

362.283

PRA

F 01

**FAKTOR PREDIKSI TERJADINYA KEKAMBUHAN
PADA PENYALAHGUNA NAPZA PASKA PENGobatan
DI PANTI PAMARDI PUTRA MANDIRI- SEMARANG
JAWA TENGAH**



TESIS

**untuk memenuhi sebagian persyaratan
mencapai derajat Sarjana S-2**

**Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Konsentrasi Promosi Kesehatan**

**Endang Prasetyaningsih
E4A 0000 14**

**PROGRAM PASCA SARJANA
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2003**

UPT-POSTAK-UNIP

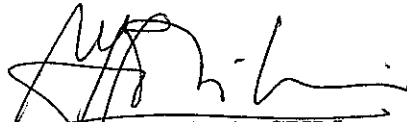
PENGESAHAN TESIS

**FAKTOR PREDIKSI
TERJADINYA KEKAMBUHAN PADA
PENYALAHGUNA NAPZA PASKA PENGOBATAN
DI PANTI PAMARDI PUTRA MANDIRI
SEMARANG - JAWA TENGAH**

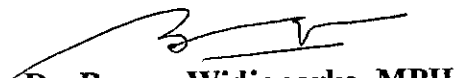
Dipersiapkan dan disusun oleh :
Nama : Endang Prasetyaningsih
NIM : E4A 000014

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji
pada tanggal 18 Juni 2003 dan dinyatakan tesis
memenuhi syarat untuk diterima

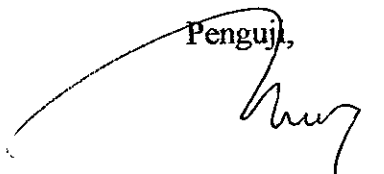
Pembimbing Utama,


Dr. Harbandinah, SKM
NIP : 130354865

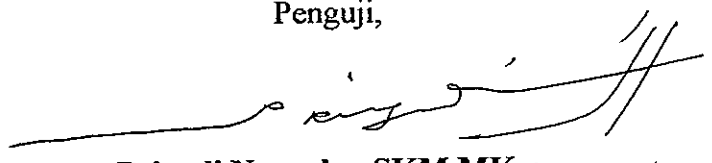
Pembimbing Pendamping,


Dr. Bagoes Widjanarko, MPH
NIP : 131962236

Penguji,

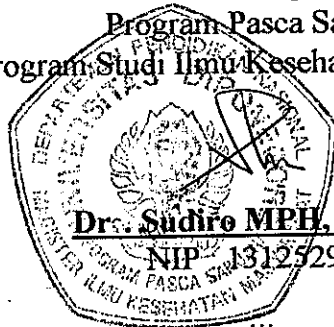

Drs. Karyono, M.Si
NIP : 130701405

Penguji,


Priyadi Nugraha, SKM.MKes
NIP : 132045593

Semarang, Juli 2003

Universitas Diponegoro
Program Pasca Sarjana
Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat



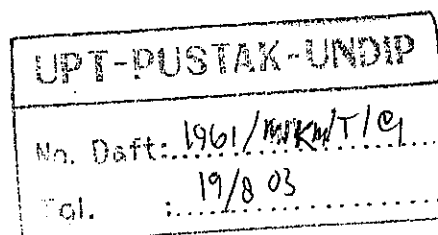
Dr. Sudiro MPH, DR. PH
NIP : 131252965

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa tesis ini adalah hasil pekerjaan saya sendiri dan di dalamnya tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan lembaga pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penerbitan maupun yang belum / tidak diterbitkan sumbernya dijelaskan di dalam tulisan dan daftar pustaka.

Semarang, Mei 2003

Endang Prasetyaningsih



DAFTAR RIWAYAT HIDUP

- Nama Lengkap : Endang Prasetyaningsih
- Tempat/tanggal lahir : Pati, 13 September 1966
- Agama : Islam
- Pendidikan : 1. SD Katolik St. Louisa Cepu
Kabupaten Blora lulus tahun 1979
2. SLTP Negeri 3 Cepu lulus tahun 1982
3. SLTA Negeri 3 Semarang lulus tahun 1985
4. Fakultas Farmasi Universitas Gadjahmada
Yogyakarta lulus tahun 1991
- Pekerjaan : 1. Bagian Riset & Development PT. Nyonya Meneer
Semarang tahun 1992 - 1993
2. Bagian Pengujian Obat Tradisional Balai POM
Semarang tahun 1993-1995
3. Bagian Pengujian Narkotika Balai POM Semarang
tahun 1995 - 1998
4. Staf Seksi Farmasi dan Obat Asli Indonesia Dinas
Kesehatan Prop. Jateng tahun 1998 s/d Sekarang

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penyusunan dan penulisan tesis ini dapat diselesaikan.

Selama menyusun tesis ini penulis telah banyak mendapat bantuan, dorongan, bimbingan, dan arahan dari berbagai pihak mulai saat pembuatan proposal sampai tersusunnya tesis ini. Pada kesempatan yang baik ini dari lubuk hati yang paling dalam penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih kepada yang terhormat Ibu Dr. Harbandinah, SKM dan Bapak Dr. Bagoes Widjanarko, MPH masing-masing sebagai pembimbing utama dan kedua, yang telah mengorbankan waktu, tenaga dan pikiran untuk membimbing penulis dalam menyelesaikan penyusunan penulisan tesis ini.

Pada kesempatan baik ini juga penulis ingin mengucapkan penghargaan dan terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada yang terhormat :

1. Prof DR. Dr. Suharyo Hadisaputro, Sp. PD selaku Direktur Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro Semarang beserta staf.
2. Dr. Sudiro, MPH, DR (Ph) selaku ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang beserta staf.
3. Drg. Zahroh Shaluhiyah, MPH selaku Ketua Konsentrasi Promosi Kesehatan Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang.
4. Drs. Karyono, M.Si dan Priyadi Nugraha, SKM, M.Kes masing-masing sebagai penguji tesis, yang banyak memberikan masukan dan saran-saran.

5. Bapak dan Ibu Dosen Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang.
6. Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah beserta staf yang memberi kesempatan untuk tugas belajar dan memberi dana.
7. Kepala Panti Pamardi Putra Mandiri Semarang beserta staf yang telah memberi ijin untuk penelitian.
8. Ibu Koenmarjati, Ibunda tercinta dan Bapak serta Ibu Warsono yang telah memberikan dorongan moril berupa do'a-do'a.
9. Suamiku tercinta Dwi Antono serta anak-anakku tersayang. Kemal Imran Pratikto, Hasnaa Alyasi Sabrina dan Syarifa Maissara Zain yang dengan setia mendampingi dan memberi dorongan selama penyusunan dan penulisan tesis.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan ini masih banyak kekurangan dan kekeliruan, hal ini disebabkan karena keterbatasan yang ada pada penulis. Oleh karena itu dengan hati tulus penulis menerima kritik dan saran yang bersifat membangun demi kesempurnaan tulisan ini.

Akhirnya penulis berharap semoga tulisan ini dapat berguna bagi para pembaca pada umumnya dan dapat menambah khasanah dunia pustaka pada khususnya.

Semarang, Mei 2003

Penulis,

Endang Prasetyaningsih

E4A000014

ABSTRACT

Endang Prasetyaningsih

The Predict Factor Relaps at Ex-User NAPZA After Therapy at Panti Pamardi Putra Mandiri Semarang - Central Java.

Generally, the aim of this research was to know the determinant factors that have a relationship with a relapse process at ex-user of NAPZA after therapy at Panti Pamardi Putra Mandiri. Specifically, the aim of this research was to know a relationship between: the education, the knowledge, the attitude, the intention, the condition of social economy, the type of NAPZA, the friends of NAPZA user, and the environmental acceptance with a relapse process.

This *Explanatory Research* explained a relationship between the variables by test of hypothesis using *Cross Sectional* approach. The number of samples was 73 ex-users of NAPZA (total population). To collect the data, it used the questioners and in-depth interview. The independent variables were the education, the knowledge, the attitude, the intention, the condition of social economy, the type of NAPZA, the friends of NAPZA user, and the environmental acceptance. The dependent variable was a relapse process as in the following relapses: fast relapse (≤ 6 months) and low relapse (> 6 months).

Data analysis used univariate analysis, bivariate analysis (*Fisher Exact Test, Mann-Whitney U, X^2 , Spearman's rho, and Pearson Chi Square*), and multivariate analysis (*Logistic Regression*).

The result of this research shows that a great part of ex-user of NAPZA are 17-20 years old, graduated from an elementary school, and male. A great part of the relapse characteristics is fast relapse, and the economy status is not for category. The knowledge category of ex-user of NAPZA about relapse is a good enough. A great part of respondents supports program of treatment after therapy. Respondents who have a strong intention to be healthy with a type of NAPZA were included an easy to relapse category. Based on bivariate analysis it showed that there had a significant relationship between education, and friends of NAPZA's user with a relapse. There are no significant relationship among the knowledge, the attitude, the type of NAPZA, the intention, the condition of social economy, the participation in environmental activity, and the environmental acceptance with a relapse process. The result of multivariate analysis shows that the environmental acceptance is a dominant variable to be happened a relapse.

The influences of the friends of NAPZA's user can be minimized by decreasing a contact directly, increasing the positive activities, creating a model which representative an adolescence group with bringing a clean image and a free of NAPZA. It needs to do the further research about the community perception to a user and exuser of NAPZA.

Key words : NAPZA, relaps, internal factor; external
Bibliography : 54, (1987-2001)

DAFTAR ISI

BAB	Halaman
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
INTISARI	xii
I. PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Permasalahan	7
C. Tujuan Penelitian	7
D. Manfaat	8
E. Keaslian Penelitian	9
II. TINJAUAN PUSTAKA	
A. Narkotika Alkohol Psikotropika Zat Adiktif	12
B. Penyalahgunaan NAPZA	18
C. Teori Model Proses Perubahan Perilaku Pada Individu	44

D. Kerangka Teori	50
E. Kerangka Konsep	51
F. Hipotesis	52
G. Variabel Penelitian	53
III. METODE PENELITIAN	
A. Desain Penelitian	54
B. Populasi dan Sampel	54
C. Instrumen Penelitian	55
D. Pengumpulan Data	74
IV. HASIL PENELITIAN	
A. Gambaran Umum Tempat Penelitian	77
B. Hasil Analisa Unvariat	80
C. Hasil Uji Bivariat	91
D. Hasil Uji Multivariat	100
V. PEMBAHASAN	
A. Hasil Uji Bivariat	101
B. Hasil Uji Multivariat	119
VI. KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan	120
B. Saran	122

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Nomor	Halaman
1. Distribusi frekwensi item soal variabel jenis NAPZA yang dipakai	57
2. Distribusi frekwensi item soal variabel pengetahuan tentang kekambuhan	58
3. Distribusi frekwensi item soal variabel sikap terhadap kekambuhan	59
4. Distribusi frekwensi item soal variabel niat untuk sembuh	60
5. Distribusi frekwensi item soal penerimaan lingkungan	61
6. Distribusi frekwensi item soal variabel komunikasi dalam keluarga	61
7. Distribusi frekwensi item soal variabel keaktifan dalam kegiatan di Lingkungan	62
8. Distribusi frekwensi item soal variabel pengaruh teman pemakai NAPZA	63
9. Distribusi umur responden berdasarkan kelompok umur	80
10. Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan	81
11. Distribusi frekwensi pengetahuan responden tentang kekambuhan	82
12. Distribusi frekwensi sikap responden terhadap kekambuhan	83
13. Distribusi frekwensi responden berdasarkan jenis NAPZA yang dipakai	84
14. Distribusi frekwensi responden berdasarkan niat untuk sembuh	85
15. Distribusi frekwensi berdasarkan agama	85
16. Distribusi frekwensi responden berdasarkan komunikasi dalam keluarga	86

17. Distribusi frekwensi responden berdasarkan tingkat sosial ekonomi	87
18. Distribusi frekwensi responden berdasarkan keaktifan dalam kegiatan di lingkungan	88
19. Distribusi frekwensi responden berdasarkan teman pemakai NAPZA	89
20. Distribusi frekwensi responden berdasarkan penerimaan lingkungan	89
21. Distribusi frekwensi responden berdasarkan kambuh kembali	90
22. Hubungan pendidikan dengan terjadinya kekambuhan	91
23. Hubungan antara pengetahuan dengan terjadinya kekambuhan	92
24. Hubungan antara sikap terhadap terjadinya kekambuhan	93
25. Hubungan antara jenis NAPZA yang dipakai dengan terjadinya kekambuhan	94
26. Hubungan antara niat untuk sembuh dengan terjadinya kekambuhan	95
27. Hubungan antara agama dengan terjadinya kekambuhan	95
28. Hubungan antara tingkat sosial ekonomi dengan terjadinya kekambuhan	97
29. Hubungan antara teman pemakai NAPZA dengan terjadinya kekambuhan	98
30. Hubungan antara penerimaan lingkungan dengan terjadinya kekambuhan	99
31. Tabel hasil uji multivariat	100

DAFTAR GAMBAR

Nomor	Halaman
1. Tahapan suatu keadaan	42
2. Kerangka teori penelitian	50
3. Kerangka konsep penelitian	51

DAFTAR LAMPIRAN

1. Hasil uji validitas dan reliabilitas variabel : pendidikan, pengetahuan, sikap, jenis NAPZA yang dipakai, niat, komunikasi dalam keluarga, tingkat sosial ekonomi, keaktifan dalam kegiatan di lingkungan, teman pemakai NAPZA dan penerimaan lingkungan.
2. Instrumen Penelitian
3. Peta Lokasi PPP Mandiri Semarang
4. Struktur Organisasi PPP Mandiri Semarang
5. Data Hasil Olah Uji Deskriptif
6. Data Hasil Olah Uji Bivariat
7. Data Hasil Olah Uji Multivariat
8. Surat Rekomendasi Penelitian
9. Surat Keterangan Penelitian

INTISARI

Endang Prasetyaningsih

Faktor Prediksi Terjadinya Kekambuhan Pada Penyalahguna Napza Paska Pengobatan Di Panti Pamardi Putra Mandiri Semarang - Jawa Tengah

Secara umum tujuan penelitian ini untuk mengetahui faktor-faktor Prediksi yang berhubungan dengan proses kambuh kembali pada mantan penyalahguna NAPZA sesudah mengalami terapi / perawatan di Panti Pamardi Putra Mandiri. Secara khusus bertujuan untuk mengetahui hubungan faktor : pendidikan, pengetahuan, sikap, niat, keadaan sosial ekonomi, jenis NAPZA yang dipakai. Teman pemakai NAPZA serta penerimaan lingkungan dengan proses kekambuhan yang terjadi.

Penelitian bersifat *explanatory* yaitu menjelaskan hubungan antara variabel melalui pengujian hipotesa, dengan menggunakan pendekatan *Cross - sectional*. Sampel terdiri dari 73 mantan penyalahguna NAPZA, semua populasi dipilih sebagai sampel. Alat pengumpul data digunakan kuesioner. Variabel bebas adalah item seperti telah disebutkan di atas sedangkan sebagai variabel terikat adalah proses kekambuhan yang terjadi yaitu : kekambuhan cepat (≤ 6) bulan dan kekambuhan lambat (> 6) bulan.

Analisis data menggunakan teknik analisis univariat, dan bivariat dengan uji statistik *Fischer exact test*, *Mann-Whitney U*, χ^2 , *Spearman's rho* serta *Pearson Chi Square* dan uji multivariat dengan teknik analisa uji regresi logistik.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa : sebagian besar mantan penyalahguna NAPZA termasuk dalam kelompok umur 17-20 tahun, berpendidikan tamat sekolah dasar, dengan jenis kelamin laki-laki. Karakteristik kekambuhan yang terjadi sebagian besar termasuk kekambuhan cepat, dengan keadaan total ekonomi termasuk kategori cukup.

Pengetahuan mantan penyalahguna NAPZA tentang kekambuhan termasuk kategori sedang, sebagian besar bersikap mendukung terhadap program perawatan paska pengobatan. Responden berniat kuat untuk sembuh dengan jenis NAPZA yang dipakai termasuk kategori mudah kambuh. Hasil uji bivariat menunjukkan ada hubungan antara pendidikan dan teman pemakai NAPZA dengan kekambuhan dan tidak ada hubungan antara : pengetahuan, sikap, jenis NAPZA yang dipakai, niat, keadaan sosial ekonomi, keaktifan dalam kegiatan di lingkungan, dan penerimaan lingkungan dengan proses kambuh kembali. Hasil uji multivariat didapat bahwa penerimaan lingkungan merupakan faktor paling dominan yang berhubungan dengan kekambuhan.

Pengaruh teman pemakai NAPZA dapat diminimalkan dengan meminimalkan kontak langsung dan memperbanyak kegiatan yang positif, selain itu perlu diciptakan model yang mewakili kelompok remaja dengan membawa *image* yang bersih dan bebas NAPZA. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut tentang persepsi masyarakat terhadap penyalahguna dan mantan penyalahguna NAPZA.

Kata kunci : NAPZA, kekambuhan, faktor internal, eksternal

Kepustakaan : 54, (187 - 2001)

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Narkotika, Alkohol, psikotropika dan zat adikif lainnya (NAPZA) adalah obat berbahan dasar narkotika dan psikotropika, yang dengan dosis tertentu (dosis terapi) sangat diperlukan oleh dunia kesehatan, baik untuk pelayanan kesehatan, maupun keperluan penelitian ilmiah lainnya. Sebagai contoh, misalnya : golongan Diazepam sebagai obat penenang dan obat bius / penghilang rasa sakit, golongan Morfin dan turunannya sebagai penyembuh batuk yang kronis, begitu pula dengan beberapa jenis Narkotika yang lain.

Walaupun sebagai obat sangat dibutuhkan oleh masyarakat, tetapi NAPZA sering disalahgunakan. Dampak dari penyalahgunaan NAPZA sangat luas, tidak saja terhadap kesehatan fisik dan mental penyalahguna, akan tetapi berdampak pada ketenangan kehidupan keluarga dan meresahkan masyarakat, antara lain karena dapat menimbulkan masalah kriminalitas. Secara fisik sering dijumpai beberapa komplikasi medik sebagai akibat dari penyalahgunaan NAPZA, antara lain :

1. Penyalahgunaan Heroin melalui suntikan dapat menyebabkan tertularnya Hepatitis B atau C, infeksi HIV / AIDS, endokarditis (infeksi otot jantung), serta infeksi darah (septisemia).

Sedang pada perempuan yang menyalahgunakan heroin pada saat hamil sampai melahirkan akan mengalami gejala putus heroin, yaitu kejang-kejang yang hebat setelah melahirkan.

2. Penyalahgunaan psikostimulansia (ekstasi, shabu, kokain) dapat menyebabkan hipertensi, gangguan pada jantung, perdarahan otak, gangguan jiwa berat seperti psikologis depresi, dan penyakit parkinson.
3. Penyalahgunaan alkohol dapat menyebabkan sakit maag, perdarahan lambung, sirosis hepatis (pengerutan hati), kanker hati, radang kelenjar getah perut (pankreatitis), radang saraf tepi (polineuritis), dan kepikunan (demensia alkoholika).
4. Penyalahgunaan ganja atau tembakau dapat menyebabkan rangsang saluran nafas. Tembakau adalah penyebab utama kanker paru dan organ tubuh lain seperti hati serta kanker pada perokok pasif (menghisap asap rokok orang lain).

Seorang perempuan yang selama hamil tetap merokok akan melahirkan bayi yang kurang sehat dengan berat badan yang kurang. (Sularso, 2001).

Pada perkembangan selanjutnya, peredaran NAPZA mulai merambah negara-negara Asia Tenggara, termasuk Indonesia. Dalam keadaan politik dan perekonomian yang masih tidak menentu, peredaran NAPZA merajalela, menembus segala lapisan masyarakat. Dalam tahun 2001 saja diperkirakan 4 - 5 juta orang Indonesia menderita ketergantungan NAPZA. (Dwiyaning, 2001).

Segmen terbanyak sebagai penyalahguna NAPZA adalah para remaja (usia 18-25 tahun) yang masih berstatus Sekolah Menengah Umum (SMU) atau Mahasiswa. Pada tingkat Nasional dan Regional (Jawa Tengah). Jumlah terbanyak penyalah guna NAPZA adalah remaja, usia 18 s/d 25 tahun (40,6%) dengan tingkat pendidikan SLTA aktif (47,68%), selain itu terdapat data terbaru dari Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah berdasarkan test urine secara kualitatif, yang dilakukan terhadap 5200 pelajar SMU di kota Semarang tahun 2001 sebagai berikut , pemakaian terbanyak oleh siswa SMU di kota Semarang adalah jenis psikotropika (3,92%), yaitu Benzodiazepin.

