lembaran persetujuan dan jika tidak bersedia maka responden tersebut diperbolehkan tidak mengisi angket dan diganti dengan responden lainnya (responden cadangan).

E. Alat Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data untuk variabel independen yang dipakai adalah berupa kuesioner yang digunakan oleh Tasman (2005) dalam penelitiannya dan telah dilakukan pengujian validitas serta reliabilitasnya pada 30 (tiga puluh) orang responden. Uji validitas dilakukan dengan membandingkan r hitung dengan r table (0,316), jika r hitung < dari r tabel maka pertanyaan direvisi dan sebagian dibuang. Kemudian semua pertanyaan dengan nilai $\alpha >$ dibandingkan dengan r tabel maka semua memenuhi syarat reliabilitas. Semua pertanyaan dalam kuesioner penelitian yang dirujuk mempunyai rentang nilai α (0,897 – 0,905). Nilai ini lebih tinggi dari r tabel (0,316). Sedangkan untuk instrumen pengumpulan data variabel dependen mengacu ke standar WHO yang terdiri dari 9 pertanyaan dan telah ditetapkan sebagai standar internasional dan digunakan oleh seluruh pusat rehabilitasi NAPZA untuk mengkategorikan klien pada tingkat penyalahguna atau sudah ketergantungan.

Bagian (A) terdiri dari data karakteristik remaja meliputi usia, jenis kelamin dan pendidikan terakhir responden.

Bagian (B) pertanyaan tentang lingkungan keluarga, terdiri dari 34 pertanyaan dengan menggunakan skala likert alternatif jawaban terdiri dari selalu (4), sering (3), kadang-kadang (2) dan tidak pernah (1).

Bagian (C) pertanyaan tentang perilaku penyalahgunaan NAPZA terdiri usia pertama kali menggunakan NAPZA selain rokok (alkohol dan obat-obat terlarang), jenis

NAPZA yang pertama kali digunakan dan pertanyaan untuk mengkategorikan klien pada tingkat penyalahguna atau sudah pada tingkat ketergantungan yang terdiri sembilan (9) pertanyaan.

Uji coba kuesioner dilakukan dalam bentuk apakah pertanyaan / pernyataan dimengerti oleh responden, lebih ditekankan pada aspek bahasanya saja. Uji coba dilakukan pada penghuni LP khusus NARKOBA Bogor sebanyak 4 pertanyaan yang sulit dimengerti oleh responden diperbaiki dengan bahasa yang lebih sederhana. Alasan uji coba seperti diatas karena instrumen sudah diuji coba dengan validitas dan realibilitas yang baik.

F. Prosedur Pengumpulan Data

Pertama meminta izin kepada Direktur RSKO Jakarta dengan melampirkan proposal penelitian. Dalam pengumpulan data penulis bekerja sama dengan perawat-perawat di RSKO terutama dalam hal penyeleksian responden.

Responden yang terpilih diberi penjelasan meliputi tujuan dan manfaat penelitian serta menjelaskan bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan kerugian bagi responden baik fisik maupun sosial. Responden diminta mengisi kuesioner dalam waktu sekitar 30 menit. Kemudian kuesioner yang telah diisi responden dicek kelengkapannya dan jika sudah benar responden diperbolehkan meninggalkan ruangan.

G. Pengolahan dan Analisa Data

Pengolahan Data

Pengolahan data akan melalui tahapan-tahapan berikut :

a. Editing

Pada tahap ini dilakukan pengecekan tentang kelengkapan isian , kejelasan, relevansi dan konsistensi jawaban yang diberikan . Untuk kuesioner yang belum terisi dengan lengkap dan konsisten peneliti melakukan klarifikasi dan validasi ulang pada responden sebelum responden meninggalkan tempat pengisian kuesioner.

b. Koding

Kegiatan pada tahap ini adalah merubah jawaban responden kedalam bentuk angka, untuk karakteristik responden (jenis kelamin), dikode dengan angka 1 (laki-laki) dan perempuan (2), usia saat ini dikategorikan menjadi kurang dari 25 tahun (1), lebih atau sama dengan 25 tahun (2) setelah dicari mediannya, dan untuk tingkat pendidikan Sekolah Dasar (SD) dikode dengan angka 1, SMP (2), SMA (3), untuk Diploma, Sarjana dikode dengan angka 4. Untuk skala likert variabel independent pengkodean tercantum dalam definisi operasional, sedangkan untuk variabel dependen jenis NAPZA yang pertama kali digunakan 1 (alkohol), 2 (ganja/marijuana), 3 (pil, XTC, Koplo atau lexotan), 4 (heroin, kokain atau putauw) sehingga akan memudahkan dalam proses *entry data* ke dalam paket program komputer.

c. Processing

Pada tahap ini data yang terisi secara lengkap dan telah melewati proses pengkodean selanjutnya akan dilakukan pemrosesan data dengan memasukan data dari seluruh kuesioner ke paket program komputer.

d. Cleaning

Proses akhir dalam pengolahan data adalah dengan melakukan pengecekan kembali data yang sudah di entry untuk melihat ada tidaknya kesalahan dalam proses *entry data*.