Secara regional, Jawa Tengah merupakan propinsi yang strategis sebagai jalur lalu lintas jaringan kejahatan NAPZA, mengingat Jawa Tengah adalah sumbu kota dipulau Jawa yang mudah dijangkau oleh pendatang dari kota-kota lain baik melalui darat, laut dan udara.

Masalah penggunaan NAPZA oleh generasi muda atau remaja sangat kompleks, baik latar belakang maupun cara memperoleh, serta tujuan penggunaannya.

Pada umumnya NAPZA disalahgunakan oleh mereka yang kurang mengerti efek samping yang ditimbulkan oleh pemakaiannya, hal tersebut disebabkan antara lain oleh tata budaya, tingkat pendidikan dan karakteristik yang dimiliki oleh masyarakat Indonesia, yaitu sangat menjunjung tinggi nilai-nilai luhur, namun kurang tanggap dan kurang bisa membicarakan hal-hal yang dianggap negatif antara lain mengenai NAPZA. Sehingga NAPZA dengan segala permasalahannya tetap menjadi sesuatu yang misterius bagi kebanyakan masyarakat kita.

Dengan mengetahui/mengenalinya aspek yang paling berpengaruh pada penyalahguna NAPZA dapat dirumuskan dengan tepat cara menanganinya, agar pasien tidak kambuh kembali, karena sebagian besar korban NAPZA yang dirawat sering mengalami keadaan kambuh kembali dan dibutuhkan penanganan baru dengan biaya yang lebih mahal (Dwiyaning, 2001). Banyaknya data yang memberikan gambaran bahwa pasien atau penyalahguna NAPZA mengalami kekambuhan adalah sebagai berikut :

Menurut penelitian Hawari (2001) yang dilakukan dari tahun 1997 s/d 1999 di empat rumah sakit di Jakarta yaitu : RS. Indah Medika, RS. Agung, RS. M. M. Abadi dan RS. M. H. Thamrin, terdapat 2 rumah sakit yang mempunyai pasien kekambuhan cukup besar dan meningkat dari tahun ke tahun, ialah :

- RS. Agung : 39 orang (1977), 41 orang (1998) dan 56 orang (1999)
- RS. Indah Medika : 26 orang (1977), 38 orang (1998) dan 57 orang (1999).

Untuk mengetahui faktor mana yang paling dominan bagi terjadinya kekambuhan pernah dilakukan jajak pendapat terhadap pasien yang dirawat ulang pada 4 rumah sakit di Jakarta dari uraian diatas, ternyata faktor teman (teman kelompok / "*peer group*") paling besar pengaruhnya bagi terjadinya kekambuhan. Dari penelitian Hawari (1990) pengaruh / bujukan teman merupakan 81,3% dari awal seseorang menggunakan NAPZA, dan selanjutnya dari teman itu pula suplai diperoleh untuk pemakaian berikutnya, serta dari teman itu jugalah kekambuhan terjadi. Prosentase pengaruh teman / kelompok sebaya pada proses kekambuhan adalah 58,36%. Hal tersebut lebih tinggi dari kekambuhan yang diakibatkan oleh sugesti (23,21%) dan stress (18,43%).

Selain data diatas terdapat data pasien yang kambuh kembali dari Rumah Sakit Jiwa Pusat "Dr. Amino Gondohutomo", terdapat prosentase pasien kambuh yang cukup besar selama 2 tahun terakhir (2000 s/d 2001), prosentase yang cukup tinggi tersebut ($\pm 70\%$) adalah data pasien kambuhan yang diambil saat mengalami perawatan putus obat "*withdrawl syntoms*" yang sebelum kekambuhan adalah merupakan pasien-pasien rujukan dari berbagai rumah sakit, di Jawa Tengah maupun di luar Jawa Tengah. Dari beberapa pasien kambuhan tujuan pertama dalam mencari perawatan adalah rumah sakit (untuk mengatasi "*withdrawl syntoms*") dengan cara "*detoksifikasi*". Pada penanganannya terdapat beberapa kesulitan yang mungkin ditemui, antara lain : Penderita jenuh dan tidak kooperatif dengan metode penanganan yang diterapkan serta menjadi kebal karena dosis yang digunakan terus meningkat.

Secara teoritis, diduga faktor-faktor yang menyebabkan kambuh kembali pada penyalahguna NAPZA adalah sebagai berikut :

- a. Mantan penyalahguna kembali pada kelompok pemakai.
- b. Kembalinya mantan penyalahguna ketempat yang mengingatkan dia untuk memakai zat itu kembali.
- c. Terdapat gangguan psikiatrik, seperti anxietas, depresi, psikotik atau kepribadian yang mendasari penyalahgunaan zat.
- d. Kurang ada kegiatan.
- e. Adanya rasa malu, bersalah, hampa dan merasa hidupnya tidak berarti.
- f. Adanya sakit fisik yang kronis.

g. Penolakan oleh lingkungan

(Dwiyanney, 2001)

Dari tinjauan teoritis diatas maka dapat diprediksi faktor-faktor *eksternal* yang memungkinkan terjadinya kekambuhan pada penyalahguna NAPZA, sedangkan faktor *internal* dalam penelitian ini adalah berdasarkan teori dari Green (1991) bahwa semua perbuatan / praktek dari manusia adalah setelah melalui perenungan dan sangat dipengaruhi oleh faktor dari dalam / individu itu sendiri yaitu faktor "*Predisposing*" antara lain adalah : Pendidikan, pengetahuan, sikap, niat/motivasi, dll, dalam pernyataan tersebut tidak terkecuali pula pada praktek penyalahgunaan NAPZA.

Atas dasar uraian diatas, maka perlu suatu penelitian tentang faktor-faktor yang melatarbelakangi terjadinya kekambuhan pada penyalahguna NAPZA dengan judul : "Faktor Determinan Terjadinya Kekambuhan Pada Penyalahguna NAPZA Paska Pengobatan", yang berusaha mengungkap apa saja yang melatarbelakangi penyalahguna NAPZA sehingga menyalahgunakan kembali zat tersebut, penelitian ini dimaksudkan demi kepentingan rehabilitasi paska penanganan/perawatan korban.

B. Permasalahan

Dari data-data yang ada serta penelitian terdahulu dapat disimpulkan bahwa sebagian besar kekambuhan disebabkan oleh faktor-faktor yang ada dalam diri penyalahguna (faktor internal) dan faktor di luar penyalahguna (faktor eksternal), yang pada penelitian ini akan diuji hubungannya.

Apakah faktor internal (pendidikan, pengetahuan, sikap, jenis NAPZA yang dipakai, niat, agama) dan faktor eksternal (komunikasi dalam keluarga, ekonomi, fasilitas dan keaktifan dalam kegiatan di lingkungan, pengaruh teman pemakai NAPZA, dan penerimaan lingkungan), berhubungan terhadap terjadinya proses kambuh kembali pada penyalahguna NAPZA.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum :

Untuk mengetahui faktor internal dan faktor eksternal yang berpengaruh terhadap proses terjadinya kambuh kembali pada penyalahguna NAPZA.

2. Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan karakteristik penyalahguna NAPZA yang kambuh kembali.
- b. Mendeskripsikan faktor internal (pendidikan, pengetahuan, sikap, jenis NAPZA yang dipakai, niat, agama)

- c. Mendeskripsikan faktor eksternal (komunikasi dalam keluarga, tingkat sosial, ekonomi, keaktifan dalam kegiatan di lingkungan, teman pemakai NAPZA, penerimaan lingkungan)
- d. Menganalisis hubungan masing-masing faktor internal dengan kambuh kembali.
- e. Menganalisis hubungan masing-masing faktor eksternal dengan kambuh kembali.
- f. Menganalisis faktor utama yang paling berpengaruh pada proses kambuh kembali.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Dinas Kesehatan, hasil penelitian ini diharapkan menjadi masukan dalam perencanaan program pencegahan dan penanganan NAPZA secara lebih komprehensif dan integratif.
2. Bagi Panti Rehabilitasi korban NAPZA, data dari penelitian ini menjadi masukan yang berguna, untuk melengkapi proses dengan *rehabilitasi* paska penanganan korban.
3. Bagi LSM dan pihak terkait peduli NAPZA, sebagai masukan untuk memudahkan koordinasi dalam mensikapi penyalahguna NAPZA, sehingga dicapai penanganan secara transparan dan simultan guna memberantas penyalahguna NAPZA.

4. Bagi keluarga korban, sebagai masukan untuk terlibat dan bersikap proaktif serta seksama mengikuti perkembangan korban dalam proses rehabilitasi, sehingga dapat dicapai penyembuhan secara tuntas.
5. Bagi Lingkungan Akademisi, penelitian ini dapat memperluas dan memperkaya pandangan ilmiah, khususnya mengenai penyalahgunaan NAPZA oleh para remaja.
6. Bagi Peneliti, penelitian ini merupakan wadah untuk menerapkan ilmu yang diperoleh selama pendidikan, yaitu Promosi Kesehatan, bahwa salah satu cara untuk menanggulangi kekambuhan adalah dengan kegiatan preventif dengan melalui pendidikan tentang cara pencegahan dan penanggulangan penyalahgunaan NAPZA.

E. Keaslian Penelitian

Penelitian tentang Faktor prediksi Terjadinya Kekambuhan Pada Penyalahguna NAPZA, sepanjang pengetahuan penulis belum pernah dilakukan. Namun, demikian, ada beberapa penelitian tentang permasalahan NAPZA yang pernah dilakukan, yaitu :

1. Penelitian Aswanto (1992) yang berjudul "Narkotika dan Dampaknya Terhadap Generasi Muda Dalam Rangka Pembinaan Ketahanan Nasional" yang dilakukan di Surabaya. Penelitian mengungkap masalah yang terjadi di kalangan remaja dalam penyalahgunaan NAPZA, dan masalah tersebut bukan hanya masalah kesehatan, tetapi dapat berkembang menjadi masalah sosial yang mengancam stabilitas keamanan dan ketahanan Nasional.

2. Penelitian Romli Atmasasmita (1996) yang berjudul “Tindak Pidana Narkotika Transnasional Dalam Sistem Hukum Pidana Indonesia”, penelitian ini mengungkap bahwa sudah saatnya Indonesia mempunyai peraturan perundang-undangan tentang tindak pidana narkotika dalam bentuk UU Hukum Pidana Khusus yang tidak menyimpang dari KUHP.
3. Penelitian berupa “Polling Pendapat” tentang penyalahgunaan NAPZA, yang dilakukan litbang Kompas terhadap 841 pemilik telepon di daerah Tangerang dan Bekasi, dari 31 Agustus s/d 2 September 1999, menyebutkan bahwa pemerintah tidak serius dalam menangani kasus Narkoba.
4. Penelitian Laboratorium SMF Ilmu Penyakit Dalam FK UNUD / RSUP Sanglah Denpasar tentang kasus penyalahgunaan NAPZA, dari Januari 1998 s/d Desember 1999, mengungkap bahwa 30 responden keracunan opiat, 26 diantaranya menggunakan Morphin dan Heroin dengan alat suntik dan alat hisap.
5. Penelitian Sally Asbanu (2000), berjudul “Narkoba atau Korupsi ?, Kenyataan Masalah Narkoba di Indonesia”, Penelitian mengungkap kegagalan pemerintah dalam menegakkan hukum (karena terjadi korupsi sistem keadilan) dalam mengatasi permasalahan NAPZA di Indonesia.
6. Penelitian Rahayu Margiyani (2001), berjudul “Studi Kualitatif Penerapan Undang-undang No. 22 Tahun 1997 Tentang Narkotika dan Undang-undang No. 5 Tahun 1997 Tentang Psikotropika Terhadap Peredaran NAPZA Ilegal di Kota Semarang”. Penelitian ini membahas permasalahan yang berhubungan dengan penerapan UU tentang Narkotika dan Psikotropika.

Pada penelitian yang penulis lakukan adalah mendeskripsikan faktor-faktor prediksi mana yang berhubungan pada peristiwa kambuh kembali dan menganalisis hubungan masing-masing faktor dengan peristiwa kambuh kembali, serta mencari faktor yang paling berpengaruh, agar didapat informasi yang tepat untuk merumuskan penanggulangannya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Penyalahgunaan narkoba dewasa ini telah mencapai situasi yang mengkhawatirkan sehingga menjadi masalah Nasional bahkan Internasional yang mendesak untuk segera diatasi. Indonesia saat ini bukan hanya merupakan daerah transit tetapi telah menjadi daerah pemasaran ,bahkan produsen narkoba. Penggolongan jenis-jenis narkoba beserta turunannya adalah sebagai berikut:

A. Narkotika Alkohol Psikotropika Zat Adiktif.

1. Pengertian NAPZA :

NAPZA adalah kependekan dari narkotik, alkohol, psikotropika dan zat adiktif.

a) Narkotika

Pengertian narkotika yang dinyatakan dalam Undang-Undang Nomor : 22 Tahun 1997 Pasal 1, adalah:

" Narkotika adalah zat atau obat yang berasal dari tanaman baik sintetis maupun semisintetis yang dapat menyebabkan penurunan atau, perubahan kesadaran, hilangnya rasa, mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri dan dapat menimbulkan ketergantungan, yang dibedakan ke dalam golongan-golongan sebagaimana terlampir dalam Undang-Undang ini, atau yang kemudian ditetapkan dengan Keputusan Menteri Kesehatan ".

Penggolongan narkotika dalam UU Nomor 22 Tahun 1997 adalah sebagai berikut:

1) Narkotika Golongan I

Narkotika, golongan I adalah narkotika yang hanya dapat digunakan untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan dan tidak digunakan dalam terapi, serta mempunyai potensi sangat tinggi mengakibatkan ketergantungan jenis narkotika golongan I, antara lain : opium mentah, opium masak, tanaman koka, daun koka, kokain mentah, kokain (metil ester-*l*-benzoil ekgokina), tanaman ganja, tanaman papaver somniferum L dan semua bagian-bagiannya, kecuali bijinya.

2) Narkotika Golongan II

Narkotika golongan II adalah narkotika yang berkhasiat pengobatan, digunakan sebagai pilihan terakhir dan dapat digunakan sebagai terapi dan atau untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi mengakibatkan ketergantungan, termasuk golongan ini antara lain: morfina; fentanil; petidina.

3) Narkotika Golongan III :

Narkotika golongan III adalah narkotika yang berkhasiat pengobatan dan banyak digunakan sebagai terapi dan atau tujuan pengembangan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi ringan

mengakibatkan ketergantungan, jenis narkotika golongan ini antara lain : kodeina; Etil morfina (dionina).

Narkotika adalah zat-zat yang dapat mengakibatkan ketidak sadaran atau pembiusan dikarenakan zat-zat tersebut bekerja mempengaruhi susunan syaraf sentral. Dalam definisi narkotika ini sudah termasuk candu, zat-zat yang dibuat dari candu dan candu sintesis.

Sedangkan definisi dari Biro Bea dan Cukai Amerika Serikat dan buku " Narcotic Identification Manual (Maroef, 1986) antara lain menyatakan bahwa narkotika adalah : candu, ganja, cocain, dan zat-zat bahan mentahnya diambil dari benda-benda tersebut, yakni morphine, heroin, codein, cocain dan termasuk juga narkotika sintetis yang menghasilkan zat-zat, obat-obat, yang tergolong dalam hallusinogen dan stimulant.

Alda dan Bakti (1985) memberikan pengertian tentang narkotika, sebagai berikut :

Narkotika atau obat bius ialah semua bahan-bahan obat, baik yang berasal dari bahan alam ataupun sintesis yang mempunyai efek kerja yang pada umumnya : membiuskan, merangsang, ketagihan, dan menghayal"

b) Psikotropika.

Sedangkan pengertian psikotropika, menurut Pasal 1 Undang-Undang Nomor 5 Tahun 1997 tentang Psikotropika, adalah :

" Psikotropika zat atau obat, baik alamiah maupun sintetis, bukan narkotika, yang berkhasiat psikoaktif melalui pengaruh selektif pada susunan saraf pusat yang menyebabkan perubahan khas pada aktivitas mental dan perilaku ".

Undang-undang No 5 Tahun 1997 tentang Psikotropika, membagi, psikotropika menjadi 4 golongan, berdasarkan tinggi rendahnya potensi mengakibatkan ketergantungan, meliputi

1) Psikotropika Golongan I

Psikotropika golongan I adalah psikotropika yang hanya dapat digunakan untuk tujuan ilmu pengetahuan dan tidak digunakan dalam terapi, serta mempunyai potensi mengakibatkan ketergantungan, termasuk golongan ini meliputi : MDMA (ekstasi), Psilosibina, Psilosina, LSD (lisergik dietilamida), Meskalina (peyot).

2) Psikotropika Golongan II

Psikotropika golongan II adalah psikotropika yang berkhasiat pengobatan dan dapat digunakan dalam terapi dan atau untuk tujuan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi kuat mengakibatkan sindroma ketergantungan, termasuk golongan ini antara lain : Amfetamina, methamfetamina, metakualon, metilfenidat.

3) Psikotropika Golongan III

Psikotropika golongan III adalah psikotropika yang berkhasiat pengobatan dan banyak digunakan dalam terapi dan atau untuk tujuan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi sedang mengakibatkan sindroma ketergantungan, golongan ini antara lain : Amobarbital, flunitrazepam, katina.

4) Psikotropika Golongan IV

Psikotropika golongan IV adalah psikotropika yang berkhasiat pengobatan dan sangat luas digunakan dalam terapi dan atau untuk tujuan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi ringan mengakibatkan sindrom ketergantungan, termasuk golongan ini antara lain : Barbital, bromazepam, diazepam, estazolam, fenobarbital, klobazam, lorazepam, nitrazepam.

c) Alkohol.

Alkohol yang dimaksud dalam pengertian Napza ini adalah, minuman beralkohol yang mengandung ethanol dengan kadar tertentu (Ditjen POM, Dep.Kes RI. 2000).

Minuman beralkohol ini digolongkan menjadi 3 golongan, yaitu :

- 1) Minuman beralkohol golongan A, adalah minuman beralkohol dengan kadar ethanol (C_2H_5OH) 1% sampai dengan 5%.
- 2) Minuman beralkohol golongan B, adalah minuman beralkohol dengan kadar ethanol (C_2H_5OH) 5% sampai dengan 20%.

3) Minuman beralkohol golongan C, adalah minuman beralkohol dengan kadar ethanol (C_2H_5OH) 20% sampai dengan 55%.

d) Zat Adiktif lainnya

Zat adiktif ini antara lain nikotin dalam rokok, ethanol dalam minuman beralkohol dan pelarut lainnya yang mudah menguap seperti aseton, bensin.

B. Penyalahgunaan NAPZA :

Penyalahgunaan NAPZA (narkotika dan psikotropika), menurut UU No. 2/1977 adalah penggunaan narkotika /psikotropika tanpa sepengetahuan dan pengawasan dokter. Ini berarti bahwa pemakaian tersebut dilakukan secara tetap yang bukan untuk tujuan pengobatan, atau yang digunakan tanpa mengikuti aturan takaran yang seharusnya. Penyalahgunaan ini menimbulkan kerusakan fisik, mental, emosi dan hidup sosial bermasyarakat. Penyalahgunaan obat secara tetap ini menyebabkan pengguna merasa ketergantungan pada obat tersebut sehingga menimbulkan kerusakan fisik.

Ketergantungan, menurut Pasal 1 UU NO. 22/1997, adalah gejala dorongan untuk menggunakan narkotika (atau psikotropika) secara terus menerus, toleransi dan gejala putus apabila penggunaan dihentikan. Hal ini berarti, jika seseorang mengalami ketergantungan obat, maka akan terasa sukar bahkan tidak mungkin lepas tanpa bantuan dari luar. Ketergantungan ini bisa bersifat ketergantungan fisik atau ketergantungan psikologis atau emosional. Dasar ketergantungan fisik adalah neurologik, dalam kondisi seperti ini interaksi antara pusat-pusat penerima obat dalam otak dengan narkoba dapat melahirkan keterikatan antara obat dengan sel-sel saraf dan menimbulkan perilaku ketergantungan. Ketergantungan fisik ini dapat mengalami gejala putus obat atau penyakit penghentian, jika penggunaannya berhenti, artinya jika pengguna tidak memakai dalam jangka waktu tertentu, si pecandu mengalami beberapa gejala fisik yang tidak enak, misalnya kejang-kejang, mual, muntah, sulit tidur, gemetar, otot terasa sakit, kejang perut, mencret, berkeringat, pilek dan meriang

atau demam. Obat yang menimbulkan penyakit penghentian itu adalah obat penenang dan golongan opium (WHO. 1991). Istilah lain untuk ketergantungan adalah ketagihan atau kecanduan.

Kecanduan adalah istilah lain untuk ketergantungan obat, tetapi istilah ini dianggap kurang sesuai karena berhubungan dengan kata candu (opium) saja.

Namun demikian istilah ini tetap sering digunakan di kalangan masyarakat.

Dalam penelitian ini, akan tetap diusahakan untuk selalu menggunakan istilah ketergantungan. Perbedaan antara istilah penyalahgunaan atau pecandu dengan pemakai. Meskipun kedua istilah itu sering disamakan, sebenarnya bukan semua pemakai menjadi penyalahguna atau pecandu, sebab ada yang hanya coba-coba, dan ada juga yang hanya memakai dalam batas-batas tertentu yang relatif aman.

1. Mengenali Kelompok Resiko Tinggi

Yang dimaksud dengan kelompok resiko tinggi adalah orang yang belum menjadi pemakai atau terlibat dalam penggunaan NAPZA tetapi mempunyai resiko tinggi untuk terlibat hal tersebut, mereka disebut *potensial user* (calon pemakai / golongan rawan). Mereka adalah orang-orang yang mempunyai karakteristik kepribadian sebagai berikut :

a. Anak

Ciri-ciri anak yang menunjukkan bahwa seorang anak mempunyai resiko tinggi menyalahgunakan NAPZA:

1) Anak hiperaktif

- 2) Anak yang tidak tekun
- 3) Anak yang sulit memusatkan perhatian pada suatu kegiatan
- 4) Anak yang mudah kecewa, menjadi agresif dan destruktif
- 5) Anak yang mudah murung
- 6) Anak yang makan cenderung berlebihan
- 7) Anak yang sudah merokok sejak SD
- 8) Anak yang sadis
- 9) Anak yang sering berbohong, mencuri atau melawan tata tertib
- 10) Anak dengan IQ taraf perbatasan

b. Remaja

Ciri-ciri remaja yang mempunyai resiko tinggi menyalahgunakan NAPZA

- 1) Remaja yang mempunyai rasa rendah diri, kurang percaya diri dan mempunyai citra diri negatif
- 2) Remaja yang tidak bisa menunggu/bersabar yang berlebihan
- 3) Remaja yang diliputi rasa sedih/ depresi atau cemas/ ansietas
- 4) Remaja yang cenderung melakukan sesuatu yang mengandung resiko tinggi/bahaya .
- 5) Remaja yang cenderung memberontak
- 6) Remaja yang tidak mau mengikuti peraturan/ tata nilai yang berlaku
- 7) Remaja yang kurang religius

- 8) Remaja yang berkawan dengan pengguna narkoba
- 9) Remaja dengan motivasi belajar rendah
- 10) Remaja yang tidak suka kegiatan ekstrakurikuler yang positif
- 11) Remaja yang punya hambatan atau penyimpangan dalam perkembangan psikoseksual (pemalu, sulit bergaul, takut dengan lawan jenis, sering masturbasi, kurang bergaul dengan lawan jenisnya)
- 12) Remaja yang mudah menjadi bosan, jenuh, murung dan ketidaksanggupan untuk berfungsi

c. Keluarga

Ciri-ciri keluarga yang mempunyai resiko tinggi menyalahgunakan NAPZA

- 1) Orang tua kurang komunikatif dengan anak terutama ayah
- 2) Orang tua yang terlalu mengatur anak, terutama ibu
- 3) Orang tua yang terlalu menuntut anaknya secara berlebihan agar berprestasi diluar kemampuannya
- 4) Orang tua yang kurang memberi perhatian pada anak karena terlalu sibuk
- 5) Orang tua menjadi penyalahguna NAPZA
- 6) Orang tua yang kurang harmonis, sering bertengkar, berselingkuh atau ayah menikah lagi

- 7) Orang tua yang tidak memiliki standar norma baik - buruk atau benar - salah yang jelas
- 8) Orang tua yang tidak dapat menjadikan dirinya teladan yang baik bagi anak.

(Dinkes Prop. Jateng, 2001)

2. Mengenali Gejala Penyalahguna NAPZA

a. Perubahan fisik

Gejala fisik yang terjadi tergantung jenis zat yang digunakan, tapi secara umum dapat digolongkan sebagai berikut :

- 1) Pada saat menggunakan NAPZA, jalan sempoyongan, bicara pelo, acuh, mengantuk.
- 2) Bila kelebihan dosis, mata dan hidung berair, menguap terus menerus, sakit, diare, rasa sakit di seluruh tubuh, takut air sehingga malas mandi, kejang, kesadaran menurun.
- 3) Pengaruh jangka panjang, penampilan tidak sehat, acuh terhadap kesehatan dan kebersihan, terdapat bekas suntikan pada lengan atau bagian tubuh.

b. Perubahan Perilaku

- 1) Prestasi sekolah menurun, sering tidak mengerjakan tugas, sering membolos.
- 2) Pola tidur berubah, begadang malam hari, sulit dibangunkan pagi hari, mengantuk di kelas atau tempat kerja.

- 3) Sering bepergian sampai larut malam, kadang tidak pulang tanpa memberitahu lebih dulu.
- 4) Sering mengurung diri, lama di kamar mandi, menghindari bertemu dengan anggota keluarga lain di rumah.
- 5) Sering berbohong dan minta banyak uang dengan berbagai alasan tapi tidak jelas penggunaannya, mengambil dan menjual barang berharga milik sendiri atau keluarga, terlibat tindak kekerasan atau berurusan dengan polisi.
- 6) Mudah tersinggung, marah, kasar, sikap bermusuhan, tertutup dan penuh rahasia.

c. Tanda-tanda Fisik

- 1) Kesehatan fisik menurun
- 2) Penampilan diri menurun
- 3) Badan kurus, lemah dan malas
- 4) Suhu badan tidak beraturan
- 5) Pernafasan lambat dan dangkal
- 6) Pupil mata mengecil
- 7) Warna muka membiru
- 8) Tekanan darah menurun
- 9) Kejang otot
- 10) Kesadaran makin lama makin menurun

d. Tanda-tanda di rumah

- 1) Membangkang terhadap teguran orang tua
- 2) Semakin jarang ikut kegiatan keluarga
- 3) Berubah teman dan jarang mau mengenalkan teman-temannya
- 4) Mulai melupakan tanggung jawab rutinnnya di rumah
- 5) Tidak mau mempedulikan peraturan keluarga
- 6) Sering pulang lewat jam malam dan menginap di rumah teman
- 7) Sering pergi ke disko, mall atau pesta
- 8) Pola tidur berubah : pagi susah dibangunkan, malam suka bergadang
- 9) Bila ditanya sikapnya defensif atau penuh kebencian
- 10) Menghabiskan uang tabungannya dan selalu kehabisan uang (bokek)
- 11) Sering mencuri uang dan barang-barang berharga di rumah, dan ini sering tidak diketahui.
- 12) Sering merongrong keluarganya untuk minta uang dengan berbagai alasan (pandai-pandailah mengecek apakah uang yang dimintanya untuk bayar ini dan itu di sekolah, betul-betul diminta oleh sekolah dan dibayarkan)
- 13) Malas mengurus diri (tidak mau membereskan tempat tidur, malas mandi, sering tidur, malas menggosok gigi, kamar berantakan malas membantu)

- 14) Sering tersinggung dan mudah marah
 - 15) Menarik diri dan sering dikamar mengunci diri
 - 16) Sering berbohong
 - 17) Banyak menghindari pertemuan dengan keluarga lainnya karena takut ketahuan ia menggunakan NAPZA. Banyak mengurung diri dikamar dan menolak ajakan makan bersama-sama anggota keluarga lainnya.
 - 18) Bersikap kasar terhadap anggota keluarga lainnya dibandingkan sebelumnya
 - 19) Sekali-sekali dijumpai dalam keadaan mabuk, bicara pelo (cadel) dan jalan sempoyongan
 - 20) Ada obat-obatan, kertas, timah, bau-bauan yang tidak biasa di rumah (terutama kamar mandinya atau kamar tidurnya), atau ditemukannya jarum suntik, namun ia akan mengatakan bahwa barang-barang itu bukan miliknya.
- e. Tanda-tanda di Sekolah
- 1) Membolos sekolah, tidak disiplin,
 - 2) Perhatian terhadap lingkungan tidak ada
 - 3) Sering kelihatan mengantuk di sekolah
 - 4) Sering keluar dari kelas pada waktu jam pelajaran dengan alasan ke kamar mandi
 - 5) Sering terlambat masuk ke kelas setelah jam istirahat

- 6) Prestasi di sekolah tiba-tiba menurun mencolok
- 7) Sekali-sekali dijumpai dalam keadaan mabuk, bicara pelo (cadel) dan jalan sempoyongan
- 8) Meninggalkan hobi-hobinya yang terdahulu (misalnya kegiatan ekstrakurikuler dan olah raga yang digemarinya)

(Nuraeni, 2001)

3. Tahapan Penggunaan Zat Pada Remaja

a. Penggunaan coba-coba atau eksperimental

Remaja memulai keterlibatannya dalam penyalahgunaan zat dengan mencoba-coba atau iseng-iseng didorong rasa ingin tahu atau karena sebab lain (pengaruh teman, dsb). Dalam tahap ini ini dinamakan pemakai eksperimental atau pemakai coba-coba. Tidak jarang mereka yang memakai NAPZA ini (misalnya menghisap ganja, memakai heroin/putaw, minuman alkohol) satu atau beberapa kali, kemudian mereka berhenti atau tidak memakai lagi. Sebagian besar tidak melanjutkan pemakaiannya setelah pemakaiannya yang pertama kali itu.

b. Penggunaan sosial atau rekreasi.

Sebagian dari pemakaian eksperimental ini meneruskan pemakaian zatnya dengan tujuan untuk bersenang-senang, misalnya pada saat rekreasi, pesta. Dalam tahap ini pemakai telah mulai merasakan dapat memperoleh manfaat tertentu dari pemakaian NAPZA tersebut. Walaupun demikian, sebagian dari pemakai tahap sosial ini tidak

melanjutkan pemakaiannya menjadi kebiasaan yang menetap dan sebagian lagi meningkat pada tahapan selanjutnya.

c. Penggunaan situasional

Yaitu pemakaian pada saat mengalami keadaan tertentu, misalnya dalam keadaan stres, kecewa, sedih, dll dengan maksud untuk menghilangkan perasaan atau melarikan diri dari situasi tersebut.

d. Penyalahgunaan

Sebagian orang meningkatkan pemakaiannya secara teratur di luar batas yang wajar atau yang bisa diterima dalam masyarakat. Mereka dinamakan penyalahguna zat. Dalam tahap ini telah terjadi gangguan fungsi sosial atau pekerjaan pada pemakaiannya.

e. Ketergantungan

Apabila pemakaian NAPZA sudah sedemikian lanjut sehingga jika pemakaian itu dihentikan atau dikurangi akan timbul gejala putus zat (berbeda menurut jenis zat yang dipakai), maka tahap pemakaiannya disebut tahap ketergantungan.

Dalam tahap ini penderita tidak dapat melepaskan diri dari zat dan terpaksa harus memakai zat karena ia tidak dapat menanggulangi gejala putus zat.

Akibatnya ia akan memakai NAPZA untuk jangka panjang, walaupun ia sudah merasakan dampak negatif dari pemakaian zat tersebut. (Hawari, 2001)

4. Pengaruh penyalahgunaan NAPZA pada diri seseorang

a. Secara Fisik

Individu tersebut akan mengalami gangguan kesadaran, gangguan pada tekanan darah, gangguan pada mata, hidung dan mulut, gangguan fungsi paru-paru, jantung, lambung, hati, perut, saraf pusat, susunan saraf motorik dan gangguan gerak reflek.

b. Secara psikologis

Individu yang menyalahgunakan NAPZA akan mengalami gangguan afeksi (perasaan) dan konasi (kehendak) berupa perasaan gelisah, irritable (mudah terusik), euforia (perasaan senang yang tidak beralasan), depresi (perasaan tidak sanggup atau tidak ada harapan), disforia (perasaan tidak senang, tidak bahagia), agitasi (keadaan depresi yang mendalam dengan rasa takut dan gelisah yang sangat), agresif (menyerang orang lain), impulsif (bertindak tanpa berpikir dulu), labil. Pengguna alkohol kemungkinan besar akan mengalami gangguan bicara, yaitu bicara tanpa kendali. Gangguan psikomotor yang mungkin dialami adalah retardasi psikomotor dan apatis. Pengguna NAPZA juga beresiko terkena gangguan persepsi yang berupa timbulnya halusinasi (merasakan tanpa ada bendanya), ilusi (merasakan secara salah), sinestesia, depersonalisasi (gangguan kepribadian). Gangguan lain yang kemungkinan besar muncul adalah gangguan daya ingat yang berupa gangguan perhatian, amnesia (ketidakmampuan mengingat baik total maupun sebagian, dan dimensia (pikun).

c. Secara sosial

Penyalahgunaan NAPZA kaitannya dengan perilaku melanggar hukum atau perilaku kriminal. Untuk memenuhi kebutuhannya akan NAPZA pengguna yang dalam keadaan terdesak tidak segan-segan untuk berbohong, mencuri, melacurkan diri, menjadi pengedar barang terlarang, melakukan kekerasan dan lain-lain. Dengan demikian angka kriminalitas dipengaruhi salah satunya oleh tingkat penyalahgunaan NAPZA di daerah tersebut.

Omzet peredaran NAPZA secara nasional saat ini ditengarai mencapai ratusan juta per hari. Salah satu riset di Indonesia mengungkapkan bahwa kebutuhan seorang pengguna NAPZA per hari mencapai 100 hingga 300 ribu rupiah. Dengan asumsi jumlah pengguna secara nasional sebanyak 2 juta orang saja, peredaran NAPZA di Indonesia diperkirakan lebih dari 400 miliar rupiah per hari.

Ketidaksanggupan pengguna NAPZA untuk melepaskan dari ketergantungannya dapat berupa ketidaksanggupan secara fisik dan mental. Yang berwujud fisiologis cenderung lebih mudah ditangani. Bila pengguna bersedia berobat dan menjalani proses pengeluaran racun dari

dalam tubuhnya, maka secara fisiologis ia tidak akan mengalami ketagihan (sakauw) lagi. Namun ketidaksanggupan mental ternyata sungguh tidak mudah ditanggulangi. Banyak pengguna yang secara fisik sudah terlepas dari ketergantungan terhadap NAPZA namun secara kejiwaan masih merasakan ketergantungan terhadap barang terlarang tersebut. Tidak heran kalau mayoritas pengguna akan kembali lagi berkubang dalam NAPZA. Bagi mereka yang jatuh bangun untuk lepas dari ketergantungannya, rasa bersalah, takut, tidak berdaya, dan frustrasi terasa begitu menghantui. Kehidupan mereka menjadi tidak normal, tidak bahagia dan membingungkan.

Ketergantungan pada NAPZA sangat mahal harganya. Namun yang jauh lebih mahal adalah ongkos psikologis dan kerusakan fisiologis yang diakibatkannya. Maka tak heran semakin banyak angkatan muda yang mengonsumsi NAPZA di suatu negara, maka resiko negara itu mengalami kehilangan uang negara bahkan *lost generation* (kehilangan generasi yang potensial) semakin meningkat.

d. Intoksikasi (Keracunan Karena Zat)

Suatu kondisi yang timbul akibat penggunaan zat dimana terjadi gangguan kesadaran, fungsi kognitif, persepsi dan perilaku. Karena pengaruh langsung zat terhadap jaringan otak menyebabkan kendali emosi melemah, prestasi pekerjaan menurun dan gagal memenuhi tanggung jawabnya, meskipun secara umum pasien tampak dalam keadaan sadar.

1) Intoksikasi Obat Tidur (Sedatif Hipnotika) dan Alkohol

Menyebabkan pengendalian diri berkurang atau hilang, sehingga pemakai menjadi lepas kendali diri, agresif, mudah tersinggung, terlibat dalam pertengkaran dan perkelahian dengan resiko terluka atau melukai orang lain.

2) Intoksikasi Amfetamin dan Kokain

Menyebabkan denyut nadi bertambah cepat, tekanan darah meningkat, mual, muntah, cenderung berkelahi, kewaspadaan meningkat. Pada intoksikasi ekstasi, disamping gejala tersebut, mulut kering, tidak bisa diam, selalu ingin bergerak, rahang berkerut-kerut, gemetar, bola mata bergerak.

3) Intoksikasi Opioida (Heroin, Morfin, Candu)

Menyebabkan bicara cadel, jalan sempoyongan, gerak lamban, euforia bila sudah biasa, atau disforia bila baru pertama kali, apatis, mengantuk, perhatian dan daya ingat terganggu.

e. Kelebihan Dosis

1) Kelebihan dosis heroin dapat menyebabkan berhentinya pernafasan, sehingga mengakibatkan kematian.

2) Kelebihan dosis amfetamin, ekstasi atau shabu-shabu dapat menyebabkan kematian akibat pecahnya pembuluh darah otak.

(Dinkes Prop. Jateng, 2001)

f. Sindrom Ketergantungan

Penyalahgunaan NAPZA menyebabkan ketergantungan baik fisik maupun psikologis. Bila pemakaiannya terus menerus dan dalam jumlah yang cukup banyak.

- 1) Ketergantungan fisik, ditunjukkan dengan adanya toleransi dan atau gejala putus zat ("*Withdrawal Symtons*")
- 2) Ketergantungan psikologis, keadaan dimana adanya keinginan/dorongan yang tak tertahankan / kompulsif untuk menggunakan NAPZA. Hal ini sering juga disebut adiksi/kecanduan.

g. Toleransi

Menurunnya pengaruh NAPZA setelah pemakaian berulang, sehingga tubuh membutuhkan jumlah takaran yang lebih besar lagi, agar timbul pengaruh atau efek yang sama. Akibatnya dapat terjadi bahaya over dosis bahkan kematian.

h. Gejala Putus Zat

Pada penggunaan jangka panjang zat itu telah menjadi bagian kimiawi tubuh. Jika pemakaiannya dihentikan, timbul ketidakseimbangan fisiologis dan terjadilah gejala putus zat. Gejalanya tergantung pada cara penghentian penggunaannya (sekaligus atau bertahap) dan jenis zat yang digunakan. Misalnya seorang dengan sindroma putus opioda menderita rasa sakit pada sendi-sendi, lakrimasi (air mata berlebihan), rinorea (ingus berlebihan), dilatasi pupil

(pelebaran pupil mata), berkeringat, piloereksi (bulu tubuh berdiri = mrinding/Jawa), diare, menguap terus menerus, hipertensi ringan, takikardia (jantung berdebar), demam dan susah tidur.