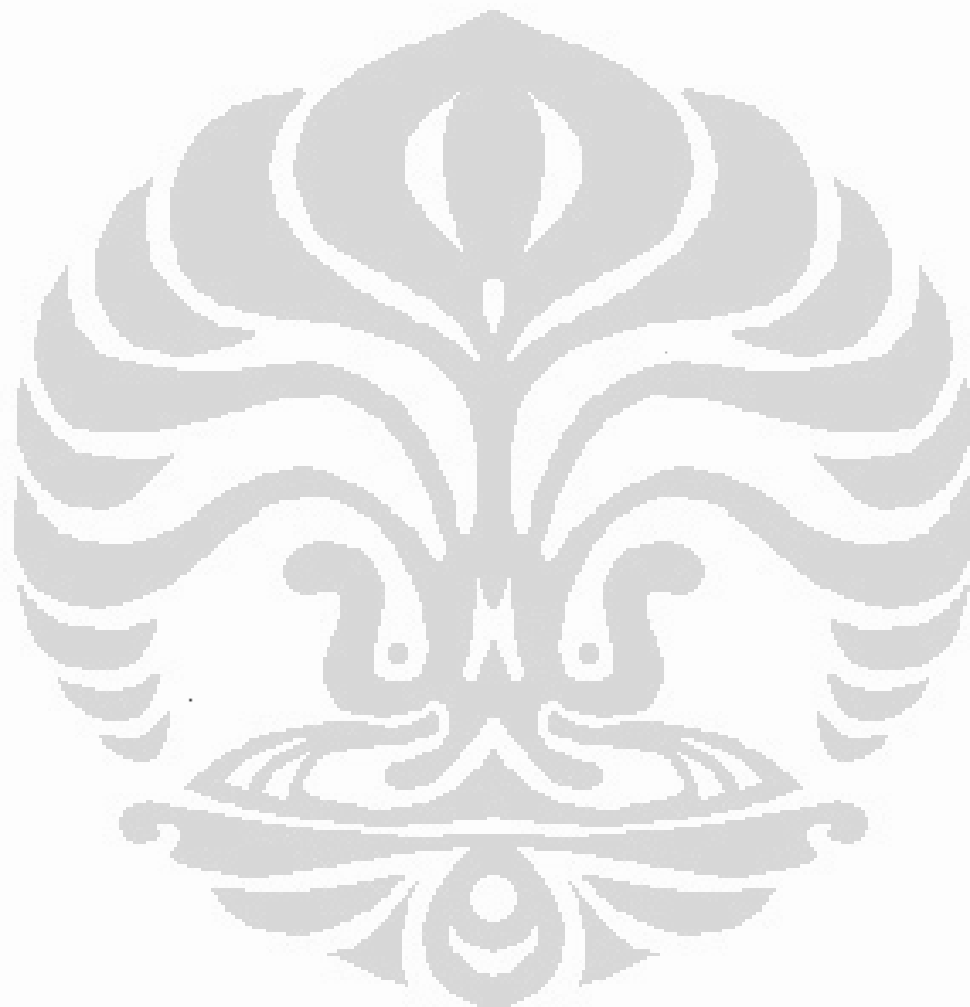
Analisa Data**a. Analisa Univariat**

Pada tahap awal semua data akan dianalisa secara univariat untuk semua variabel penelitian dengan melihat proporsi nilai-nilai tengah masing-masing variabel dan sub variabel sesuai dengan batasan dalam definisi operasional. Hasil dari analisis ini berupa distribusi frekwensi dan persentase dari masing-masing variabel. Data yang dianalisa secara univariat meliputi karakteristik responden, semua variabel independen dan variabel dependen.

b. Analisa Bivariat

Analisa bivariat dilakukan untuk melihat hubungan masing-masing variabel, yaitu antara lingkungan keluarga dengan perilaku penyalahgunaan NAPZA.

Jenis uji yang digunakan adalah *Chi Square*, karena variabel dependen dan variabel independen merupakan data kategorik. Batas kemaknaan yang digunakan dalam uji ini adalah ($\alpha = 0,05$) sehingga bila nilai $p < 0,05$ maka perhitungan statistiknya bermakna, atau terdapat hubungan antara variabel.



BAB V

HASIL PENELITIAN

Pada BAB ini penulis akan menjelaskan hasil penelitian setelah sebelumnya data diolah secara univariat, yaitu ; Karakteristik responden, lingkungan keluarga, usia pertama menggunakan NAPZA dan tingkat penggunaan NAPZA . Analisis bivariat akan melihat hubungan variabel independen (lingkungan keluarga,) dan variabel dependen (usia pertama menggunakan dan tingkat penggunaan). Hasil akan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekwensi.

A. Hasil Analisis Univariat

1. Karakteristik Responden

Karakteristik responden meliputi jenis kelamin, usia saat ini, jenis NAPZA yang digunakan pertamakali, pendidikan saat ini. Berikut disajikan analisis univariat karakteristik responden dalam tabel 5.1 :

Tabel 5.1
 Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Pengguna NAPZA
 di RSKO Jakarta, Desember 2005.
 (N = 79)

KARAKTERISTIK	F	%
Jenis Kelamin		
- Laki -- Laki	74	93.7
- Perempuan	5	6.3
Usia Saat Ini		
- Kurang 25 Tahun	36	45.6
- \geq 25 Tahun	43	54.4
Pendidikan Terakhir		
- SLTP	1	1.3
- SLTA	51	64.6
- Perguruan Tinggi	27	34.2
Jenis NAPZA yang digunakan pertama kali		
- Alkohol	12	15.2
- Ganja / Mariyuana	43	54.4
- Pil (XTC, KOPLO)	8	10.1
- Heroin / Putaw, Morfin	16	20.3

Tabel 5.1 menunjukkan umumnya responden adalah laki-laki dengan rincian 74 orang (93.7 %) adalah laki-laki dan 5 orang (6.3 %) perempuan. Dilihat dari kategori usia saat ini lebih dari setengahnya berusia \geq 25 tahun, yaitu 43 orang (54.4 %) dan usia $<$ 25 tahun sebanyak 36 orang (49.4 %). Sebagian besar responden berpendidikan terakhir SLTA sebanyak 51 orang (64.4 %) selebihnya perguruan tinggi (34.2 %) dan SLTP (1.3 %). lebih dari setengahnya responden mengatakan jenis NAPZA yang pertama kali digunakan adalah ganja / marijuana (54.4 %), heroin / putaw / morfin (20.3 %), alkohol (15.2 %) dan pil (XTC, Koplo dan Lexotan) sebanyak 10.1 %.