5. Faktor Penyebab/Pendorong Penyalahgunaan NAPZA

a. Faktor Individu

- 1) Ingin tahu
- 2) Kurang percaya diri (PD)
- 3) Mudah kecewa.
- 4) Sudah merokok usia dini (sejak SD)
- 5) Sering berbohong, mencuri, melawan tata tertib
- 6) Kecerdasan pada taraf perbatasan (IQ 70-90)
- 7) Senang melakukan hal-hal yang beresiko besar
- 8) Pemberontak / melawan orang tua / guru
- 9) Kurang menghayati iman kepercayaan
- 10) Motivasi / keinginan belajar rendah

b. Faktor Lingkungan

1. Lingkungan Keluarga

- a) Orang tua kurang komunikasi
- b) Orang tua suka mengatur
- c) Orang tua yang menuntut berlebihan
- d) Orang tua terlalu memanjakan

- e) Disiplin orang tua tidak konsisten/tetap
- f) Sikap ayah ibu tak sepaham untuk mendidik anak
- g) Orang tua terlalu sibuk
- h) Orang tua kurang harmonis
- i) Orang tua kurang menanamkan norma keagamaan, kesusilaan
- j) Orang tua /anggota keluarga penyalahguna NAPZA

2. Lingkungan Sekolah

- a) Sekolah kurang disiplin, tidak tertib
- b) Sekolah dekat tempat hiburan/penjualan NAPZA
- c) Guru kurang komunikasi dengan siswa
- d) Sekolah kurang punya fasilitas untuk menyalurkan kreatifitas anak

3. Lingkungan Masyarakat

- a) Kelompok sebaya pengguna NAPZA
- b) Sikap masyarakat terhadap NAPZA yang berhubungan dengan kultur lingkungan
- c) Tokoh remaja atau pemuda menggunakan NAPZA
- d) Penegak hukum yang kurang konsisten

c. Faktor Zat

- 1) Mudah diperolehnya NAPZA
- 2) Khasiat zat memenuhi kebutuhan remaja (menghilangkan nyeri, menenangkan, menyenangkan dan menyegarkan)

6. Faktor diluar penyalahguna yang berperan dalam proses penyalahgunaan dan kekambuhan NAPZA.

Dalam kasus penyalahgunaan NAPZA, ada banyak faktor yang menjadi penyebabnya. Secara sederhana faktor-faktor yang berperan dalam terjadinya penyalahgunaan NAPZA, yaitu :

a. Faktor Keluarga

1. Hubungan ayah dan ibu yang retak

Kekurang harmonisan hubungan ayah dan ibu akan mengakibatkan anak merasa terombang-ambing. Anak merasa terabaikan, serba salah, bahkan kadangkala merasa sebagai penyebab dari keretakan hubungan orang tuanya. Dalam kondisi semacam ini anak akan mencari rasa aman dan nyaman di luar rumah dan biasanya dia dapatkan dalam lingkungan pergaulannya dengan teman sebaya. Dengan demikian anak lebih mudah terpengaruh pada perilaku teman sebayanya, terutama yang terkait dengan penyalahgunaan NAPZA.

2. Komunikasi yang kurang efektif antara orang tua dan anak

Kemampuan orang tua untuk mengadakan komunikasi yang efektif juga akan berpengaruh pada penyalahgunaan NAPZA. Orang tua

yang tidak mampu menjalin komunikasi yang efektif dengan anak-anaknya akan membuat si anak merasa tidak dimengerti. Biasanya si anak juga tidak memiliki keterampilan tersebut. Dalam kondisi semacam ini anak akan lebih mudah mencari pengertian di luar lingkungan keluarganya.

3. Adanya anggota keluarga yang tergolong pemakai NAPZA secara berlebihan.

Hal ini akan menjadi model bagi anak, sehingga anak memiliki resiko yang lebih besar ikut mencoba dan menyalahgunakan NAPZA

4. Keluarga yang kurang religius, tidak dekat dengan Tuhannya

Keluarga yang kurang religius biasanya juga kurang menekankan moral dan etika sosial yang berlaku. Pola asuh yang digunakan cenderung permisif sehingga anak seringkali tidak tahu batasan mana yang boleh dilakukan dan mana yang tidak.

Di lain pihak, keluarga yang kurang religius bisa jadi menerapkan pola asuh yang otoriter. Peraturan-peraturan yang diterapkan di rumah sangat tegas dan hukuman yang diberikan untuk pelanggaran-pelanggaran yang dilakukan anak akan sangat keras. Hal itu akan menyebabkan anak tertekan, merasa emosinya diabaikan. Perasaan semacam itu akan membuat anak semakin mudah frustrasi. Dan untuk melarikan diri dari dunia nyata yang dirasakan menekan, maka ada kemungkinan anak cenderung pada penyalahgunaan NAPZA.

b. Teman Sebaya

Teman sebaya banyak memberikan pengaruh dalam kehidupan anak dan remaja. Ketika kebutuhan untuk diterima oleh kelompok teman sebaya semakin besar, hubungan dengan orang tua dan anggota keluarga semakin renggang. Anak dan remaja biasanya memilih melakukan apa yang dihendaki oleh kelompoknya sekalipun hal itu melanggar norma yang berlaku di keluarga dan masyarakatnya.

Penyalahgunaan NAPZA biasanya diawali dari bujukan teman untuk sekedar coba-coba agar dianggap anak gaul, sudah pantas masuk dalam suatu kelompok tertentu dan sudah mandiri, tidak terlalu terikat lagi dengan aturan-aturan dalam keluarga.

c. Sekolah

Peredaran NAPZA sudah merambah ke institusi pendidikan. Hal ini terkait dengan besarnya pasar di bagian ini. Saat ini peredarannya bahkan sampai ke sekolah dasar maupun taman kanak-kanak. Pada mulanya mereka ditawari gratis sebanyak dua kali sampai enam kali pemakaian. Namun pada saat mereka mulai tergantung pada zat adiktif tersebut, tawaran untuk mencoba gratis tersebut tidak berlaku lagi. Ada beberapa mitos yang membuat penyebaran NAPZA di kampus dan sekolah kurang bisa diantisipasi antara lain :

- Sekolah dan perguruan tinggi yang unggulan tidak tersentuh oleh jaringan pengedar NAPZA

- Sekolah agama dan pondok pesantren bebas dari jaringan pengedar NAPZA
- Taman kanak-kanak dan sekolah dasar belum merupakan sasaran pengedaran NAPZA

Melalui berbagai media masa Prof. Dr. Dadang Hawari telah memperingatkan bahwa semua sekolah dan kampus tidak ada yang bebas dari penyalahgunaan NAPZA, sekalipun itu sekolah agama. Beberapa pemberitaan media massa juga menunjukkan bukti meluasnya peredaran NAPZA yang merambah hingga ke sekolah dasar dan taman kanak-kanak.

d. Keadaan masyarakat pada umumnya

Dengan memasuki era globalisasi, teknologi informatika berkembang dengan cepat dan sedemikian canggih, juga media cetak dan media audio visual memiliki jangkauan yang jauh lebih luas daripada sebelumnya, dan akibatnya banyak budaya asing yang masuk ke Indonesia melalui media-media tersebut. Bagi kawula muda yang belum matang dan masih belum kukuh kuat iman maupun masih kurang pengertian akan nilai-nilai luhur kebudayaan Indonesia, akan dengan mudah mengadaptasi budaya-budaya luar yang kadang-kadang kurang pas bagi para remaja itu. Dalam hiruk pikuk diskotik, night klub dan tempat-tempat untuk mencari hiburan, peredaran NAPZA juga semakin meningkat sehingga NAPZA sangat mudah diperoleh dan harganya juga bervariasi, ada yang murah dan ada yang mahal, tergantung jenisnya.

Dimulai dengan iseng-iseng dan coba-coba, akhirnya terjerumus ke jurang penyalahgunaan NAPZA.

Para ahli menyatakan, bahwa perubahan-perubahan nilai sosial sebagai konsekuensi modernisasi juga merupakan faktor yang turut berperan pada penyalahgunaan NAPZA. Pada umumnya remaja tidak lagi mematuhi sistem nilai dari kelompok sebayanya yang sering berperilaku antisosial dan menyalahgunakan NAPZA. Pada hakikatnya penyalahgunaan NAPZA merupakan "jeritan minta tolong" dari remaja. Mereka menunjukkan ketidakmampuan menyesuaikan diri dan menjalin hubungan yang baik dan stabil dengan keluarganya dan masyarakat sekitarnya. Oleh karena itu, mereka lalu bergabung dengan teman kelompok sebaya dan turut menyalahgunakan NAPZA.

Adanya tekanan batin karena sulitnya nafkah, beban dan tanggung jawab berat yang tidak terelakan, tidak mampu mengatasi dan tidak ada jalan keluarnya, terjadinya pengangguran karena keadaan ekonomi yang sangat parah, suasana dan kehidupan di dalam masyarakat yang tidak menentu, merupakan salah satu penyebab orang merasa frustrasi, putus asa dan akhirnya mencari pelarian dengan mabuk-mabukan atau penyalahgunaan NAPZA.

7. Kambuh kembali

a. Pengertian kambuh kembali

Kambuh kembali, yaitu mantan penyalahguna kembali menjalani perawatan ulang karena ketergantungan yang sama dengan sebelumnya (Hawari, 2001)

b. Faktor-Faktor Penyebab

Kambuh kembali merupakan rangkaian dari proses pemulihan, oleh karena itu penting bagi orang tua untuk mengetahui faktor pencetus/penyebab kekambuhan, antara lain :

- 1) Penyalahguna kembali kepada kelompok beresiko tinggi, mungkin ada tekanan dari kelompok untuk kembali memakai NAPZA atau individunya sudah tidak tahan untuk tidak memakai NAPZA lagi
- 2) Penyalahgunaan kembali ditempat yang mengingatkannya untuk memakai NAPZA lagi
- 3) Kurang mendapat dukungan keluarga atau teman sebaya
- 4) Kurang ada kegiatan, baik berupa pekerjaan, kegiatan sekolah atau kegiatan pengisi waktu senggang
- 5) Timbulnya rasa malu, rasa bersalah, hampa dan merasa hidup tidak berarti
- 6) Adanya gangguan psikiatrik/mental seperti ansietas (kecemasan), depresi, gangguan psikotik dan gangguan kepribadian
- 7) Adanya sakit fisik yang kronik

c. Untuk mencegah terjadinya kekambuhan, perlu dilakukan :

- 1) Bila penyalahguna kembali kelingkungan yang beresiko tinggi, seperti bertemu dengan teman sesama pemakai, atau pergi ketempat ia memakai dulu, maka hal itu perlu dicegah agar tidak lagi menghadapi situasi tersebut
- 2) Bila terdapat rasa harga diri atau percaya diri rendah yang menyebabkan timbulnya, rasa bersalah dan berkurangnya rasa ketahanan diri, beri kesempatan kepada penyalahguna untuk mengungkapkan isi hatinya dan beri dorongan kepadanya apabila ia berperilaku baik
- 3) Bila kekambuhan disebabkan karena depresi, kecemasan atau gangguan psikotik, segera diatasi dengan membawa ke puskesmas, rumah sakit atau dokter jiwa.
- 4) Bila penyalahguna sulit mengatasi keinginan untuk pemuasan segera, maka hal ini perlu mendapat pelatihan
- 5) Ubah gaya hidup penyalahguna yang mengarah pada kegiatan positif.

8. Strategi mencegah Kekambuhan

Eks korban penyalahgunaan narkoba yang secara fisik maupun kejiwaan telah terlepas dari ketergantungannya masih terlalu rentan untuk dibiarkan, karena mereka masih beresiko kembali pada kebiasaannya yang dulu. Oleh karena itu, orang-orang dilingkungan sekitar korban harus mampu

memberikan dukungan sosial agar korban bisa menjalani kehidupan barunya dengan normal kembali.

Dukungan Sosial yang perlu diberikan dapat berupa :

a. Dukungan Emosional

Mencakup ungkapan empati, kepedulian dan perhatian terhadap korban, misalnya : umpan balik, penegasan.

Salah satu cara yang paling efektif adalah mengikutsertakan orang tua dan anggota keluarga lain dalam proses rehabilitasi. Semua anggota keluarga juga dibekali informasi dan keterampilan yang berkaitan dengan keterampilan sosial, sehingga diharapkan bisa saling mengungkapkan empati, kepedulian dan perhatian dalam keluarga.

b. Dukungan Penghargaan

Hal ini dapat diberikan lewat ungkapan hormat (penghargaan) positif untuk seseorang, dorongan maju atau persetujuan dengan gagasan atau perasaan individu, dan perbandingan positif orang itu dengan orang lain, seperti misalnya orang-orang yang keadaannya jauh lebih buruk dari keadaannya (menambah penghargaan diri). Korban yang mendapatkan dukungan penghargaan cenderung untuk memiliki semangat hidup dan semangat untuk sembuh yang lebih besar. Ia akan merasa bahwa kondisinya yang telah lepas dari ketergantungan merupakan kesempatan baru untuk meraih masa depannya.

c. Dukungan Instrumental

Dukungan semacam ini menyangkut bantuan langsung, misalnya dengan memberikan pinjaman modal, menolong memberikan ketrampilan dan lapangan pekerjaan, atau membantu memasukkan/melanjutkan ke suatu lembaga pendidikan / sekolah.

Pada dasarnya, korban penyalahgunaan NAPZA yang sudah siap untuk memulai hidup baru tidak hanya memerlukan perhatian dan pengertian saja, namun juga penerimaan. Mereka memerlukan pekerjaan, kesempatan untuk melanjutkan sekolah atau berbagai kesempatan seperti orang lain. Dan kesempatan semacam itu juga harus bisa didapatkan oleh korban yang sudah terlepas dari kecanduannya.

Apabila kesempatan untuk kembali membentuk masa depannya menemui banyak hambatan bukan tidak mungkin mereka akan menjadi frustrasi dan kembali pada kebiasaannya yang lampau.

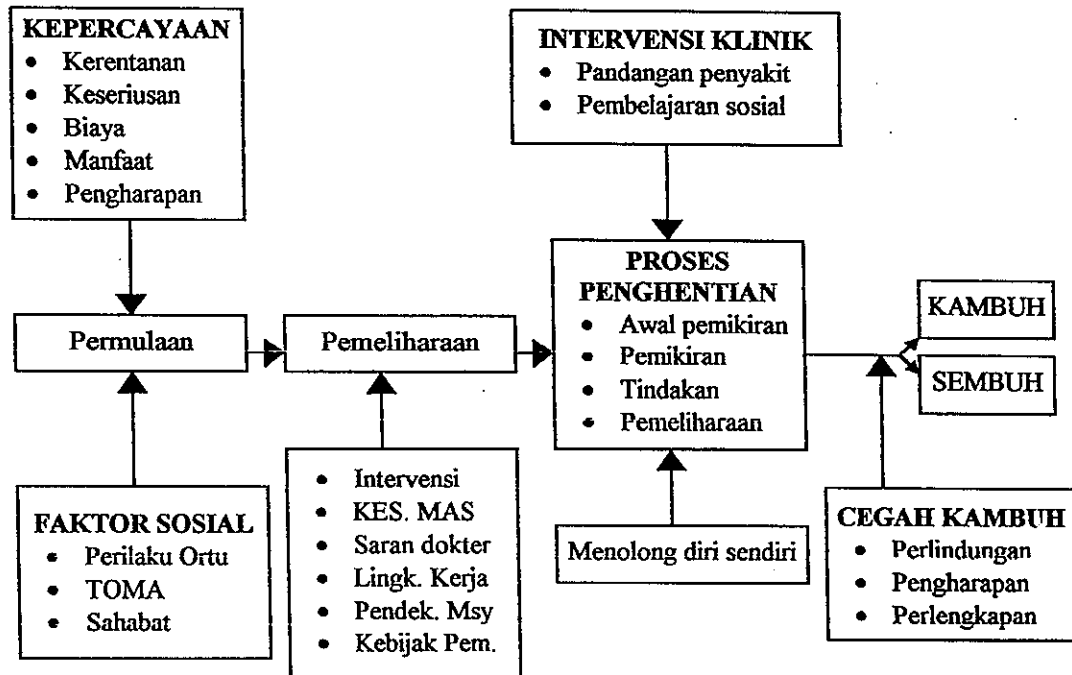
d. Dukungan informatif

Dukungan informatif dapat diberikan berupa nasihat, petunjuk-petunjuk, saran, atau umpan balik.

Namun, tidak menutup kemungkinan untuk memberikan informasi kepada korban yang sudah terlepas dari kecanduannya, berupa pelatihan-pelatihan, informasi pekerjaan, informasi tentang berbagai kiat untuk menghadapi tantangan hidup, dan lain-lain.

C. Teori Model proses perubahan perilaku pada individu

1. The stages of substance use



Bagan : Tahapan suatu keadaan (Prochaska & Diclemente, 1979)

Sumber : (Ogden, 1996)

Dalam menghadapi ide atau perilaku yang baru, individu sangat beragam perangnya, karena itu untuk merubah perilakunya perlu diketahui terlebih dahulu kondisi objek yang akan menjadi sasaran agar program intervensi yang dibuat tepat dan sesuai dengan tingkat perubahan pada diri individu tersebut.

Menurut Prochaska dan Diclemente (1979) memperkenalkan dua teori model proses perubahan perilaku pada individu yaitu teori *The Stages of substance use* dan *Trans theoretical model of behaviour change*.

Kedua teori tersebut dipergunakan untuk merubah perilaku seseorang yang perilaku buruknya sudah menjadi kebiasaan.

Tahapan perubahan pada diri seseorang melalui 4 tahapan

- *Initiation*
- *Maintenance*
- *Cessation as a process*
- *Relapse*

1.1. Tahap *Initiation dan Maintenance* (tahap permulaan dan pemeliharaan)

Menurut Doll dan Hill (1954) pada tahap permulaan dan tahap pemeliharaan ini perilaku individu belum mau berubah, karena dipengaruhi oleh faktor kepercayaan/keyakinan dan faktor sosial, dimana kedua faktor tersebut masih sangat kuat pengaruhnya terhadap perilaku individu. Faktor kepercayaan pada diri individu yang dimaksudkan adalah cara individu memandang sesuatu dengan melihat dari segi kelemahan/kerentanan, kepentingan, harga, manfaat dan harapan-harapan. Sedangkan faktor sosial meliputi perilaku orang tua/keluarga, kepercayaan orang tua dan tekanan dari kelompok sebaya.

Walaupun pengguna zat adiktif sadar akan resiko-resiko kesehatan, tetapi penggunaan zat-zat tersebut terus meningkat. Hal ini sulit dibedakan antara tindakan permulaan dan pemeliharaan dari perilaku pengguna zat adiktif.

Pada tahap permulaan dan pemeliharaan terdapat beberapa prediksi yang menyertai, yaitu :

- 1.1.1 Prediksi psikologis dari pengguna zat adiktif pemula dan pemeliharaan : menurut Cappell dan Greeley (1987) perilaku penggunaan zat adiktif berlanjut terus karena individu berharap mendapat efek positif dengan pengurangan ketegangan dan kegelisahan, oleh karena efeknya dianggap positif maka dapat berlanjut dengan peningkatan penggunaan / dosis.
- 1.1.2 Prediksi sosial dari pengguna zat adiktif pemula dan pemeliharaan : menurut Oeford dan Velleman (1991) orang tua yang menggunakan zat adiktif, pada waktu muda biasanya sudah mempunyai masalah tentang hal tersebut dan merupakan kecenderungan genetik, serta berkembang menjadi perilaku kecanduan, kemudian dapat ditiru oleh anak-anaknya yang belajar dari orang tua mereka.

1.2. Tahap *Cessation as a process* (tahap penghentian)

Pada tahap ini individu sudah memutuskan untuk merubah perilakunya dan perubahan ini melalui beberapa tahapan sebagai berikut:

1.2.1 Tahap *Precontemplation*

Pada tahap ini individu masih belum menyadari akan adanya masalah sehingga belum berpikir untuk merubah perilakunya.

1.2.2 Tahap *Contemplation*

Pada tahap ini individu sudah mulai sadar/mengetahui masalah sehingga sudah mulai berpikir untuk merubah perilakunya.

1.2.3 Tahap *Action*

Pada tahap ini individu sudah melakukan tindakan untuk merubah perilaku lama menjadi perilaku yang baru.

1.2.4 Tahap *Maintenance*

Pada tahap ini sudah memutuskan untuk melakukan perilaku yang baru secara terus menerus dan konsisten.

Pada saat individu memutuskan untuk menghentikan perilaku yang lama dan melakukan perilaku yang baru ini, perlu diintervensi agar tidak terjadi kambuh kembali.

Intervensi yang dapat dilakukan dengan :

- Intervensi kesehatan masyarakat melalui : nasihat dokter, intervensi ditempat kerja, pendekatan masyarakat dan kebijaksanaan dari pemerintah.
- Intervensi klinik melalui : cara individu memandang penyakit dan pendidikan sosial.

Pada tahap ini penghentian tidak bisa dilakukan dengan total dan tiba-tiba, karena tidak akan berhasil, sebaliknya beberapa penelitian sangat menekankan bahwa penghentian adalah merupakan suatu proses yang berkesinambungan.

Pada prosedur penghentian meliputi beberapa hal, antara lain : keengganan terapi, telah dilakukan penelitian oleh Wilson (1978), kesadaran individu untuk berhenti, telah dilakukan penelitian oleh Walker dan Franzini (1985), perjanjian kesadaran, pembukaan isyarat dan prosedur pengaturan diri (Hall, 1990) serta klinik berbagi kemajuan penghentian.

1.3. Tahap Kambuh kembali

Pada tahap ini individu kembali melakukan perilaku lama. Hal ini terjadi karena pada saat individu sudah memutuskan untuk melakukan perilaku yang baru tidak dilakukan intervensi secara terus menerus. Untuk mencegah kambuh kembali dapat dilakukan dengan memperbaiki penyebab, memberikan harapan-harapan yang baik dan meningkatkan status/sifat individu.

2. *Trans theoretical model of behaviour change*

Proses perubahan pada diri individu melalui tahap-tahap sebagai berikut (Prochaska, 1979) :

2.1. *Pre Contemplation*

Pada tahap ini seseorang/individu masih belum menyadari akan suatu masalah. Misalnya pencegahan penyalahgunaan NAPZA. Pada tahap ini individu benar-benar belum mengetahui tentang bahaya penyalahgunaan NAPZA, sehingga belum pernah berpikir untuk mengubah perilakunya.

Untuk itu pengetahuannya perlu ditingkatkan, yaitu tentang keuntungan dan kerugian pemakaian NAPZA yang terus menerus untuk mencegah penyalahgunaan NAPZA.

2.2. *Contemplation*

Setelah mendapatkan pengetahuan/berkenalan dengan perilaku baru tersebut maka mulai berpikir untuk mengubah perilakunya pada waktu yang akan datang (berfikir untuk menjauhi lingkungan yang rawan NAPZA). Pada tahap ini perlu dimotivasi, dan ditingkatkan keberaniannya dalam menghadapi tekanan sosial (*sosial influence*) dari teman-teman, atau yang lainnya.

2.3. *Preparation*

Pada tahap ini individu sudah mulai membuat perencanaan, membuat penjadwalan untuk pencapaian goal.

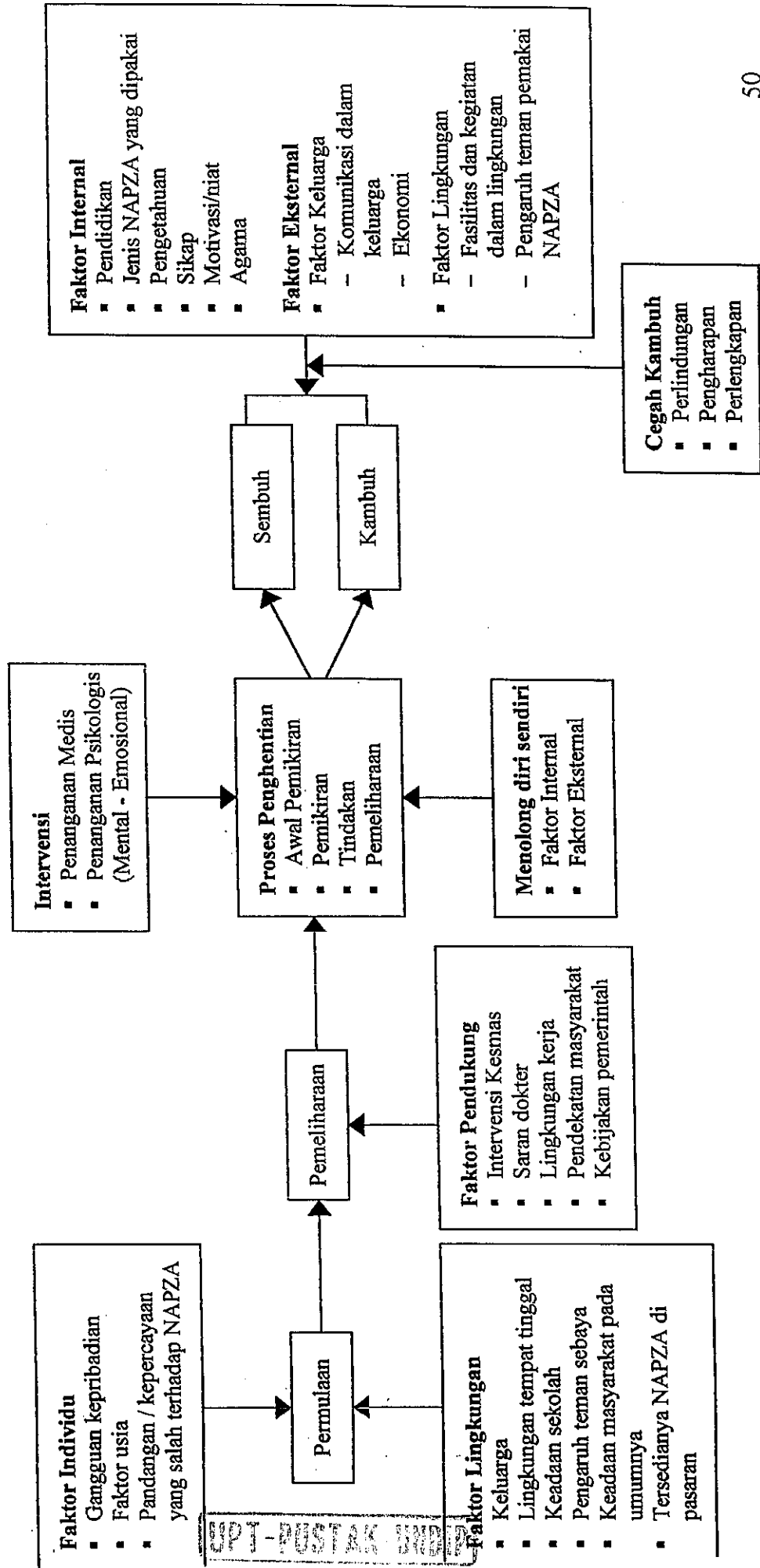
2.4. *Action*

Pada tahap ini individu sudah melakukan tindakan yaitu perilaku hidup sehat dengan menghindari kelompok rawan NAPZA, memperbanyak aktifitas yang positif dan membina komunikasi yang efektif dalam keluarga. Pada tahap ini perlu dibimbing dan diberikan feedback yang positif.

2.5. *Maintenance*

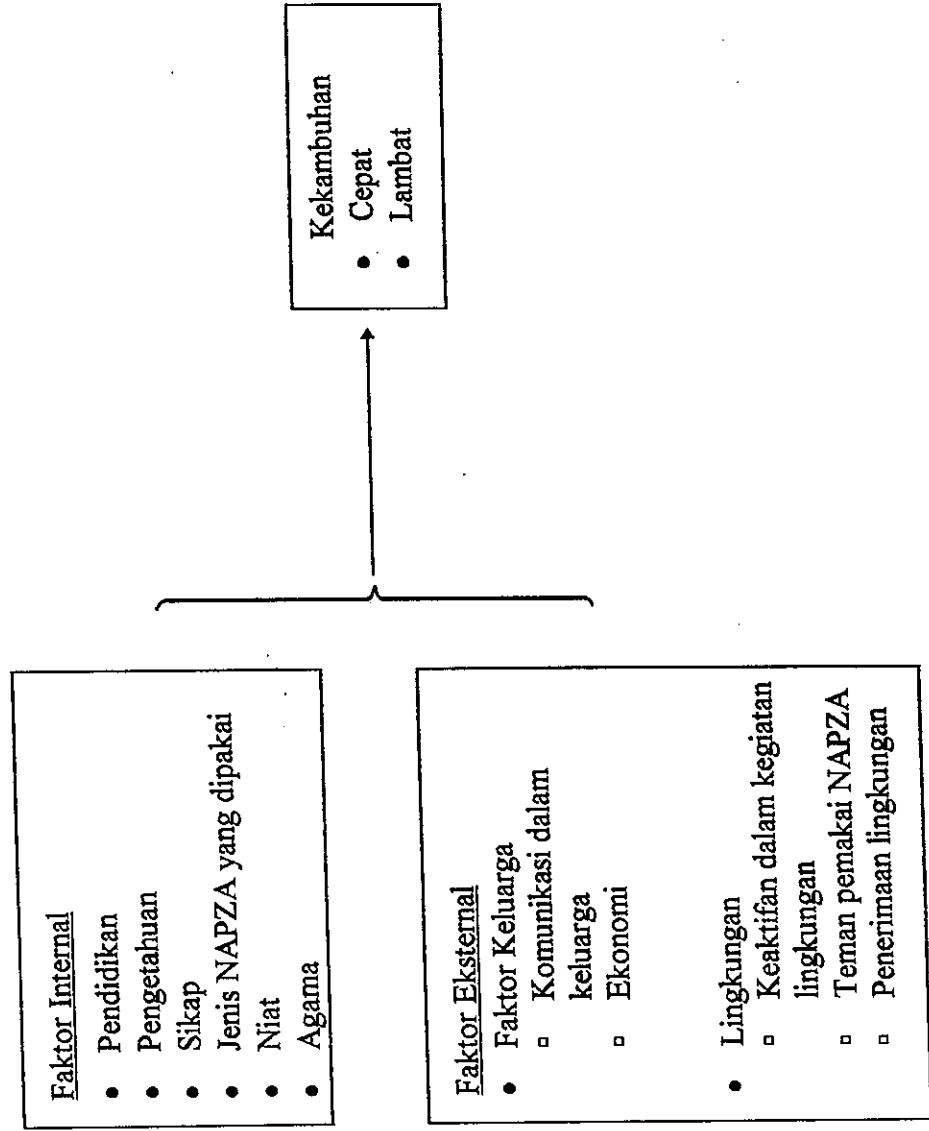
Pada tahap ini individu sudah memutuskan untuk terus melakukan perilaku hidup sehat di atas guna mencegah penyalahgunaan NAPZA.

D. KERANGKA TEORI



Gambar : The stages of substance use
 sumber : (Ogden . 1996)

E. KERANGKA KONSEP



F. Hipotesis

1. Ada hubungan faktor Pendidikan terhadap proses kambuh kembali pada penyalahguna NAPZA.
2. Ada hubungan faktor Pengetahuan terhadap proses kambuh kembali pada penyalahguna NAPZA.
3. Ada hubungan faktor Sikap terhadap proses kambuh kembali pada penyalahguna NAPZA.
4. Ada hubungan faktor Jenis NAPZA yang dipakai terhadap proses kambuh kembali pada penyalahguna NAPZA.
5. Ada hubungan faktor Niat terhadap proses kambuh kembali pada penyalahguna NAPZA.
6. Ada hubungan faktor agama terhadap proses kambuh kembali pada penyalahguna NAPZA.
7. Ada hubungan faktor Komunikasi dalam keluarga terhadap proses kambuh kembali pada penyalahguna NAPZA.
8. Ada hubungan faktor Tingkat Sosial Ekonomi terhadap proses kambuh kembali pada penyalahguna NAPZA.
9. Ada hubungan faktor keaktifan dan kegiatan di lingkungan terhadap proses kambuh kembali pada penyalahguna NAPZA.
10. Ada hubungan faktor pengaruh teman pemakai NAPZA terhadap proses kambuh kembali pada penyalahguna NAPZA.

11. Ada hubungan faktor penerimaan lingkungan terhadap proses kambuh kembali pada penyalahguna NAPZA.

G. Variabel Penelitian

1. Variabel Terikat

- a. Kekambuhan cepat pada penyalahguna NAPZA adalah : penyalahguna kambuh dalam jangka waktu 0-6 bulan
- b. Kekambuhan lambat pada penyalahguna NAPZA adalah : penyalahguna kambuh dalam jangka waktu > 6 bulan

2. Variabel Bebas

- a. Faktor Internal penyalahgunaan NAPZA oleh penyalahguna NAPZA (Pendidikan, pengetahuan, sikap, jenis NAPZA yang dipakai, Niat, Agama)
- b. Faktor Eksternal penyalahgunaan NAPZA oleh penyalahguna NAPZA. (Komunikasi dalam keluarga, tingkat sosial ekonomi, keaktifan dalam kegiatan di lingkungan, teman pemakai NAPZA, penerimaan lingkungan)

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini termasuk dalam jenis penelitian diskriptif analitik dengan menggunakan metode survei dan bersifat *explanatory* (penjelasan), yaitu menjelaskan hubungan antara variabel melalui pengujian hipotesa (Singarimbun dkk, 1989). Menggunakan pendekatan *cross sectional*, dimana pengamatan dilakukan dalam waktu yang sudah ditentukan oleh peneliti dengan mengamati beberapa variabel dan pengamatan dilakukan sekali saja (Praktiknya, 1986).

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Semua korban / penyalahguna NAPZA yang telah sembuh dari kekambuhan dan berada di panti Pamardi Putra Mandiri Semarang.

2. Sampel

Sampel digunakan korban / penyalahguna NAPZA yang telah sembuh dari kekambuhan dengan kriteria sebagai berikut :

- a. Korban / penyalahguna NAPZA yang telah sembuh dari kekambuhan (minimal 1 kali)
- b. Berumur 17 - 25 tahun (berdasarkan data merupakan kelompok rawan NAPZA)

- c. Korban / penyalahguna minimal pernah mengalami pengobatan 2x
- d. Jangka waktu kekambuhan adalah 1 sampai 12 bulan
- e. Kooperatif (diprediksi sudah dapat menjawab kuesioner dengan baik)
- f. Bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini

Pada penelitian ini semua populasi diambil sebagai sampel.

C. Instrumen Penelitian

1. a. Pada penelitian ini digunakan instrumen penelitian berupa kuesioner, untuk mengetahui faktor-faktor apa saja (internal dan Eksternal) yang berpengaruh pada proses kambuh kembali pada penyalahguna NAPZA.
- b. Selain dengan kuesioner digunakan pula metode wawancara mendalam (*indepth*). Wawancara dilakukan untuk mengetahui lebih mendalam tentang hal-hal yang belum terungkap secara spesifik dan subyektif terutama tentang hubungan mantan penyalahguna NAPZA dengan teman dan kedekatannya dengan keluarga serta penerimaan oleh lingkungan disekitarnya. *Indepth interview* dilakukan terhadap responden, petugas pendamping dan pekerja sosial (LSM) yang melakukan pendampingan di panti.

2. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian yang dipilih adalah Panti Rehabilitasi penderita NAPZA “ Pamardi Putra Mandiri” (PPP Mandiri), Gemah Kabupaten Semarang. Dasar pemilihan lokasi adalah bahwa, panti rehabilitasi ini merupakan panti rehabilitasi percontohan dan satu-satunya di Jawa Tengah

yang dimiliki oleh Departemen Sosial, dengan para pasien yang dirujuk dari berbagai daerah di Jawa Tengah. Pada panti ini diterapkan uji coba penyembuhan / perawatan dan rehabilitasi secara komprehensif dengan metode-metode terbaru, sehingga diharapkan hasil yang dicapai dapat optimal untuk penyembuhan maupun rehabilitasi paska penyembuhan / perawatan.

3. Cara Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan melalui tahap-tahap sebagai berikut :

a. Persiapan

Pada tahap ini kegiatannya meliputi pengurusan perijinan penelitian mulai dari rekomendasi dari Universitas, Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial sampai ke tingkat Kotamadya. Observasi awal di lapangan untuk mencari data dan pemilihan lokasi penelitian (PPP Mandiri Semarang).

b. Uji Coba Kuesioner

Sebelum kuesioner digunakan untuk penelitian, perlu dilakukan uji coba di lapangan dengan responden yang mempunyai karakteristik hampir sama dengan sampel. Uji coba kuesioner dimaksudkan untuk mengetahui "*validitas*" dan "*reliabilitas*" kuesioner yang disusun. Untuk keperluan tersebut, dilakukan uji validitas dan reliabilitas, sehingga kuesioner yang digunakan benar-benar sesuai dengan tujuan penelitian.

Uji coba, kuesioner dilakukan di Panti Rehabilitasi Penyalahgunaan NAPZA “Cinta Kasih Bangsa” Ungaran Jawa Tengah. Responden yang diambil mempunyai karakteristik hampir sama dengan sampel, yaitu berjumlah 30 responden (mantan penyalahguna NAPZA). Uji coba dimaksudkan untuk mengetahui validitas dan reliabilitas kuesioner yang disusun yaitu : pengetahuan, sikap, jenis NAPZA yang dipakai, komunikasi dalam keluarga, niat, teman pemakai NAPZA, penerimaan lingkungan, tingkat sosial ekonomi dan keaktifan dalam kegiatan di lingkungan.

Hasil uji validitas dan reliabilitas dengan uji statistik “Korelasi Product Moment” dan Alpha Chronbach” dari variabel-variabel di atas adalah sebagai berikut :

Tabel 1
Distribusi Frekwensi Item Soal Variabel Jenis NAPZA yang dipakai

Jenis NAPZA yang dipakai			Validitas
No Item	Variasi Skor Item terhadap skor total	P	
J ₁	3193	.1193	Valid
J ₂	3260	.3260	Valid
J ₃	1556	-.1556	Tidak Valid
J ₄	3854	.3854	Valid
J ₅	3864	.2864	Valid
J ₆	3359	.1359	Valid
J ₇	3779	.1779	Valid

Dari tabel 1 di atas dapat dilihat distribusi frekwensi item soal variabel jenis NAPZA yang dipakai, setelah diuji coba yaitu : sebanyak 6 item valid dan 1 item gugur

Tabel 2

Distribusi Frekwensi Item Soal Variabel Pengetahuan tentang Kekambuhan

Pengetahuan tentang Kekambuhan			Validitas
No Item	Variasi Skor Item terhadap skor total	P	
P ₁	4350	.4350	Valid
P ₂	0012	-.0012	Tidak Valid
P ₃	6696	.4253	Valid
P ₄	3380	.7343	Valid
P ₅	1844	-.2380	Tidak Valid
P ₆	9167	.9167	Valid
P ₇	4443	.5597	Valid
P ₈	1977	-.4443	Tidak Valid
P ₉	3034	.1997	Valid
P ₁₀	3330	.2034	Valid
P ₁₁	3104	.3330	Valid
P ₁₂	0406	-.2104	Tidak Valid
P ₁₃	0335	-.0406	Tidak Valid

Dari tabel 2 di atas dapat dilihat distribusi frekwensi item soal variabel pengetahuan kekambuhan, setelah diuji coba yaitu : sebanyak 8 item valid dan 5 item gugur.

Tabel 3
Distribusi Frekwensi Item Soal Variabel Sikap terhadap Kekambuhan

No Item	Sikap terhadap Kekambuhan		Validitas
	Variasi Skor Item terhadap skor total	R. Kritis	
S ₁	3946	.3946	Valid
S ₂	0607	-.0525	Tidak Valid
S ₃	0525	-.4396	Tidak Valid
S ₄	4396	.0607	Valid
S ₅	3110	.2110	Valid
S ₆	7203	.7203	Valid
S ₇	0517	-.0517	Tidak Valid
S ₈	5458	.7203	Valid
S ₉	5348	.5458	Valid
S ₁₀	6264	.5348	Valid
S ₁₁	3211	.6264	Valid
S ₁₂	0063	-.3211	Tidak Valid
S ₁₃	5871	.5871	Valid
S ₁₄	1858	-.1858	Tidak Valid
S ₁₅	5803	.5803	Valid
S ₁₆	4612	.4612	Valid
S ₁₇	5817	.5807	Valid
S ₁₈	5962	.5962	Valid
S ₁₉	5503	.5503	Valid
S ₂₀	3673	.0673	Valid

Dari tabel 3 di atas dapat dilihat distribusi frekwensi item soal variabel sikap terhadap kekambuhan, setelah uji coba yaitu sebanyak 15 item valid dan 5 item gugur.

Tabel 4
Distribusi Frekwensi Item Soal Variabel Niat untuk Sembuh

Niat untuk Sembuh			Validitas
No Item	Variasi Skor Item terhadap skor total	P	
N ₁	3349	.6583	Valid
N ₂	6187	.5474	Valid
N ₃	3243	.3404	Valid
N ₄	5485	.3349	Valid
N ₅	6260	.6187	Valid
N ₆	5288	.3243	Valid
N ₇	4089	.5485	Valid
N ₈	3452	.6260	Valid
N ₉	6684	.5288	Valid
N ₁₀	5652	.4089	Valid
N ₁₁	6891	.3452	Valid
N ₁₂	2318	-.6684	Tidak Valid
N ₁₃	3276	.5652	Valid
N ₁₄	2515	-.6891	Tidak Valid
N ₁₅	5901	.2318	Valid
N ₁₆	3109	.3276	Valid
N ₁₇	3070	.2515	Valid
N ₁₈	0105	-.0105	Tidak Valid
N ₁₉	5135	.5136	Valid

Dari tabel 4 di atas dapat dilihat distribusi frekwensi item soal variabel Niat untuk sembuh, setelah uji coba yaitu sebanyak 16 item valid dan 3 item gugur.