2. Lingkungan keluarga, usia pertama menggunakan dan tingkat penggunaan

Pada tabel 5.2 akan digambarkan secara distribusi frekwensi berdasarkan lingkungan keluarga, usia pertama menggunakan dan tingkat penggunaan saat pertama kali mencari pertolongan ke fasilitas kesehatan.

Tabel 5.2
Distribusi Responden Berdasarkan Kondisi Lingkungan Keluarga, Usia Pertama Menggunakan NAPZA dan Tingkat Penggunaan Saat Pertama Kali Datang ke Pelayanan Kesehatan di RSKO Jakarta, Desember 2005
(N = 79)

KARAKTERISTIK	F	%
Lingkungan Keluarga :		
- Kurang Kondusif	36	45.6
- Kondusif	43	54.4
Usia Pertama Menggunakan :		
- Kurang 16 Tahun	39	49.4
- \geq 16 Tahun	40	50.6
Tingkat Penggunaan :		
- Ketergantungan	66	83.5
- Penyalahguna	13	16.5

Tabel 5.2 menunjukkan 45.6 % lingkungan keluarga pengguna kurang kondusif dan 54.4 % kondusif. Usia pertama menggunakan NAPZA sebanyak 49.4 % usia kurang 16 tahun dan 50.6 % \geq 16 tahun, artinya hampir sama jumlah penggunaan NAPZA pertama kali usia dibawah 16 tahun dengan usia 16 tahun keatas.

Tingkat penggunaan saat pertama kali mencari pertolongan ke fasilitas kesehatan 83.5 % sudah pada tingkat ketergantungan dan 16.5 % pada tingkat penyalahgunaan.

B. Hasil Analisis Bivariat

Analisis bivariat menggunakan uji *Chi - Square*, variabel independen (Lingkungan keluarga) dan variabel dependen (Usia pertama menggunakan dan tingkat penggunaan) dengan one sided karena penelitian ini melihat adanya tingkatan baik dalam usia juga tingkat penggunaan. Masing – masing variabel diuji satu persatu sebagaimana tergambar dalam tabel 5.3 dan tabel 5.4 berikut ini :

1. Hubungan lingkungan Keluarga dengan Usia Pertama Menggunakan NAPZA

Tabel 5.3
Distribusi Responden Berdasarkan Lingkungan Keluarga dan Usia Pertama Menggunakan NAPZA di RSKO Jakarta Desember 2005 (n = 79)

Lingkungan Keluarga	Usia Pertama Menggunakan		Total	P-value	OR
	< 16 Thn	≥ 16 Thn			
<i>Lingkungan Keluarga</i> Kurang Kondusif	26 (72.2 %)	10 (27.8 %)	36 (100 %)	0,000	6,000
Kondusif	13 (30.2 %)	30 (69.8 %)	43 (100 %)		

Dari tabel 5.3 didapat gambaran usia pertama menggunakan NAPZA kurang 16 tahun pada keluarga kurang kondusif sebanyak 26 orang (72.2%) dan 16 tahun atau lebih sebanyak 10 orang (27.89 %). Usia pertama menggunakan kurang 16 tahun pada lingkungan keluarga kondusif sebanyak 13 orang (30.2 %) sedangkan usia 16 tahun atau lebih sebanyak 30 orang (69.8 %). Hasil ini menunjukkan secara proporsi pada lingkungan keluarga yang kurang kondusif akan semakin muda usia seseorang menggunakan NAPZA pertama kali. Begitu juga pada

lingkungan keluarga yang kondusif akan semakin lebih tua usia seseorang menggunakan NAPZA pertama kalinya.

Berdasarkan uji *Chi-Square* diperoleh hasil $P_v 0.000 (< 0.05)$ ini menunjukkan lingkungan keluarga berhubungan dengan usia pertama kali menggunakan NAPZA (Hipotesis minor diterima). Semakin tidak kondusif lingkungan keluarga maka semakin muda usia pertama seseorang menggunakan NAPZA. Nilai OR (6,000) menunjukkan lingkungan keluarga yang kurang kondusif berpeluang menyebabkan semakin muda usia pertama seseorang menggunakan NAPZA sebanyak 6 kali dibanding lingkungan keluarga yang kondusif.

2. Hubungan Lingkungan Keluarga dengan Tingkat Penggunaan Sebelum Datang ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan

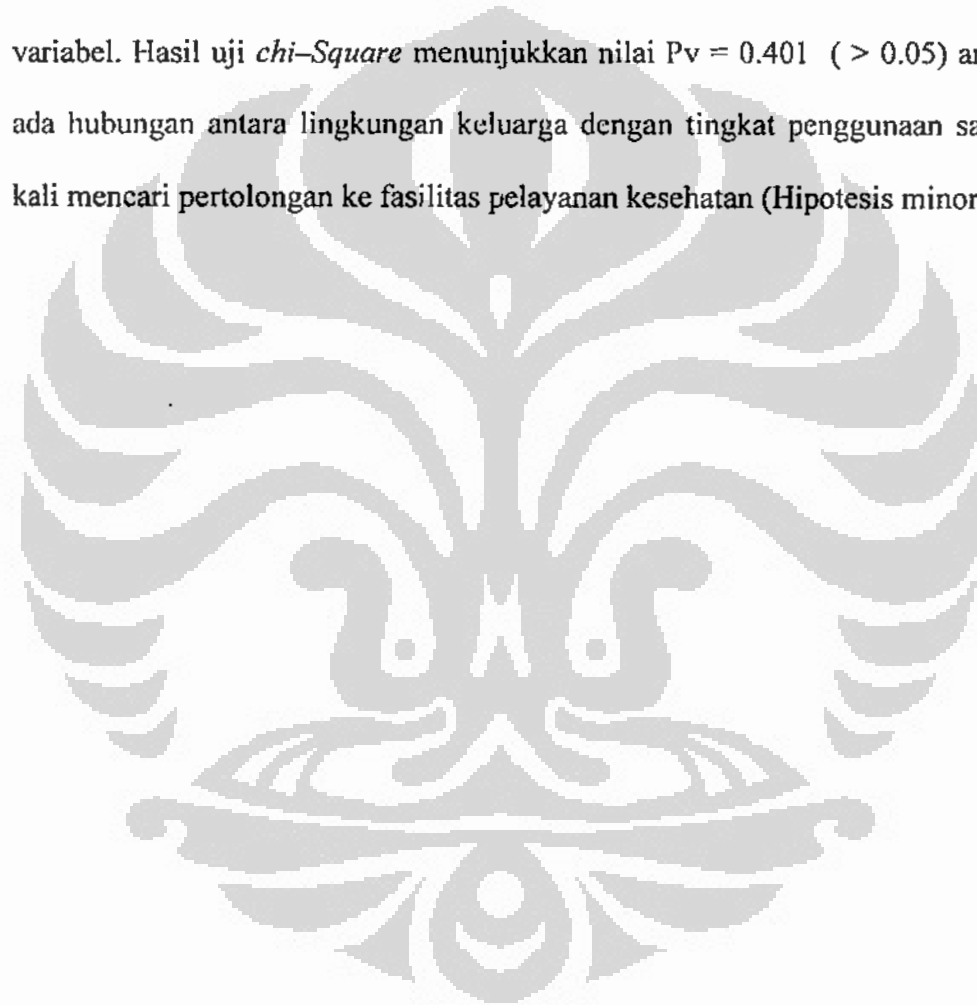
Tabel 5.4
Distribusi Responden Berdasarkan Lingkungan Keluarga dan Usia Pertama Menggunakan NAPZA di RSKO Jakarta Desember 2005 (n = 79)

Lingkungan Keluarga	Tingkat Penggunaan		Total	P-value	OR
	Ketergantungan	Penyalahguna			
<i>Lingkungan Keluarga</i> Kurang Kondusif	31 (86.1 %)	5 (13.9 %)	36 (100 %)	0,401	1.417
Kondusif	35 (81.4 %)	8 (18.6 %)	43 (100 %)		

Dari tabel 5.4 didapat gambaran tingkat penggunaan saat pertama kali mencari pertolongan ke fasilitas kesehatan dengan tingkat ketergantungan pada keluarga kurang kondusif sebanyak 31 orang (86.1 %) dan penyalahguna sebanyak 5 orang

(13.9 %). Sedangkan pada lingkungan keluarga yang kondusif sebanyak 35 orang (81.4 %) mencari pertolongan awal dengan tingkat penggunaan ketergantungan dan 8 orang (18.6 %) pada tingkat penyalahgunaan.

Hasil tersebut menunjukkan tidak ada perbedaan proporsi yang berarti diantara kedua variabel. Hasil uji *chi-Square* menunjukkan nilai $P_v = 0.401$ (> 0.05) artinya tidak ada hubungan antara lingkungan keluarga dengan tingkat penggunaan saat pertama kali mencari pertolongan ke fasilitas pelayanan kesehatan (Hipotesis minor ditolak).



BAB VI

PEMBAHASAN

Dalam BAB ini akan diuraikan pembahasan hasil penelitian yang terdiri dari interpretasi dan diskusi hasil serta keterbatasan penelitian.

A. Interpretasi dan Diskusi Hasil

1. Karakteristik responden

Berdasarkan karakteristik responden yang terdiri dari jenis kelamin, usia saat ini dan pendidikan terakhir didapatkan bahwa laki-laki lebih besar proporsinya dalam penyalahgunaan NAPZA dibanding perempuan. Hal ini dapat dijelaskan bahwa penyalahgunaan NAPZA umumnya dimulai dari pengenalan rokok atau minum alkohol, terutama pada anak laki-laki. Hal ini menjadi gerbang seseorang menggunakan NAPZA lain yang menimbulkan tingkat ketergantungan yang lebih tinggi (Pemda DKI, 2001). Hal ini juga dilatarbelakangi oleh penelitian sebelumnya bahwa laki-laki lebih berperilaku tidak sehat dibanding perempuan dengan $P_v = 0.000$ (Riyanto, 2002).

2. Hubungan Lingkungan Keluarga dengan Perilaku Penyalahgunaan NAPZA

Hasil penelitian membuktikan keluarga yang kurang kondusif lebih berpengaruh terhadap perilaku penyalahgunaan NAPZA dibandingkan dengan lingkungan keluarga yang kondusif. Hasil penelitian ini mendukung penelitian sebelumnya, yaitu lingkungan keluarga yang kurang kondusif lebih berisiko dibanding

lingkungan keluarga yang kondusif terhadap risiko penyalahgunaan NAPZA pada remaja dengan p Value = 0,006 (Tasman, 2005).

3. Hubungan lingkungan keluarga dengan tingkat penggunaan NAPZA

Untuk tingkat penggunaan (penyalahguna dan ketergantungan) tidak menunjukkan hubungan yang signifikan dengan lingkungan keluarga baik kondusif ataupun tidak kondusif karena keluarga cenderung mengetahui anak atau anggota keluarganya mengkonsumsi NAPZA setelah menimbulkan keluhan fisik yang berat (*sakaww*). Walaupun lingkungan keluarga yang kondusif, disatu sisi terjadi persepsi yang salah sehingga membiarkan anak bergaul dengan lingkungan teman sebaya tanpa pengawasan yang ketat. Belum tentu lingkungan teman sebaya, lingkungan sekolah ataupun lingkungan masyarakat kondusif untuk perkembangan anak terutama dalam menginjak masa remaja (Depkes, 2003).

Keluarga merupakan unit dasar dalam tatanan masyarakat yang dapat mempengaruhi dan dipengaruhi oleh sistem sosial dalam masyarakat. Interaksi keluarga dengan masyarakat dapat mempengaruhi pola sehat sakit sebuah keluarga dengan anggotanya (Friedman, 1998). Lebih lanjut Friedman (1998) menjelaskan bahwa interaksi satu anggota dengan anggota keluarga yang lain secara resiprokal mempengaruhi status kesehatan keluarga tersebut.