Tabel 5
Distribusi Frekwensi Item Soal Variabel Penerimaan Lingkungan

Penerimaan Lingkungan			Validitas
No Item	Variasi Skor Item terhadap skor total	p	
PL ₁	3684	.3684	Valid
PL ₂	6578	.6578	Valid
PL ₃	3018	.2018	Valid

Dari tabel 5 di atas dapat dilihat distribusi frekwensi item soal variabel penerimaan lingkungan, setelah uji coba semua item yang diujikan valid.

Tabel 6
Distribusi Frekwensi Item Soal Variabel Komunikasi dalam Keluarga

Komunikasi dalam Keluarga			Validitas
No Item	Variasi Skor Item terhadap skor total	P	
K ₁	9258	.9258	Valid
K ₂	3721	.3721	Valid
K ₃	8528	.8528	Valid
K ₄	7420	.7420	Valid
K ₅	4612	.5164	Valid
K ₆	3036	.4082	Valid
K ₇	7343	.5477	Valid
K ₈	3845	.0328	Valid
K ₉	3330	.3162	Valid
K ₁₀	5803	.4472	Valid

Dari tabel 6 di atas dapat dilihat distribusi frekwensi item soal variabel komunikasi dalam keluarga, setelah uji coba semua item yang diujikan valid.

Tabel 7
Distribusi Frekwensi Item Soal Variabel Keaktifan dalam Kegiatan di Lingkungan

Keaktifan dalam Kegiatan di Lingkungan			Validitas
No Item	Variasi Skor Item terhadap skor total	P	
L ₁	3385	.3385	Valid
L ₂	5009	.5009	Valid
L ₃	3837	.2837	Valid
L ₄	3076	.2076	Valid
L ₅	2249	-.2249	Tidak Valid
L ₆	3069	.3069	Valid
L ₇	6156	.6156	Valid
L ₈	6784	.6784	Valid
L ₉	5830	.5830	Valid
L ₁₀	6999	.6999	Valid
L ₁₁	4139	.4139	Valid
L ₁₂	6459	.6459	Valid
L ₁₃	5701	.5701	Valid
L ₁₄	0562	-.0562	Tidak Valid
L ₁₅	3467	.5701	Valid
L ₁₆	0338	-.0562	Tidak Valid
L ₁₇	0766	-.2467	Tidak Valid
L ₁₈	2693	-.0388	Tidak Valid
L ₁₉	7586	.0766	Valid
L ₂₀	5280	.7586	Valid
L ₂₁	3258	.5280	Valid

ari tabel 7 di atas dapat dilihat distribusi frekwensi item soal variabel keaktifan dalam kegiatan di lingkungan, setelah uji coba yaitu 16 item valid dan 5 item gugur.

Tabel 8
Distribusi Frekwensi Item Soal Variabel Pengaruh Teman pemakai
NAPZA

Pengaruh Teman pemakai NAPZA			Validitas
No Item	Variasi Skor Item terhadap skor total	p	
T ₁	3289	.0289	Valid
T ₂	3675	.2675	Valid
T ₃	3010	.0010	Valid
T ₄	3489	.1489	Valid
T ₅	4439	.2439	Valid
T ₆	4354	.4354	Valid
T ₇	4557	.4657	Valid
T ₈	4252	.2252	Valid
T ₉	5222	.5222	Valid
T ₁₀	4474	.4474	Valid
T ₁₁	5000	.5222	Valid
T ₁₂	2741	-.2741	Tidak Valid

Dari tabel 8 di atas dapat dilihat distribusi frekwensi item soal variabel pengaruh teman pemakai NAPZA, setelah uji coba yaitu : 11 item valid dan 1 item gugur.

4. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

a. Variabel Penelitian

1. Dependent : kekambuhan cepat dan kekambuhan lambat
2. Independent : Internal (Pendidikan, pengetahuan, Sikap, Jenis NAPZA yang dipakai, Niat)

Eksternal (Komunikasi dalam keluarga, tingkat sosial ekonomi, keaktifan dalam kegiatan di

lingkungan, teman memakai NAPZA, penerimaan lingkungan)

b. Definisi Operasional

1. Faktor Internal Pada Penyalahguna NAPZA :

Adalah semua faktor yang terdapat di dalam diri korban / penyalahguna NAPZA yang dapat mempengaruhi kesempurnaan / keberhasilan penanganan / perawatan, yaitu : menjadi sembuh atau kambuh kembali, yang meliputi :

a) Pendidikan

adalah pendidikan responden / penyalahguna NAPZA yaitu: tingkat pendidikan formal yang berhasil ditempuh oleh penyalahguna NAPZA / responden. Variabel pendidikan diukur berdasarkan jumlah tahun sukses pendidikan formal tertinggi yang berhasil ditempuh oleh responden, dikelompokkan menjadi : tingkat pendidikan dasar, menengah dan tinggi.

- Tingkat Pendidikan Dasar : SD s/d SMP (1-9 tahun)
- Tingkat Pendidikan Menengah : SMU/SMK (>9-12 tahun)
- Tingkat Pendidikan Tinggi : D1 - S3 (\geq 13 Tahun)

(Landasan program & pengembangan kurikulum pendidikan dasar, 1993)

Skala : Ordinal

b) Pengetahuan tentang Kekambuhan

Adalah pengetahuan responden / penyalahguna NAPZA tentang hal / faktor yang menjadi penyebab kekambuhan, yaitu :

Merupakan kemampuan mantan pengguna NAPZA untuk menjelaskan hal / faktor yang berhubungan dengan proses kambuh kembali, antara lain :

1) Bahaya kambuh kembali : dosis pemakaian meningkat, pengobatan lebih sulit (imunitas), kebosanan terapi.

2) Perawatan / penanganan :
: paska pengobatan

- hal-hal yang harus dihindari kembali ke lingkungan lama yang rawan, kurang ada kegiatan , timbul rasa malu / bersalah yang berlebihan, jatuh sakit yang kronis.

- Hal-hal yang dianjurkan :
Punya kesibukan dan ketrampilan tertentu, menjalin kontak rutin dengan institusi induk perawatan untuk konseling dan pelayanan konsultasi psikologi, keluarga yang mendukung kesembuhan, rutin menjalankan ibadah

menurut agama masing-masing.

* Skor tingkat pengetahuan sebagai berikut :

Baik = ≥ 21

Sedang = < 21 dan ≥ 16

Kurang = < 16

Skala Ordinal

c) Sikap tentang Kambuh kembali

adalah tanggapan mantan penyalahguna NAPZA terhadap hal / faktor yang menyebabkan kekambuhan yaitu meliputi :

- 1) Bahaya kambuh kembali : dosis pemakaian meningkat, pengobatan lebih sulit (imunitas), kebosanan terapi.
- 2) Perawatan / penanganan :
 - hal-hal yang harus dihindari : paska pengobatan kembali ke lingkungan lama yang rawan, kurang ada kegiatan , timbul rasa malu / bersalah yang berlebihan, jatuh sakit yang kronis.

- Hal-hal yang dianjurkan :
Punya kesibukan dan ketrampilan tertentu, menjalin kontak rutin dengan institusi induk perawatan untuk konseling dan pelayanan konsultasi psikologi, keluarga yang mendukung kesembuhan, rutin menjalankan ibadah menurut agama masing-masing.

* Skor penilaian sikap sebagai berikut :

Nilai berkisar antara 1 sampai dengan 3. Pada pertanyaan "*favourable*". Nilai 1 untuk jawaban tidak setuju, nilai 2 untuk jawaban tidak tahu dan nilai 3 untuk jawaban setuju. Pada pertanyaan "*unfavorable*" : nilai 1 diberikan untuk jawaban setuju, nilai 2 untuk jawaban tidak tahu dan nilai 3 diberikan untuk jawaban tidak setuju.

Penilaian sebagai berikut :

Setuju / mendukung ≥ 2

Tidak setuju/ tidak mendukung < 2

Skala Ordinal

d) Jenis NAPZA yang dipakai

Jenis NAPZA yang dipilih dan dipergunakan secara terus menerus selama mantan penyalahguna NAPZA menjadi penyalahguna, dan menyebabkan ketergantungan kembali, sesuai dengan Undang-undang No. 22 tahun 1997 tentang Narkotika : Narkotika dibagi menjadi 3 jenis (golongan besar) berdasarkan pada tinggi rendahnya potensi mengakibatkan ketergantungan kembali pada mantan penyalahguna NAPZA. Yaitu : Narkotika golongan I dan turunannya, Narkotika golongan II dan turunannya serta Narkotika golongan III dan turunannya, serta berhubungan dengan dosis dan cara pemakaian.

* Skor penilaian adalah sebagai berikut :

Sangat mudah kambuh = ≥ 13

Mudah kambuh = < 13 dan ≥ 8

Sukar kambuh = < 8

Skala Ordinal

e) Niat

Adalah alasan-alasan yang dikemukakan oleh responden / mantan penyalahguna NAPZA sebagai ekspresi dorongan atau keinginan dalam diri responden untuk menghindari penyalahgunaan NAPZA kembali, atau tingkat keinginan dari responden untuk

berperilaku tertentu dalam upaya menghindari kambuh kembali, yang diukur dari : aspek keinginan untuk tidak menjalankan hal-hal yang harus dihindari serta melaksanakan hal-hal yang dianjurkan.

* Skor penilaian Niat adalah sebagai berikut :

Berniat sangat kuat = ≥ 39

Berniat kuat = < 39 dan ≥ 27

Berniat tidak kuat = < 27

Skala : Ordinal

f) Agama

Adalah ketaatan responden / penyalahguna NAPZA dalam melaksanakan ibadah agamanya, yang meliputi kedalaman pemahaman agama, yang diukur dari : pengetahuan tentang pokok-pokok ajaran agama, kerutinan dalam menjalankan ibadah serta pengamalan ajaran dalam kehidupan sehari-hari.

Penilaian sebagai berikut :

Baik = ≥ 6

Kurang = < 6

Skala : Ordinal

2.Faktor Eksternal Pada Penyalahguna NAPZA :

Adalah semua faktor yang terdapat diluar diri korban / penyalahguna NAPZA yang dapat mempengaruhi kesempurnaan / keberhasilan

penanganan / perawatan, yaitu : menjadi sembuh atau kambuh kembali, yang meliputi :

a) Faktor Keluarga

Adalah faktor penentu kekambuhan / tidak pada mantan penyalahguna NAPZA yang datang dari hubungan keluarga inti yaitu : ayah, ibu dan anak, terdiri dari sub variabel :

1) Komunikasi dalam keluarga

Adalah efektifitas, kualitas dan kuantitas hubungan atau interaksi yang terjadi sehari-hari antara seluruh anggota keluarga inti (ayah, ibu dan anak) dengan mantan penyalahguna NAPZA yang berpengaruh positif atau negatif terhadap terjadinya kekambuhan. Yang diukur dari aspek : Frekuensi berkumpul bersama, berapa lama waktu dipakai tiap-tiap kali berkumpul, merasa senang dan nyaman selama berkumpul / berinteraksi, menimbulkan tanggapan positif : yaitu berpengaruh pada sikap dan praktek untuk menjauhi / menyalahgunakan kembali NAPZA.

Skor penilaian komunikasi dalam keluarga adalah sebagai berikut :

Baik = ≥ 25

Sedang = < 25 dan ≥ 16

Kurang = < 16

Skala Ordinal

2) Tingkat Sosial Ekonomi

Faktor ekonomi dinyatakan dalam pendapatan / penghasilan keluarga responden / mantan penyalahguna NAPZA yang didapat atau diperoleh selama sebulan dan dinyatakan dalam rupiah, yaitu : jumlah pendapatan yang diperoleh seluruh keluarga selama sebulan, yang diperoleh dari pendapatan tetap dengan atau tanpa pendapatan sampingan. Pendapatan dinilai dengan cara : membagi jumlah pendapatan dengan jumlah anggota keluarga.

Pendapatan dikelompokkan menurut Sayogyo, yaitu : setara dengan 20 kg beras/orang/bulan :

Cukup : \geq Rp. 60.000,-/Orang/bulan

Kurang : $>$ Rp. 60.000,-/Orang/bulan

Skala : Ordinal

b) Faktor Lingkungan

Adalah semua faktor diluar diri dan keluarga mantan penyalahguna NAPZA yang dapat berpengaruh terhadap proses kambuh kembali, terdiri dari sub variabel :

1) Keaktifan dalam kegiatan di lingkungan

Adalah semua fasilitas dan kegiatan diluar lingkungan keluarga, yang dapat mempengaruhi mantan penyalahguna NAPZA menjadi kambuh kembali atau tidak, yaitu : kegiatan mantan penyalahguna NAPZA baik fisik maupun mental

dilingkungan sekolah (institusi) dan masyarakat, yang diukur dari aspek : fasilitas sekolah (institusi) untuk menyalurkan kreatifitas, kedisiplinan menjalankan peraturan yang berlaku, frekuensi komunikasi antara penyelenggara sekolah (institusi) dan mantan penyalahguna NAPZA, penerimaan lingkungan sekolah dan masyarakat terhadap mantan penyalahguna NAPZA, serta kegiatan mantan penyalahguna NAPZA dalam wadah yang ada di masyarakat (yang mempunyai program pencegahan dan penanggulangan penyalahgunaan NAPZA.)

Skor keaktifan dalam kegiatan di lingkungan, sebagai berikut

:

Aktif = ≥ 30

Kurang aktif = < 24 dan ≥ 30

Tidak aktif = < 24

Skala Ordinal

2) Teman pemakai NAPZA

Mantan penyalahguna NAPZA kembali pada lingkungan / kelompok lama (yang masih aktif menjadi penyalahguna NAPZA) dan keadaan tersebut mempengaruhi sikap dan praktek mantan penyalahguna NAPZA untuk tergantung kembali atau tidak pada NAPZA.

Skor penilaian pengaruh teman pemakai NAPZA, sebagai berikut :

mempengaruhi = ≥ 2

tidak mempengaruhi = < 2

Skala : Nominal

3) Penerimaan Lingkungan

Adalah proses penerimaan lingkungan dalam arti luas sesudah mantan penyalahguna NAPZA kembali pada lingkungan lamanya paska pengobatan, yang meliputi :

Dukungan dari keluarga, dukungan dari orang-orang terdekat yang mempunyai arti khusus bagi mantan penyalahguna, dukungan dari masyarakat sekitar dan dukungan dari pendidik serta teman di lingkungan sekolah.

Skor penilaian penerimaan lingkungan, sebagai berikut :

diterima = ≥ 2

tidak diterima = < 2

Skala : Nominal

3. Kambuh kembali

Kambuh kembali, yaitu mantan penyalahguna kembali menjalani perawatan ulang karena ketergantungan pada zat yang sama dengan sebelumnya.

Skor penilaian kekambuhan sebagai berikut :

Kekambuhan cepat bila penyalahguna mengalami kekambuhan dalam jangka waktu <6 bulan

Kekambuhan lambat bila penyalahguna mengalami kekambuhan dalam jangka waktu > 6 bulan

Skala Ordinal

D. Pengumpulan Data

1. Sumber Data

a. Data Primer

Data primer dalam hal ini, adalah data yang langsung diperoleh dari sumbernya yaitu : para mantan penyalahguna NAPZA / korban NAPZA, para pembimbing / petugas panti rehabilitasi penyalahguna / korban NAPZA. Data Primer yang dibutuhkan dalam penelitian ini diperoleh dengan melakukan wawancara menggunakan kuesioner dengan sumber-sumber data diatas. Penelitian dilakukan pada bulan juli 2002 selama kurang lebih 1 bulan (Juli sampai Agustus 2002)

b. Data Sekunder

Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dari hasil olahan berbagai pihak, seperti : data dari para profesional (psikolog, psikiater), petugas panti rehabilitasi, journal, media massa, hasil penelitian ilmiah yang dipublikasikan, data / statistik instansi terkait. Dalam penelitian ini data

primer sebagai data utama, sedangkan data sekunder merupakan data pendukung.

2. Pengolahan dan Analisis Data

a. Pengolahan Data

Data yang sudah terkumpul kemudian dilakukan pengolahan yang dimulai dengan meneliti kuesioner, mengedit, memberi kode, memberi skor dan tabulasi data. Pengeditan dimaksudkan untuk mengecek ulang kelengkapan, kejelasan dan konsistensi data jika terjadi kesalahan dan keraguan dalam pengisian. Memberi kode pada setiap jawaban pertanyaan, dimaksudkan untuk mempermudah dalam pengolahan. Selanjutnya memberi skor pada setiap jawaban untuk menilai jawaban yang diberikan responden, kemudian skor dijumlah untuk keperluan kategori. Data yang sudah berupa kategori dimasukkan dalam tabel-tabel sesuai dengan keperluan, untuk analisis diskriptif.

b. Analisis Data

Analisis data bertujuan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. Dalam penelitian ini teknik analisis yang digunakan meliputi :

1) *Univariat* :

Menggunakan tabel distribusi frekuensi dimaksudkan untuk menggambarkan variabel-variabel penelitian sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan.

2) *Bivariat* :

Untuk melihat hubungan dan pengaruh antar variabel penelitian dan untuk menguji hipotesis penelitian. Untuk keperluan tersebut dipilih uji statistik *Fisher Exact*, *Spearman's rho* serta *Pearson Chi-Square*. Pengolahan dan analisis data menggunakan komputer dengan program SPSS windows. Penyajian hasil pengolahan dan analisis data dilakukan dengan menyusun uraian-uraian, dilengkapi dengan penjelasan-penjelasan serta penyajian dalam bentuk tabel dan gambar dari masing-masing faktor yang diteliti.

3. *Multivariat*

Untuk melihat hubungan variabel bebas secara bersama-sama. Variabel manakah yang paling dominan hubungannya dibanding variabel lainnya. Uji statistik yang digunakan "*Regresi Logistik Ganda*". Pengolahan dan analisis data menggunakan komputer dengan program SPSS Windows Release 8,0.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

I. Gambaran Umum Tempat Penelitian

1. *Panti Pamardi Putra Mandiri Semarang*

Panti Pamardi Putra "MANDIRI" Semarang dengan daya tampung sebanyak \pm 100 orang klien, memberikan pelayanan bagi korban penyalahgunaan NAPZA, yang secara khusus memberikan pembinaan dengan pendekatan terapi fisik, mental, sosial dan latihan vokasional, terapi fisik dengan olah raga yang cukup padat dan teratur, terapi mental dengan memanggil guru agama (ustadz), terapi sosial dilakukan dalam kelompok-kelompok konseling di kelas khusus dengan didampingi seorang psikolog, sedangkan terapi vokasional (ketrampilan) bekerja sama dengan pihak swasta untuk magang, antara lain: bengkel, servis elektronik dll, disertai dengan pendekatan psikologis serta diintrodusir pendekatan "*Therapeutic Community*" yang banyak dipakai oleh berbagai lembaga pemulihan di beberapa negara. Diharapkan mengembalikan mantan penyalahguna NAPZA sehingga dapat melaksanakan fungsi sosialnya secara wajar, sesuai dengan norma yang berlaku di masyarakat pada umumnya.

Visinya adalah "Jawa Tengah Sejahtera tanpa NAPZA dari, oleh dan untuk semua", sedangkan Misinya adalah :

- a. Memberikan pelayanan pemulihan kepada korban penyalahguna NAPZA yang dilandasi kasih sayang pada sesama, tanpa membedakan status sosial dan latar belakangnya, menuju manusia mandiri.
- b. Meningkatkan profesionalisme pelayanan pemulihan dengan meningkatkan kualitas Sumber Daya Manusia (SDM).
- c. Metode yang dipergunakan
 - 1) Profesi Pekerjaan Sosial
 - 2) *Therapeutic community*
 - 3) Interdisipliner (sesuai dengan profesi masing-masing)

Cara pengumpulan data penelitian dengan metode wawancara menggunakan kuesioner, petugas wawancara adalah tenaga bimbingan teknis konseling dari masing-masing kelompok yang telah di Briefing. Kendala dari pengumpulan data adalah karena pada umumnya responden belum sepenuhnya dapat berfikir secara jernih dan komunikatif hal tersebut disebabkan mereka sedikit banyak masih terpengaruh oleh obat-obatan yang telah dipergunakan (halusinasi), sedangkan faktor pendorong yang memudahkan pengumpulan data karena pewawancara adalah orang yang sudah sangat dikenal oleh responden maka lebih mudah untuk berkomunikasi dalam menggali pendapat dari mereka. Proses masuknya responden ke panti bervariasi, tetapi sebagian besar karena dikirim oleh keluarga atau lingkungannya (masyarakat sekitar).

Pada penelitian ini kemungkinan terjadi bias , yaitu antar responden saling bertukar pendapat pada waktu berkumpul,tetapi hal itu dapat dieliminir karena jumlah pertanyaan yang cukup banyak untuk dapat diingat kembali.

II. Hasil Analisa Univariat

2.1 Karakteristik Responden

2.1.1 Umur

Umur responden dikelompokkan berdasar kelompok remaja dengan resiko tinggi / prosentase terbesar atau sering disebut dengan kelompok rawan NAPZA, umur terendah adalah 18 tahun dan tertinggi adalah 25 tahun.

Distribusi umur responden pada Tabel 9

Tabel 9

Distribusi Umur Responden berdasarkan Kelompok Umur

No	Kelompok Umur (Th)	Jumlah	%
1	18 - 20	58	79,5
2	21 - 24	12	6,4
3	25	3	4,1
	Jumlah Total	73	100

Terlihat pada Tabel 9 bahwa sebagian besar responden yaitu : 79,5% termasuk kelompok umur 18 sampai 20 tahun.

2.1.2 Pendidikan

Latar belakang pendidikan responden terdiri dari berbagai jenis, yaitu dari tidak tamat SD sampai dengan tamat SLTA, dari data yang ada responden terbanyak adalah tamat sekolah dasar. Berdasarkan jenis pendidikan tersebut selanjutnya dikelompokkan tingkat pendidikan responden, selengkapnya pada tabel 10

Tabel 10

Distribusi Responden berdasarkan Tingkat Pendidikan

No	Pendidikan	Jumlah	%
1	Tinggi	0	0
2	Menengah	36	49,3
3	Dasar	37	50,7
	Jumlah Total	73	100

Terlihat pada tabel 10, bahwa sebagian besar responden, yaitu 50,7% tergolong dalam tingkat pendidikan dasar.

2.2 Pengetahuan Responden tentang Kekambuhan

Pengetahuan yang dimaksud adalah pengetahuan tentang kekambuhan dan faktor-faktor yang diduga berhubungan erat dengannya, yaitu kekambuhan dan perawatan / penanganan paska pengobatan. Berdasarkan hasil wawancara dengan responden diperoleh jawaban untuk masing-masing pertanyaan, dapat dilihat pada lampiran.

Pengetahuan responden tentang kekambuhan selanjutnya dikelompokkan menjadi baik, sedang dan kurang, selengkapnya disajikan pada tabel 11.

Tabel 11

Distribusi Frekwensi Pengetahuan Responden tentang Kekambuhan

No	Pengetahuan	Jumlah	%
1	Baik	0	0
2	Sedang	58	79,5
3	Kurang	15	20,5
	Jumlah Total	73	100

Pengetahuan responden tentang bahaya kekambuhan dan perawatan / penanganan paska pengobatan, sebagian besar yaitu 79,5% termasuk dalam kategori sedang.

2.3 Sikap Responden terhadap Kekambuhan

Sikap ditunjukkan dengan pernyataan setuju dan tidak setuju terhadap bahaya kekambuhan dan perawatan / penanganan paska pengobatan. Perincian masing-masing pertanyaan dan jawaban tentang sikap responden selengkapnya dapat dilihat pada lampiran.

Sikap responden terhadap kekambuhan selanjutnya dikelompokkan menjadi tidak mendukung dan mendukung. Distribusi frekwensi sikap responden terhadap bahaya kekambuhan dan perawatan / penanganan paska pengobatan disajikan pada tabel 12.

Tabel 12

Distribusi Frekwensi Sikap Responden terhadap Kekambuhan

No	Sikap	Jumlah	%
1	Mendukung	61	83,6
2	Ragu-ragu / tidak tahu	0	0
3	Tidak Mendukung	12	16,4
	Jumlah Total	73	100

Sebagian besar responden yaitu 83,6% mempunyai sikap mendukung / positif terhadap bahaya kekambuhan dan penanganan/perawatan paska pengobatan.

2.4 Jenis NAPZA yang dipakai

Jenis NAPZA yang dipakai, dimaksud adalah jenis NAPZA yang dipilih dan dipergunakan terus menerus selama mantan penyalahguna menjadi penyalahguna NAPZA dan menyebabkan ketergantungan kembali yang berhubungan dengan dosis dan cara pemakaian. Perincian masing-masing pertanyaan dan jawaban jenis NAPZA yang dipilih dan dosis serta cara pemakaian dapat dilihat pada lampiran.

Berdasarkan jumlah total jawaban responden tersebut, jenis NAPZA yang dipakai dikelompokkan seperti pada tabel 13.

Tabel 13
Distribusi Frekwensi Responden berdasarkan jenis NAPZA yang dipakai

No	Jenis NAPZA yang dipakai	Jumlah	%
1	Sangat mudah kambuh	12	16,4
2	Mudah Kambuh	61	83,6
3	Sukar kambuh	0	0
	Jumlah Total	73	100

Terlihat pada tabel 13 sebagian besar responden yaitu 83,6%, pemilihan pada jenis NAPZA yang dipakai, dosis dan cara pemakaiannya termasuk pada kategori mudah kambuh.

2.5 Niat untuk Sembuh

Niat yang dimaksud adalah alasan yang dikemukakan oleh responden/mantan penyalahguna NAPZA sebagai ekspresi dorongan atau keinginan dari dalam diri responden untuk menghindari penyalangunaan NAPZA kembali, atau tingkat keinginan dari responden untuk berperilaku tertentu dalam upaya menghindari kekambuhan. Perincian masing-masing pertanyaan dan jawaban niat untuk sembuh dapat dilihat pada lampiran.

Berdasarkan jumlah total jawaban responden tersebut, niat untuk sembuh dikelompokkan seperti pada tabel 14.

Tabel 14

Distribusi Frekwensi Responden berdasarkan Niat untuk sembuh

No	Niat	Jumlah	%
1	Berniat sangat kuat	16	21,9
2	Berniat kuat	47	64,4
3	berniat tidak kuat	10	13,7
	Jumlah Total	73	100

Terlihat pada tabel 14, sebagian besar responden yaitu 64,4% termasuk dalam kategori mempunyai niat yang kuat (sedang).

2.6 Agama

Agama yang dimaksud adalah ketaatan responden / penyalahguna NAPZA dalam melaksanakan ibadahnya yang meliputi : kedalaman pemahaman agama, ketaatan menjalankan ibadah serta pengamalannya dalam kehidupan sehari-hari.

Tabel 15

Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Agama

No	Agama	Jumlah	%
1	Baik	59	80,8
2	Kurang	14	19,2
	Jumlah total	73	100

Terlihat dalam tabel 15, sebagian besar responden yaitu 80,8% termasuk dalam kategori memahami agama secara baik.

2.7 Komunikasi dalam Keluarga

Komunikasi dalam keluarga yang dimaksud adalah efektifitas, kualitas dan kuantitas hubungan atau interaksi yang terjadi sehari-hari antara seluruh anggota keluarga inti (ayah, ibu dan anak) dengan mantan penyalahguna NAPZA yang berpengaruh positif atau negatif terhadap terjadinya kekambuhan. Perincian masing-masing pertanyaan dan jawaban komunikasi dalam keluarga dapat dilihat pada lampiran.

Berdasarkan jumlah total jawaban responden tersebut, komunikasi dalam keluarga dikelompokkan seperti terlihat pada tabel 16.

Tabel 16

Distribusi Frekwensi Responden berdasarkan Komunikasi dalam Keluarga

No	Komunikasi dalam keluarga	Jumlah	%
1	Baik	13	17,8
2	Sedang	48	65,8
3	Kurang	12	16,4
	Jumlah Total	73	100

Terlihat pada tabel 16 sebagian besar responden yaitu 65,8% intensitas komunikasi dalam keluarganya termasuk dalam kategori sedang.

2.8. Tingkat Sosial Ekonomi

Tingkat sosial ekonomi yang dimaksud adalah pendapatan / penghasilan keluarga responden/mantan penyalahguna NAPZA yang didapat atau diperoleh selama sebulan dan dinyatakan dalam rupiah. Perincian masing-masing pertanyaan dan jawaban tingkat sosial ekonomi dapat dilihat pada lampiran.

Berdasarkan jumlah total jawaban responden tersebut, tingkat sosial ekonomi dikelompokkan seperti terlihat pada tabel 17.

Tabel 17
Distribusi Frekwensi Responden berdasarkan Tingkat Sosial Ekonomi

No	Tingkat sosial ekonomi	Jumlah	%
1	Cukup	63	81,1
2	Kurang	10	18,9
	Jumlah Total	73	100

Terlihat pada tabel 17 sebagian besar responden, yaitu 81,1 % tingkat sosial ekonominya termasuk dalam kategori cukup.

2.9 Keaktifan dalam kegiatan di lingkungan

Keaktifan dalam kegiatan di lingkungan yang dimaksud adalah semua fasilitas dan kegiatan di luar lingkungan keluarga, yang dapat mempengaruhi mantan penyalanguna NAPZA menjadi kambuh kembali atau tidak. Perincian masing-masing pertanyaan dan jawaban keaktifan dalam kegiatan di lingkungan dapat dilihat pada lampiran.

Berdasarkan jumlah total jawaban responden tersebut, keaktifan dalam kegiatan di lingkungan dikelompokkan seperti pada tabel 18.

Tabel 18
Distribusi Frekwensi Responden berdasarkan Keaktifan dalam Kegiatan di Lingkungan

No	Keaktifan dalam kegiatan di lingkungan	Jumlah	%
1	Aktif	16	21,9
2	Kurang Aktif	50	68,5
3	Tidak Aktif	7	9,6
	Jumlah Total	73	100

Terlihat pada tabel 18, sebagian besar responden yaitu 68,5% keaktifan di dalam kegiatan di lingkungannya termasuk dalam kategori kurang aktif

2.10 Teman Pemakai NAPZA

Teman pemakai NAPZA yang dimaksud adalah mantan penyalahguna NAPZA kembali pada lingkungan / kelompok lama (yang masih aktif menjadi penyalahguna NAPZA). Perincian masing-masing pertanyaan dan jawaban untuk teman pemakai NAPZA dapat dilihat pada lampiran.

Berdasarkan jumlah total jawaban responden tersebut, pengaruh teman pemakai NAPZA dikelompokkan seperti pada tabel 19.

Tabel 19

Distribusi Frekwensi Responden berdasarkan Teman pemakai NAPZA

No	Teman pemakai NAPZA	Jumlah	%
1	Mempengaruhi	29	39,7
2	Tidak Mempengaruhi	44	60,3
	Jumlah Total	73	100

Terlihat pada tabel 19, sebagian besar responden yaitu 60,3% lingkungan teman pemakai NAPZA nya termasuk dalam kategori tidak mempengaruhi.

2.11 Penerimaan Lingkungan

Penerimaan lingkungan yang dimaksud adalah proses penerimaan lingkungan dalam arti luas, sesudah mantan penyalanguna NAPZA kembali pada lingkungan lamanya (paska pengobatan). Perincian masing-masing pertanyaan dan jawaban penerimaan lingkungan dapat dilihat pada lampiran.

Berdasarkan jumlah total jawaban responden tersebut, penerimaan lingkungan dikelompokkan seperti yang terlihat pada tabel 20.

Tabel 20

Distribusi Frekwensi Responden berdasarkan Penerimaan Lingkungan

No	Penerimaan Lingkungan	Jumlah	%
1	Diterima	70	95,9
2	Tidak diterima	3	4,1
	Jumlah Total	73	100

Terlihat pada tabel 20, sebagian besar responden yaitu 95,9% penerimaan lingkungannya termasuk dalam kategori diterima oleh lingkungan.

2.12 Kambuh Kembali

Kambuh kembali yang dimaksud adalah mantan penyalahguna kembali menjalani perawatan ulang karena ketergantungan pada zat yang sama dengan sebelumnya. Perincian masing-masing pertanyaan dan jawaban kambuh kembali dapat dilihat pada lampiran.

Berdasarkan jumlah total jawaban responden tersebut kambuh kembali dikelompokkan seperti pada tabel 21.

Tabel 21

Distribusi Frekwensi Responden berdasarkan kambuh kembali

No	Kambuh Kembali	Jumlah	%
1	Kekambuhan cepat	58	79,5
2	Kekambuhan lambat	15	20,5
	Jumlah Total	73	100

Terlihat pada tabel 21, sebagian besar responden yaitu 79,5% jangka waktu sembuh sampai dengan kambuh kembali, termasuk dalam kategori kekambuhan cepat.

III. Hasil Uji Bivariat

3.1 Hubungan Pendidikan dengan terjadinya kekambuhan.

Tabel 22

Hubungan antara Pendidikan dengan terjadinya Kekambuhan

Pendidikan	Kekambuhan Lambat		Kekambuhan Cepat		Total	
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
Menengah	20	46,5	23	53,5	43	61,4
Dasar	15	55,6	12	44,4	27	38,6
Total	35	50	35	50	70	100
p value = 0,022						

Dari seluruh responden yang diteliti (tabel 22) menunjukkan bahwa dari 20 responden (46,5%) yang berpendidikan menengah menunjukkan kekambuhan lambat, sedangkan dari 15 responden (55,6%) yang berpendidikan dasar menunjukkan kekambuhan lambat yang sama. Hasil uji *Fisher Exact* didapat $p = 0,022$ hal ini berarti bahwa hubungan antara pendidikan dengan kekambuhan secara statistik bermakna

3.2 Hubungan Pengetahuan dengan terjadinya Kekambuhan

Tabel 23
Hubungan antara Pengetahuan dengan terjadinya Kekambuhan

Pengetahuan	Kekambuhan				Total	
	Kekambuhan Lambat		Kekambuhan Cepat			
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
Sedang	36	64,3	20	35,7	56	100
Kurang	7	50,0	7	52,0	14	100
Total	43	61,4	27	38,6	70	100
p Value = 0,326						

Dari seluruh responden yang diteliti (tabel 23) menunjukkan bahwa 36 responden (64,3%) yang berpengetahuan sedang menunjukkan kekambuhan lambat, sedangkan 7 responden (50,0%) yang berpengetahuan kurang menunjukkan kekambuhan lambat yang sama. Uji *Pearson Chi Square* didapat $p=0,326$ hal ini berarti bahwa hubungan antara pengetahuan dengan kekambuhan secara statistik tidak bermakna.

3.3 Hubungan antara Sikap terhadap terjadinya Kekambuhan

Tabel 24

Hubungan antara Sikap terhadap terjadinya Kekambuhan

Sikap	Kekambuhan				Total	
	Kekambuhan Lambat		Kekambuhan Cepat			
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
Mendukung	37	62,7	22	37,3	59	100
Tidak Mendukung	6	54,5	5	45,5	11	100
Total	43	61,4	27	38,6	70	100
p Value = 0,739						

Dari seluruh responden yang diteliti (tabel 24) menunjukkan bahwa sebagian besar responden yang mempunyai sikap mendukung 37 responden (62,7%) menunjukkan kekambuhan lambat, demikian pula bagi responden yang mempunyai sikap tidak mendukung yaitu 6 responden (54,5%) menunjukkan kekambuhan lambat yang sama sehingga tidak ada kecenderungan yang mempunyai sikap tidak mendukung menyebabkan kekambuhan cepat, hal ini dibuktikan dari hasil uji Fisher Exact didapat $p=0,739$ yg menunjukkan bahwa hubungan antara sikap dengan terjadinya kekambuhan secara statistik tidak bermakna.

3.4 Hubungan antara Jenis NAPZA yang dipakai dengan terjadinya Kekambuhan

Tabel 25

Hubungan antara Jenis NAPZA yang dipakai dengan terjadinya Kekambuhan

Jenis NAPZA yang dipakai	Kekambuhan				Total	
	Kekambuhan Lambat		Kekambuhan Cepat			
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
Sangat mudah kambuh	8	66,7	4	33,3	12	100
Mudah kambuh	35	60,3	23	39,7	58	100
Total	43	61,4	27	38,6	70	100
p Value = 0,755						

Dari seluruh responden yang diteliti (tabel 25) menunjukkan bahwa yang memakai jenis NAPZA sangat mudah kambuh sebagian besar 8 responden (66,7%) terjadi kekambuhan lambat, sedangkan yang memakai jenis NAPZA mudah kambuh juga sebagian besar 35 responden (60,3%) menunjukkan kekambuhan lambat yang sama, sehingga tidak terlihat adanya kecenderungan yang memakai jenis NAPZA sangat mudah kambuh menyebabkan kekambuhan cepat, hal ini terbukti dari uji Fisher Exact yang didapat $p=0,755$ hal ini berarti bahwa hubungan antara jenis NAPZA yang dipakai dengan kekambuhan secara statistik tidak bermakna.

3.5 Hubungan antara Niat untuk Sembuh dengan terjadinya kekambuhan

Tabel 26

Hubungan antara Niat untuk sembuh dengan terjadinya Kekambuhan

Niat untuk sembuh	Kekambuhan				Total	
	Kekambuhan Lambat		Kekambuhan Cepat			
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
Berniat sangat kuat	9	60,0	6	40,0	15	100
Berniat kuat	27	58,7	19	41,3	46	100
Berniat tidak kuat	7	77,8	2	22,2	9	100
Total	43	61,4	27	38,6	70	100
p Value = 0,556						

3.6 Hubungan antara Agama dengan terjadinya kekambuhan

Dari seluruh responden yang diteliti (tabel 26) tertulis bahwa sebagian besar, 9 responden (60,0%) yang berniat sangat kuat menunjukkan kekambuhan lambat ,kemudian yang berniat kuat ,27 responden(58,7%) menunjukkan kekambuhan lambat pula ,demikian juga dengan yang berniat tidak kuat ,yaitu 7responden (77,8%) menunjukkan kekambuhan lambat yang sama .Dari uji Pearson Chi Square didapat $p=0,556$, hal ini berarti bahwa hubungan antara niat untuk sembuh dengan kekambuhan secara statistik tidak bermakna.

Tabel 27

Hubungan antara Agama dengan terjadinya kekambuhan

Agama	Kekambuhan				Total	
	Kekambuhan Lambat		Kekambuhan Cepat			
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
Baik	36	62,1	22	37,9	58	100
Kurang	7	58,3	5	41,7	12	100
Total	43	61,4	27	38,6	70	100

Dari seluruh responden yang diteliti (tabel 27) menunjukkan bahwa sebagian besar yang menjalankan agama dengan baik, 36 responden (62,1%) menunjukkan kekambuhan lambat, begitu juga dengan responden yang kurang menjalankan agama dengan baik yaitu 7 orang (58,3%) menunjukkan kekambuhan lambat yang sama. Hasil uji *Fisher Exact* didapat $p=0,526$, hal ini membuktikan bahwa hubungan antara agama dengan kekambuhan secara statistik tidak bermakna.

3.7 Hubungan antara Komunikasi dalam keluarga dengan terjadinya kekambuhan

Dengan menggunakan uji "*Spearman's rho*" seperti terlihat pada lampiran diperoleh nilai $p = 0,680$ dengan nilai koefisien korelasi ($r = 0,05$). Kesimpulan dari uji Bivariat untuk hubungan antara komunikasi dalam keluarga dengan kekambuhan adalah : tidak terdapat hubungan yang bermakna antara komunikasi dalam keluarga dengan kekambuhan.

3.8 Hubungan antara tingkat sosial ekonomi dengan terjadinya kekambuhan

Tabel 28

Hubungan antara tingkat sosial ekonomi dengan terjadinya kekambuhan

Tingkat Sosial Ekonomi	Kekambuhan				Total	
	Kekambuhan Lambat		Kekambuhan Cepat			
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
Cukup	27	64,3	15	35,7	45	100
Kurang	7	70,0	3	30,0	10	100
Total	34	65,4	18	34,6	52	100
p Value = 1,00						

Dari seluruh responden yang diteliti (tabel 28) menunjukkan bahwa sebagian besar yang mempunyai tingkat sosial ekonomi cukup, 27 responden (64,3%) menunjukkan kekambuhan lambat, sedangkan sebagian besar yang mempunyai ekonomi kurang menunjukkan kekambuhan lambat yang sama, dengan uji *Fisher Exact* didapat $p=1,00$ hal ini membuktikan bahwa hubungan antara tingkat sosial ekonomi dengan terjadinya kekambuhan secara statistik tidak bermakna.