Kecenderungan yang ada adalah faktor keluarga terutama faktor orang tua sering menjadi penyebab seseorang menjadi penyalahguna NAPZA (Depkes RI, 2001;

Purwanto, 2001). Pada penelitian ini dari sebagian besar responden yang berasal dari lingkungan keluarga kurang kondusif mengalami masalah dalam komunikasi efektif dengan anak (anggota keluarga). Orang tua cenderung mengabaikan anak dalam pengambilan suatu keputusan dan menuntut anak menjadi seorang yang *perfeksionis* baik di sekolah maupun dimasyarakat. Komunikasi orang tua dengan anak tidak selalu mudah berlangsung bahkan sering terabaikan, orang tua yang terlalu sibuk sering menemukan kesulitan dalam mencari waktu untuk berkomunikasi dengan anggota keluarga (anak) karena pekerjaannya di luar rumah atau untuk bertukar pikiran, menggali permasalahan anak dan mendiskusikan harapan serta cita-cita anaknya para orang tua sering tidak punya waktu. Hasil akhirnya adalah kesendirian atau lebih banyak bersama *peer groups*, padahal belum tentu mereka berperilaku kondusif (Wong, 1995).

Faktor kepemimpinan keluarga merupakan salah satu bagian dari kondisi lingkungan keluarga. Kepemimpinan yang baik dalam keluarga akan berpengaruh terhadap perilaku anak dalam keluarga tersebut. Lingkungan keluarga sangat menentukan bagi perilaku seseorang terutama dalam menggunakan NAPZA (Purwanto,2001; Sudarsono, 2004). Sebagian orang tua terlalu memaksakan kehendak pada anaknya, sehingga anak terpaksa berperilaku sesuai kehendak orang tua. Disisi yang lain seorang anak justru ingin menunjukkan sikap kemandiriannya dalam menentukan masa depan. Hal ini yang seringkali menimbulkan konflik pada diri anak tersebut.

Hal yang paling sering dipaksakan orang tua adalah pemilihan sekolah dan jurusan yang harus dipilih. Sering orang tua paling berkuasa menentukan pilihan tersebut. Sebagian orang tua terlalu permisif, artinya terlalu memberikan kebebasan kepada anak dalam hal apapun. Kondisi ini juga kurang baik, karena sebagai individu yang sedang mencari identitas diri perlu dijaga antara tanggung jawab dan kebebasan dalam berperilaku.

Pemda DKI (2001) mengemukakan bahwa orang tua berkewajiban meletakkan dasar perkembangan kepribadian yang kokoh bagi anak, dengan menjadikan dirinya panutan, tidak banyak menuntut anak, memiliki norma yang jelas tentang baik/buruk dan benar/salah, membimbing anak dengan kasih sayang dan perhatian serta kepedulian. Hal ini akan tercermin dalam komunikasi antar anggota keluarga.

Komunikasi merupakan bagian penting dalam interaksi remaja dengan keluarga. Keluarga perlu menciptakan komunikasi yang efektif dan terbuka dengan remaja (Friedman, 1998; Pemda DKI, 2001; Purwanto, 2002; Sudarsono, 2004). Komunikasi efektif perlu dilatih dalam sikap dialog terbuka, "*win-win solution*" (tidak kalah dan tidak menang), tidak banyak memberi ceramah, mau peduli dan empati. Dari beberapa hasil penelitian yang sudah dilakukan, disepakati bahwa membangun jalinan komunikasi yang *intens* antara orangtua dan anak merupakan alat yang ampuh untuk dapat mencegah anak menggunakan NAPZA.

Penempatan dan penanaman nilai agama dan norma dalam keluarga sangat penting dalam usaha membentengi anggota keluarga terutama anak terhadap perilaku penyalahgunaan NAPZA. Norma yang mantap tentang mana yang baik dan mana yang benar meminimalkan kebingungan terhadap anak dan perlu dilakukan sedini mungkin dalam keluarga.

Perilaku sehat keluarga menjadi salah satu hal yang mempengaruhi seseorang atau anak dalam penyalahgunaan NAPZA sehingga dapat menjadi penyebab berbagai gangguan kesehatan bagi anggota keluarga, maka pengenalan terhadap kemungkinan gangguan kesehatan juga merupakan salah satu 5 tugas kesehatan keluarga (Friedman, 1998). Tidak mudah bagi keluarga untuk mengenali seseorang yang menggunakan NAPZA oleh sebab itu pengenalan dini tanda-tanda penyalahgunaan NAPZA harus diinformasikan seperti; perilaku agresif atau menghindar, sering bolos sekolah, sering pulang larut malam tanpa alasan yang jelas, sering dikamar sendirian dan lain sebagainya. Fungsi ini perlu dilakukan terus-menerus oleh keluarga.

Tenaga kesehatan yang berada ditengah-tengah masyarakat perlu memperkuat dan meningkatkan kemampuan keluarga dalam melaksanakan tugas-tugas kesehatan keluarga. Dalam pelaksanaan tugasnya di masyarakat seorang tenaga kesehatan perlu mempertimbangkan aspek psikologis keluarga. Konseling terpadu dapat dijadikan salah satu wadah keluarga dalam mengatasi masalah baik yang aktual maupun ancaman terhadap kesehatan anggota keluarga mereka.

Berbagai pola hidup yang muncul dikeluarga menimbulkan suasana baik kondusif maupun tidak kondusif yang akan mempengaruhi perilaku sehat anggota keluarga (anak) salah satunya adalah dalam hal penyalahgunaan NAPZA. Lingkungan keluarga yang tidak kondusif seperti tidak berjalannya komunikasi yang efektif dalam keluarga akan menyebabkan semakin muda usia seseorang menggunakan NAPZA untuk pertama kalinya. Menurut hasil penelitian Sanie, Susy YR dan Murniati Agustian yang disampaikan dalam semiloka di Unirversitas Atmajaya (2005) didapatkan bahwa sebagian besar pengguna NAPZA dan mantan pengguna pertama kali mulai menggunakan NAPZA ketika di usia SMP dan SMA, hanya sedikit yang baru mulai di Perguruan Tinggi (PT) walaupun ada juga yang sudah mulai di SD.

B. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini belum melihat secara luas masalah penyalahgunaan NAPZA, karena penyalahgunaan NAPZA ini melibatkan banyak faktor baik internal maupun eksternal. Penelitian ini hanya melihat hubungan salah satu faktor eksternal yang berkontribusi terhadap penyalahgunaan NAPZA oleh seseorang yaitu lingkungan keluarga, sehingga diperlukan penelitian dengan metode yang mampu melihat secara luas dengan jumlah responden lebih banyak yaitu dengan *cohort study*. Dalam pengambilan data ditemui beberapa keterbatasan yaitu tidak semua responden bersedia mengisi angket yang diberikan setelah diberi penjelasan oleh peneliti dengan berbagai alasan seperti; tergesa-gesa ke tempat lain setelah berobat dan juga karena terdapat penelitian lain (dari psikologi) dengan angket yang jumlah item pertanyaan sangat banyak sehingga menimbulkan kebosanan pada calon responden.

BAB VII

SIMPULAN DAN SARAN

Dalam BAB ini akan diuraikan kesimpulan dan saran untuk melihat kelemahan dan kekuatan yang ada dalam penelitian ini. Berikut uraiannya ;

A. Simpulan

1. Gambaran data karakteristik responden menunjukkan umumnya responden adalah laki-laki (93,7 %), pendidikan terakhir responden lebih dari setengahnya adalah SMA (64,6 %), usia responden saat ini lebih dari setengahnya berusia ≥ 25 tahun (54,4 %) dan jenis NAPZA yang paling banyak digunakan pertama kali adalah ganja/marijuana (54,4 %).
2. Adanya hubungan yang sangat signifikan antara lingkungan keluarga dengan usia pertama menggunakan NAPZA ($P_v = 0,000$). Semakin tidak kondusif keluarga semakin awal seseorang tersebut menggunakan NAPZA. Terdapat nilai OR 6,000, artinya lingkungan keluarga yang kurang kondusif berpeluang 6 kali mengakibatkan semakin muda usia awal menggunakan NAPZA dibanding keluarga yang kondusif.
3. Tidak ada hubungan yang signifikan antara lingkungan keluarga dengan tingkat penyalahgunaan NAPZA ($P_v = 0,401$).

B. Saran

1. Pelayanan Keperawatan di Komunitas

Lingkungan keluarga yang kondusif sangat dibutuhkan dalam menghindarkan seseorang menggunakan NAPZA dalam usia sangat muda dengan mengoptimalkan fungsi dan tugas perkembangan keluarga. Perawat dalam fungsinya sebagai salah satu tenaga kesehatan yang diharapkan jadi penemu kasus dini di masyarakat perlu mengenali apakah tugas perkembangan keluarga sudah terpenuhi, identifikasi ciri-ciri awal penggunaan NAPZA saat melaksanakan tugasnya dimasyarakat. Diharapkan perawat yang melaksanakan tugasnya dimasyarakat lebih peka terhadap berbagai perubahan dimasyarakat khususnya keluarga.

2. Pelayanan Keperawatan di Klinik

Kerjasama dengan keluarga sangat penting dalam usaha penanggulangan perilaku penyalahgunaan NAPZA pada anggota keluarga terutama anak yang berusia remaja. Salah satu wadah yang dapat digunakan perawat adalah saat melaksanakan perannya dalam masyarakat. Perawat perlu menelaah keluarga yang berisiko lebih besar mengalami berbagai konflik yang menimbulkan lingkungan yang tidak kondusif terhadap anggota keluarganya khususnya anak. Untuk di klinik-klinik rehabilitasi perlu dilaksanakan konseling terpadu tentang penyalahgunaan NAPZA.

3. Penelitian selanjutnya

Diharapkan ada penelitian lebih lanjut dapat dilakukan dengan desain penelitian yang lebih mampu menggali hubungan lingkungan keluarga dengan perilaku penyalahgunaan NAPZA seperti dengan *cohort study*. Dan tidak hanya melihat hubungan lingkungan keluarga saja juga faktor lain yang ikut berkontribusi terhadap penyalahgunaan NAPZA baik eksternal maupun internal pengguna.



DAFTAR PUSTAKA

- Asbanu. (2000). *Mengapa Remaja Menggunakan NAPZA (Riset kualitatif)*: Tidak dipublikasikan
- Badan Narkotika Nasional. (2004). *Komunikasi Penyuluhan Pencegahan Penyalahgunaan Narkoba*. Jakarta: BNN
- Depkes RI. (2003). *Kemitraan Menuju Indonesia Sehat 2010*. Jakarta: Depkes RI
- .(2001). *Buku Pedoman Tentang Masalah Medis Yang Terjadi Ditempat Rehabilitasi Pada Pasien Ketergantungan NAPZA*. Jakarta: Depkes RI
- .(2001). *Buku Pedoman Praktis Bagi Petugas Puskesmas Mengenai Penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat adiktif lainnya (NAPZA)*. Jakarta: Depkes RI
- .(2001). *Informasi Penanggulangan NAPZA Secara terpadu (Pedoman Bagi keluarga)*. Jakarta: Depkes RI
- .(2002). *Pedoman Kemitraan : Promosi Kesehatan dengan Lembaga Swadaya Masyarakat*. Jakarta: Depkes RI
- Friedman, M. (1998). *Family Nursing (Research, Theory & Practice)*. California: Connecticut
- Gordis, Lecn. (1996). *Epidemiology*. USA: W.B. Saunders Company
- Green, W.L (1980). *Health Education Planing, A Diagnostik Approah*. California: Mafiel Publishing Company
- Infonarkoba. (2005). *Penyalahgunaan NAPZA pada Remaja*, Diambil pada 1 Oktober 2005 dari hhttp : // Infonarkoba.com
- Kohlberg, L. (1980). *Stage and Sequence: the cognitive developmental approach to socialization*. Avery Publishing Group Inc
- Kozier, B at all. (2004). *Fundamentals of Nursing (Concepts, Process and Practice)*. New Jersey: Pearson Prentice Hall
- Latifah, L. (2001). *Persepsi Orang Tua tentang Penyalahgunaan NAPZA pada anak Remaja*.: Tidak dipublikasikan
- Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta

- Nusaindah Tripod. (2005). *Komunikasi Orang Tua-Anak Mencegah Penyalahgunaan Alkohol Dan Obat-obatan*, Diambil pada 8 Maret 2005 dari [http : // Nusa Indah Tripod.com](http://NusaIndahTripod.com)
- Pemda DKI. (2001). *Penanggulangan Terpadu Penyalahgunaan Narkoba Berbasis Masyarakat di DKI Jakarta*. Jakarta: Pemda DKI
- Purwanto. (2001). *Mengenal dan Mencegah Bahaya Narkotik*. Bandung: CV.Pionir Jaya
- Riyanto. (2002). *Analisis Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap Perilaku Sehat Siswa SLTP Negeri Wilayah Jakarta Timur Dalam Konteks Keperawatan Komunitas Tahun 2002 (Tesis)*. Jakarta: Tidak dipublikasikan.
- Sudarsono. (2004). *Kenakalan Remaja*. Jakarta : Rineka Cipta
- Stuart,G. W & Laraia,M.T. (1998). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* : Mosby
- Tasman. (2005). *Hubungan Lingkungan Eksternal Remaja dengan Resiko Penyalahgunaan NAPZA pada Siswa di SMU dan SMK Kec. Beji Kota Depok (Tesis)*: Tidak dipublikasikan.
- Tempo Interaktif. (2004). *97 Persen Masyarakat Jakarta Tahu Bahaya Narkoba*. Diambil pada 8 Maret 2005 dari [http : // Tempointeraktif. com](http://TempoInteraktif.com)
- Wong, D.L (1999). *Nursing Care of Infants and Children*. USA : Mosby
- Yani, A. (1999). *Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa Pada Anak dan Remaja*. Jakarta: Widya Medika

PENJELASAN PENELITIAN

Kami yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama : Muharriza

Yuli Nirmala Sari

Pekerjaan : Mahasiswa Program Ekstensi Pagi Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Alamat : Kampus Baru Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia DEPOK

Nomor telepon yang dapat dihubungi : 08174933599 (Muharriza)

08159349839 (Yuli Nirmala Sari)

Dengan ini menjelaskan, bahwa kami akan melakukan penelitian dengan judul :

“Hubungan lingkungan keluarga dengan perilaku penyalahgunaan NAPZA di RSKO Jakarta.

Penelitian ini hanya untuk kepentingan studi kami. Kami mengharapkan kesediaan Saudara menjadi responden penelitian kami, dengan hak-hak Saudara sebagai berikut :

1. Identitas Saudara hanya diketahui oleh peneliti, dan hanya perlu diisi pada lembaran persetujuan.
2. Jika Saudara keberatan, Saudara boleh mengundurkan diri.
3. Penelitian ini tidak akan menimbulkan kerugian fisik, moral maupun materil.
4. Data hasil penelitian ini hanya untuk kepentingan pengembangan ilmu pengetahuan.

Sebelum penetapan responden, terlebih dahulu ditentukan kriteria dalam penyeleksian responden. Adapun responden yang terpilih memenuhi kriteria sebagai berikut ;

- ❖ Sedang berobat di RSKO Jakarta.
- ❖ Dapat membaca dan menulis

Setelah membaca penjelasan diatas maka kami mengharapkan kesediaan Saudara untuk memberikan jawaban sejujurnya, jawaban yang Saudara berikan adalah apa yang **Saudara rasakan, alami, atau persepsi Saudara**, agar hasil penelitian kami ini berguna bagi pengembangan ilmu, terutama ilmu keperawatan.

Jakarta, Desember 2005
Peneliti,

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, bersedia dan tidak merasa keberatan menjadi responden penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa **PROGRAM EKSTENSI PAGI FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN UNIVERSITAS INDONESIA** atas nama **MUHARRIZA** dan **YULI NIRMALA SARI**, dengan judul penelitian : **HUBUNGAN LINGKUNGAN KELUARGA DENGAN PERILAKU PENYALAHGUNAAN NAPZA PADA KLIEN DI RSKO JAKARTA**

Saya percaya bahwa penelitian ini tidak akan mengakibatkan kerugian kepada saya baik secara fisik, moril maupun materil. Apabila ada hal-hal yang terjadi diluar dugaan saya selama berpartisipasi dalam penelitian ini saya **berhak** menolak atau tidak melanjutkan keikutsertaan saya dalam penelitian ini.

Demikian persetujuan ini saya buat dengan sejujur-jujurnya dan tanpa paksaan pihak manapun.

Jakarta, Desember 2005

Responden,

(-----)

Nama dan Tanda Tangan

KUESIONER

JAWAB APA ADANYA, SESUAI APA YANG SAUDARA ALAMI, LAKUKAN ATAU SAUDARA LIHAT, TIDAK AKAN BERPENGARUH NEGATIF TERHADAP SAUDARA)

A. DATA KARAKTERISTIK RESPONDEN

KODE RESPONDEN :

(Diisi oleh Peneliti)

- | | |
|--|----------------|
| 1. Jenis Kelamin | 1. Laki – Laki |
| | 2. Perempuan |
| 2. Usia Saat ini | Tahun |
| 3. Pendidikan Terakhir / Saat ini (Jika masih sekolah) | |

B. LINGKUNGAN KELUARGA

Jawablah pertanyaan dibawah ini sesuai dengan apa yang anda alami sebelum anda menggunakan NARKOBA (Alkohol dan Obat-obat terlarang)

TP = Tidak Pernah, KD = Kadang-kadang, SR = Sering, SL = Selalu) (BERI TANDA “ V”)

NO	PERNYATAAN	TP	KD	SR	SL
1.	Orang tua saya memberikan hukuman jika saya melanggar aturan yang ditetapkan keluarga.				
2.	Orang tua saya marah jika saya menentang keinginannya				
3.	Orang tua saya memberikan contoh perilaku yang baik sebelum menyuruh saya berperilaku baik.				
4.	Orang tua memaksa saya dalam memilih sekolah yang harus saya masuki.				
5.	Orang tua saya memberikan kebebasan kepada saya untuk berperilaku apapun.				
6.	Ayah dan Ibu saya menerapkan disiplin yang sama kepada saya.				
7.	Orang tua saya demokratis dalam memimpin keluarga.				
8.	Orang tua saya mendidik saya dengan kasih sayang.				
9.	Keluarga saya pergi rekreasi bersama.				
10.	Keluarga saya kelihatan tenang.				
11.	Keluarga saya membiasakan makan bersama minimal 1 kali sehari				
12.	Orang tua saya memberikan pujian jika saya berprestasi				
13.	Orang tua saya membanding-bandingkan antara saya dengan saudara saya				
14.	Orang tua saya bertengkar dihadapan anak-anaknya.				
15.	Saya bertengkar dengan saudara saya.				
16.	Orang tua saya menjelaskan kepada saya apa yang boleh dilakukan.				
17.	Orang tua saya menjelaskan kepada saya apa yang tidak boleh dilakukan.				
18.	Orang tua mendengarkan keluhan saya.				
19.	Orang tua meminta pendapat saya jika akan mengambil sebuah keputusan.				

20.	Orang tua saya menyediakan waktu untuk berdiskusi dengan saya.				
21.	Saya diberi kebebasan dalam mengemukakan pendapat.				
22.	Orang tua saya menghargai pendapat saya.				
NO	PERNYATAAN	TP	KD	SR	SL
23.	Orang tua saya menjalankan ajaran agamanya				
24.	Orang tua saya mengajak anak-anaknya agar menjalankan ajaran agama.				
25.	Keluarga saya mengikuti kegiatan keagamaan dilingkungan tempat tinggal saya.				
26.	Orang tua mengajarkan perilaku mana yang baik kepada anak-anaknya.				
27.	Orang tua memberitahukan perilaku mana yang tidak boleh dilakukan kepada anak-anaknya.				
28.	Orang tua saya menjadikan agama sebagai standar perilaku sehari-hari.				
29.	Orang tua saya mendiskusikan masalah seks dengan anak-anaknya.				
30.	Orang tua saya menyediakan buku-buku yang berkaitan dengan kesehatan anak remaja.				
31.	Orang tua saya memperhatikan kondisi kesehatan saya.				
32.	Orang tua saya memberitahukan bahaya merokok.				
33.	Orang tua saya memberitahukan bahaya minum alkohol.				
34.	Orang tua saya memberitahukan bahaya obat-obat terlarang (NARKOBA).				

(BERI TANDA "V" SESUAI KONDISI KELUARGA SAUDARA)

NO	PERNYATAAN	YA	TIDAK
35	Orang tua saya merokok		
36	Orang tua saya minum alkohol		
37	Orang tua saya mengkonsumsi NAPZA		
38	Saudara saya ada yang merokok		
39	Saudara saya ada yang suka minum alkohol / mabuk-mabukan		
40	Saudara saya ada yang mengkonsumsi NAPZA		
41	Orang tua saya pengedar NAPZA		
42	Saudara saya ada yang menjadi pengedar NAPZA		

C. PERILAKU PENYALAHGUNAAN NAPZA

- | | |
|----|---|
| 1. | Pada usia berapa pertama kali anda mengkonsumsi NAPZA : Tahun |
| 2. | Jenis NAPZA yang pertama kali anda konsumsi : |

SILAH SESUAI DENGAN KONDISI YANG SAUDARA ALAMI, DENGAN MEMBERI TANDA “V” SEBELUM DATANG KE PELAYANAN KESEHATAN DI RSKO JAKARTA)

NO	PERNYATAAN	YA	TIDAK
1.	Apakah sebelum datang ke RSKO anda memiliki hasrat yang sangat kuat untuk menggunakan NAPZA (“suges atau nagih”)		
2.	Apakah anda sulit atau tidak mungkin mengendalikan penggunaan NAPZA anda pada waktu sebelum datang ke RSKO		
3.	Apakah anda pernah mengalami gejala putus zat (sakau) bila tidak menggunakan NAPZA sebelum datang ke RSKO		
4.	Apakah anda menggunakan NAPZA untuk menghindari atau menghilangkan gejala putus zat sebelum datang ke RSKO		
5.	Apakah anda membutuhkan NAPZA lebih banyak lagi untuk dapat merasakan efek fisik dan mental yang sama (toleransi) sebelum datang ke RSKO		
6.	Sebelum datang ke RSKO, apakah anda cenderung untuk tidak mengganti-ganti pola penggunaan NAPZA anda		
7.	Apakah anda semakin mengabaikan kesenangan dan minat lainnya demi memuaskan penggunaan NAPZA anda sebelum datang ke RSKO		
8.	Apakah anda mengalami dampak buruk psikologis dan fisik akibat penggunaan NAPZA anda sebelum datang ke RSKO		
9.	Apakah anda tetap menggunakan NAPZA sekalipun anda mengetahui dengan jelas dampak yang ditimbulkan sebelum datang ke RSKO		