3.9 Hubungan antara keaktifan kegiatan di lingkungan dengan terjadinya kekambuhan.

Dengan menggunakan uji "*Spearman's rho*" seperti terlihat pada lampiran diperoleh nilai $p = 0,604$ dengan nilai koefisien korelasi ($r = 0,063$). Kesimpulan dari Uji Bivariat untuk hubungan antara keaktifan yang bermakna antara keaktifan dalam kegiatan di lingkungan dengan terjadinya kekambuhan.

3.10 Hubungan antara teman pemakai NAPZA dengan terjadinya kekambuhan

Tabel 29

Hubungan antara teman pemakai NAPZA dengan terjadinya kekambuhan

Teman Pemakai Napza	Kekambuhan				Total	
	Kekambuhan Lambat		Kekambuhan Cepat			
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
Mempengaruhi	20	48,8	21	51,2	41	100
Tidak mempengaruhi	7	24,1	22	75,9	29	100
Total	27	38,6	43	61,4	70	100
p Value = 1,00						

Dari seluruh responden yang diteliti (tabel 29) menunjukkan bahwa sebagian besar yang menyatakan teman mempengaruhi, 21 responden (51,2%) menunjukkan kekambuhan cepat sedangkan 22 responden (75,9%) yang menyatakan teman tidak mempengaruhi juga menunjukkan kekambuhan cepat yang sama, tetapi dari uji *Pearson Chi Square* didapat $p = 0,037$ hal ini membuktikan bahwa hubungan antara teman pemakai NAPZA dengan terjadinya kekambuhan secara statistik bermakna.

3.11 Hubungan antara Penerimaan Lingkungan dengan terjadinya kekambuhan

Tabel 30

Hubungan antara Penerimaan Lingkungan dengan terjadinya kekambuhan

Penerimaan Lingkungan	Kekambuhan				Total	
	Kekambuhan Lambat		Kekambuhan Cepat			
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
Diterima	41	61,2	26	38,8	67	100
Tidak diterima	2	66,7	1	33,3	3	100
Total	43	61,4	27	38,6	70	100
p Value = 0,100						

Dari seluruh responden yang diteliti (tabel 30) menunjukkan bahwa sebagian besar yang diterima lingkungan ,41 responden (61,2%) menunjukkan kekambuhan lambat, demikian pula sebagian besar yang tidak diterima lingkungan yaitu 2 responden (66,7%) menunjukkan kekambuhan lambat yang sama. Dengan uji Fisher Exact didapat $p = 0,100$ hal ini membuktikan bahwa secara statistik hubungan antara penerimaan lingkungan dengan kekambuhan menunjukkan hubungan yang tidak bermakna, ini terjadi karena proporsi sampel yang diteliti antara yang diterima lingkungan dan yang tidak diterima tidak proporsional. Hal ini tidak dapat digeneralisir dan hanya berlaku pada penelitian ini, kemungkinan disebabkan kondisi khusus yang melatar belakangi kondisi mantan penyalahguna.

IV. Hasil Uji Multivariat

Untuk melihat faktor yang paling dominan yang berhubungan dengan kekambuhan telah dilakukan uji statistik regresi logistik ganda, hasil selengkapnya disajikan pada tabel 31.

Tabel 31

Hasil uji statistik hubungan antara pendidikan, pengetahuan sikap, jenis NAPZA yang dipakai, niat, agama, komunikasi dalam keluarga, tingkat sosial ekonomi, keaktifan dalam kegiatan di lingkungan, teman pemakai NAPZA dan penerimaan lingkungan dengan kekambuhan.

No	Variabel	Sig	Exp (B)
1	Pendidikan	0,711	1,000
2	Pengetahuan	0,168	8,304
3	Sikap	0,775	0,650
4	Jenis NAPZA	0,140	0,209
5	Niat	0,083	0,083
6	Komunikasi dalam keluarga	0,061	0,074
7	Agama	0,175	6,334
8	Sosial ekonomi	0,818	1,000
9	Keaktifan dalam lingkungan	0,777	1,212
10	Teman pemakai NAPZA	0,272	2,897
11	Penerimaan Lingkungan	0,894	0,000

Pada tabel 31 dengan menggunakan alpha 5% terlihat bidang faktor yang paling kuat (dominan) hubungannya dengan kekambuhan adalah penerimaan lingkungan.

BAB V

PEMBAHASAN

A. Hasil Uji Bivariat

1. Pendidikan

Berdasarkan hasil penelitian ternyata sebagian besar responden, yaitu 79,5% (tabel 1/9) termasuk dalam kelompok umur 18 - 20 tahun, kelompok umur tersebut termasuk usia rawan (kelompok rawan NAPZA) karena dalam masa perkembangan jiwa remaja terdapat suatu fase dimana terjadi perubahan yang sangat drastis baik dari segi fisik, psikis, sosial maupun seksual. Perubahan ini karena pada usia tersebut remaja masih mencari jati dirinya dan hal ini akan menyebabkan gejolak dalam diri remaja tersebut, dengan segala keingintahuan dan tuntutan yang sesuai dengan yang sedang terjadi dan berlaku di sekitarnya, keadaan yang demikian ditambah mobilitas yang sangat tinggi dan lingkungan (kelompok) yang sangat bervariasi memudahkan mereka menerima segala macam informasi baik yang benar maupun salah, hal tersebut termasuk informasi tentang NAPZA. Berdasarkan teori dari Green (1991) bahwa semua perbuatan/praktek manusia adalah setelah melalui perenungan dan sangat dipengaruhi faktor dari dalam (*Predisposing*) antara lain adalah pendidikan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pendidikan responden sebagian besar 50,7% termasuk kategori tingkat pendidikan Dasar, yaitu tidak lulus sekolah dasar bahkan pendidikan tertinggi hanya lulus SLTA (tabel 10).

Pada saat ini Pemerintah telah menetapkan pendidikan dasar 9 tahun bagi bangsa Indonesia, berarti masyarakat Indonesia minimal berpendidikan lulus SLTP. Dengan melihat data hasil penelitian, maka dapat dikatakan bahwa tingkat pendidikan responden masih rendah.

Asumsi umum bahwa semakin tinggi pendidikan, semakin mempunyai wawasan/pengalaman yang luas dan cara berpikir serta bertindak yang lebih baik. Pendidikan yang rendah mempengaruhi tingkat pemahaman terhadap informasi yang sangat penting tentang NAPZA dan segala dampak negatif yang dapat ditimbulkannya, karena pendidikan rendah berakibat sulit untuk berkembang menerima informasi baru serta mempunyai pola berpikir yang sempit.

Hal tersebut mempengaruhi daya penalaran dan menghambat, masukan informasi yang benar dalam sosialisasi penanggulangan penyalangunaan NAPZA, yang sedang gencar dikampanyekan saat ini sehingga tidak dapat mencegah penyalahguna untuk kambuh kembali (kembali menjadi penyalahguna NAPZA).

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan responden dengan kambuh kembali ($p = 0,022$). Hal tersebut membuktikan bahwa tingkat pendidikan yang rendah mempengaruhi pemahaman dalam perawatan paska pengobatan dari mantan penyalahguna NAPZA, sehingga rentan untuk menyalahgunakan NAPZA kembali.

2. Pengetahuan Responden tentang Kekambuhan

Pengetahuan diperoleh dari hasil proses belajar baik secara formal maupun informal. Semakin orang rajin belajar, maka semakin bertambah pengetahuannya. Pengetahuan responden dalam penelitian ini termasuk kategori sedang (tabel 11). Pengetahuan yang minim akan berpengaruh terhadap sikap maupun praktek dalam penatalaksanaan / perawatan paska pengobatan dari mantan penyalahguna NAPZA.

Pengetahuan yang kurang berhubungan dengan tingkat pendidikan yang masih rendah. Orang yang berpendidikan rendah pada umumnya mempunyai pengetahuan yang tertinggal. Pengetahuan yang minim juga disebabkan oleh keterbatasan dalam menerima informasi dan komunikasi. Pengetahuan yang kurang pada responden akan menyebabkan kurang baik dalam menangani / merawat mantan penyalahguna NAPZA paska pengobatan, terutama : menjalankan hal-hal yang dianjurkan dan menghindari hal-hal yang dilarang, agar mantan penyalahguna tidak kambuh kembali.

Menurut Soekidjo (1996) Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan hal tersebut terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting bagi pembentukan sikap, tindakan dan perilaku seseorang yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng.

Pengetahuan yang belum baik dari responden (mantan penyalahguna NAPZA) menyebabkan mereka rentan terhadap penyalahgunaan NAPZA kembali (kambuh kembali). Hasil Uji statistik menunjukkan hubungan yang tidak bermakna antara pengetahuan dengan kekambuhan ($p = 0,326$) berarti tidak ada hubungan antara pengetahuan responden tentang kekambuhan dengan peristiwa kambuh kembali.

Hal tersebut mungkin saja terjadi karena sebaran responden menurut pengetahuan dan kekambuhan tidak merata / proporsional, kemungkinan lain adalah jumlah sampel yang kurang besar karena keterbatasan / sulitnya mendapatkan sampel yang memenuhi kriteria penelitian, di samping itu ada faktor lain yang lebih spesifik pada responden, misalnya : pada saat wawancara masih dalam keadaan halusinasi karena pengaruh NAPZA yang masih melekat (sakaw), hal-hal di atas menyebabkan hasil penelitian tidak sesuai dengan teori yang ada.

Menurut Sularso (2001) yang terpenting dari penyalahgunaan dan kesalahgunaan NAPZA adalah sosialisasi yang terus menerus pada masyarakat. Hal tersebut dimaksudkan agar masyarakat mempunyai pengetahuan yang cukup tentang NAPZA serta pencegahan dini terhadap penyalahgunaannya.

Menurut Suls (1954) dalam *Social comparison Process* pengetahuan, sikap dan praktek seseorang akan selalu berubah setiap saat, karena manusia merupakan makhluk sosial yang hidup bersama-sama dengan orang lain,

akan selalu mengevaluasi dirinya, dan membandingkan dengan norma-norma umum yang berlaku, atau perilaku orang lain di sekitarnya.

Semua proses perubahan tersebut terjadi secara simultan dan terus menerus sehingga suatu saat akan tercipta perilaku yang terbaik sesuai dengan karakteristik yang dimiliki tiap-tiap individu.

3. Sikap Responden terhadap kekambuhan

Sikap merupakan bentuk evaluasi positif maupun negatif terhadap objek / orang, peristiwa atau ide-ide tertentu. Sikap juga merupakan kesediaan bereaksi terhadap sesuatu hal. Menurut Fishbein (1994) yang dikutip oleh R.A Isbandi perilaku erat kaitannya dengan niat dan niat ditentukan oleh sikap dengan demikian sikap tidak dapat menjelaskan secara langsung perilaku seseorang.

Dalam penelitian ternyata sebagian besar responden bersikap positif / mendukung terhadap pencegahan kekambuhan (tabel 17). Hal tersebut ditunjukkan dengan jawaban dari beberapa kuesioner yang diajukan. Berdasarkan hal tersebut berarti sebagian besar responden mendukung positif terhadap cara-cara pencegahan kekambuhan pada mantan penyalahguna NAPZA. Dengan dukungan positif maka dalam praktek perawatan paska pengobatan menjadi lebih baik, sesuai dengan pendapat Ancok (1989) bahwa responden yang bersikap setuju / positif berarti mendukung sesuatu. Semakin banyak jawaban yang positif semakin tinggi kategorinya dan semakin positif sikap yang terbentuk begitu pula sebaliknya.

Sikap positif / mendukung dari responden dimungkinkan karena sebagian besar responden adalah mantan penghuni Panti Rehabilitasi NAPZA (bukan rumah sakit) yang menjalankan program pemulihan secara menyeluruh / komprehensif, sehingga dalam perawatan paska pengobatan (menghindari serta melaksanakan hal-hal yang dianjurkan menjadi lebih baik). Hal itu sesuai dengan pendapat Sarwono (1984), bahwa ada dua lingkungan yang mempengaruhi yaitu lingkungan alam yang mencetak perilaku manusia di dalamnya sesuai dengan sifat dan keadaan alam tersebut, dan yang kedua lingkungan sosial budaya berupa keadaan manusia / masyarakat dengan segala budi manusia yang sangat kuat pengaruhnya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara statistik tidak terdapat hubungan yang bermakna antara sikap responden terhadap kekambuhan ($p= 0,739$) hal tersebut membuktikan bahwa sikap saja tidak cukup untuk menjamin mantan penyalahguna tidak menjadi kambuh kembali, karena diperlukan praktek yang merupakan *action* dari sikap, yang didukung pengetahuan dan pendidikan yang baik dari mantan penyalahguna.

Weerit (1989) mengatakan bahwa praktek dibentuk oleh pengalaman interaksi individu dengan lingkungan, khususnya menyangkut pengetahuan dan sikap terhadap suatu objek. Asumsi dari pernyataan di atas adalah dengan praktek menjauhi NAPZA mantan penyalahguna diharapkan terhindar dari kekambuhan.

Pencarian penyebab yang menentukan sikap seseorang sangat penting sesuai dengan teori atribusi, karena diakui bahwa jenis dari atribusi-atribusi

yang dibuat orang akan mempengaruhi kesehatan dan hasil kesehatan berikutnya. Michela & Wood (1989) mengatakan bahwa akibat atribusi terhadap perilaku kesehatan dan hasilnya (sikap/praktek) mencakup determinan-determinan lainnya. Pada peristiwa penyalahgunaan NAPZA diterangkan sebagai berikut : faktor *internal stabil* (pendidikan), faktor *internal - instabil* (niat), faktor *eksternal stabil* (pola pendidikan dalam keluarga) dan *eksternal instabil* (*peergroup*/teman sebaya) yang masing-masing atribusi mempunyai pengaruh atas sikap/praktek lewat implikasinya pada kontrol pribadi (*self-efficacy*). Menurut Naea & Norman(1992) pemakaian atribusi tertentu dapat mempromosikan keyakinan tentang kemampuan seseorang untuk menghindari akibat negatif masa datang, yang dalam hal ini adalah peristiwa kekambuhan.

4. Jenis NAPZA yang dipakai

Berdasarkan hasil penelitian ternyata sebagian besar responden 83,6% (tabel 13) termasuk pemakai jenis NAPZA yang menyebabkan penyalahguna mudah kambuh kembali. Jenis NAPZA yang disalahgunakan sedikit banyak mempengaruhi proses kekambuhan (adiksi) yang terjadi pada responden yaitu untuk zat-zat golongan I dan turunannya menimbulkan adiksi yang sangat kuat, demikian pula sebaliknya, untuk golongan II dan III serta turunannya, menimbulkan proses adiksi yang makin lemah.

Hal ini disebabkan karena jenis NAPZA yang dipakai langsung berefek / berpengaruh pada susunan syaraf pusat, makin luas pusat penghayatan kenikmatan yang dipengaruhi oleh jenis dan golongan NAPZA

yang dipergunakan, makin kuat potensi NAPZA tersebut untuk menimbulkan kekambuhan hal tersebut sesuai dengan pendapat Sularso (2001) tentang jenis zat yang dipakai penyalahguna NAPZA dan pengaruhnya terhadap susunan syaraf pusat yang menyebabkan adiksi.

Beberapa teori mengemukakan tentang proses terjadinya adiksi (ketagihan) dan dependensi (ketergantungan) pada mantan penyalahguna NAPZA, sebagai berikut :

Wikler (1973) mengemukakan "*Conditioning Theory*" menurut teori ini seseorang akan menjadi tergantung terhadap NAPZA apabila ia terus menerus diberi NAPZA tersebut, sesuai dengan teori adaptasi seluler ("*Neuro-adaptation*"), yaitu : tubuh beradaptasi dengan menambah jumlah reseptor, dan sel-sel syaraf bekerja keras. Jika pemakaian NAPZA dihentikan, sel yang masih bekerja keras tersebut mengalami keausan, yang dari luar nampak sebagai gejala-gejala putus NAPZA. Gejala putus NAPZA ini memaksa mantan penyalahguna untuk mengulangi pemakaian NAPZA kembali, sehingga menyebabkan kekambuhan, demikianlah seterusnya. (Edwards et al, 1982).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara statistik tidak terdapat hubungan yang bermakna antara jenis NAPZA yang dipakai dengan terjadinya kekambuhan ($p= 0,755$). Hal tersebut tidak sesuai dengan teori yang ada, kemungkinan disebabkan oleh sebaran responden yang tidak proporsional, disamping terdapat faktor lain, yaitu frekwensi pemakaian NAPZA yang tidak diteliti dalam penelitian ini. Joewana (1989) mengatakan

bahwa kebanyakan NAPZA berinteraksi dengan cara yang khas pada tempat sasaran dalam suatu sistem biologik di otak yang ditentukan oleh jenis NAPZA, cara pemakaian, dosis, dan frekwensi pemakaiannya.

Kemungkinan responden penelitian menggunakan NAPZA dengan dosis kecil tetapi frekwensi pemakaian yang sering dapat juga menyebabkan efek yang lebih kuat untuk kambuh kembali demikian sebaliknya dengan frekwensi yang lebih jarang walaupun dosisnya lebih besar.

Dari hasil wawancara mendalam didapat data bahwa efek samping penyalahgunaan NAPZA terhadap kesehatan fisik sangat luas antara lain : akibat pemakaian yang terus menerus menyebabkan sakit lever yang parah, dari jarum suntik yang tidak steril menyebabkan beberapa penyakit menular, sedangkan pergaulan bebas penyalahguna dapat menyebabkan penyakit menular seksual (PSK).

5. Niat untuk Sembuh

Berdasarkan penelitian Niat untuk sembuh pada responden mantan penyalahguna NAPZA termasuk pada kategori kuat (64,4%) tabel 14. Pada dasarnya manusia terdiri dari jasmani dan rohani, idealnya jasmani dan rohani harus berfungsi secara seimbang. Jiwa manusia terdiri atas tiga aspek, yaitu kognisi (pikiran), afeksi (emosi/perasaan) dan konasi (kehendak / kemauan / niat) selain pertumbuhan jasmani manusia juga mengalami perkembangan kejiwaan, dalam perkembangan kejiwaan inilah ketiga aspek tersebut terbentuk dan sangat dipengaruhi oleh perkembangan konsep dirinya, jadi ketiga aspek tersebut berkembang berbeda pada tiap-tiap

individu. Kehendak / niat seseorang selain dipengaruhi oleh fungsi fisiologis fisik juga dipengaruhi oleh pikiran dan perasaannya, maka jika pikiran dan emosinya stabil dapat dipastikan perilaku dan keinginannya akan terpengaruh, sehingga terdapat kontrol yang kuat dan terkendali untuk bertindak sesuai dengan norma yang ada di lingkungannya, yaitu menjauhi NAPZA, hal tersebut berkaitan dengan kemampuan mantan penyalahguna untuk memotivasi diri sehingga tertanam optimisme yang kuat untuk dapat terbebas dari penyalahgunaan NAPZA kembali. Faktor ini diasumsikan menjadi salah satu faktor yang paling berpengaruh terhadap kekambuhan pada mantan penyalahguna NAPZA.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara statistik tidak terdapat hubungan yang bermakna antara Niat untuk sembuh dengan terjadinya kekambuhan ($p= 0,556$), dapat diasumsikan bahwa walaupun seseorang mempunyai niat sangat kuat tetapi tanpa kesempatan yang menyertainya, maka niat tersebut hanya tinggal keinginan yang tidak terealisasi, harus diciptakan suasana yang kondusif agar niat untuk menjauhi NAPZA yang ada dapat direalisasikan oleh mantan penyalahguna.

6. Agama

Pada hasil penelitian kondisi seberapa jauh penghayatan/ketaatan responden dalam menjalankan ibadah menurut agamanya tidak mempunyai pengaruh yang berarti terhadap peristiwa kekambuhan/penyalahgunaan NAPZA kembali, hal ini dapat dilihat dari hasil uji statistik yang menunjukkan $p = 0,526$ yang membuktikan bahwa ketaatan

menjalankan/tidak agama tidak menunjukkan hubungan yang bermakna dengan kekambuhan. Pada penelitian ketaatan responden dalam menjalankan ibadah termasuk kategori baik (tabel 15).

Dari hasil di atas dapat ditarik kesimpulan bahwa faktor-faktor eksternal kemungkinan lebih besar pengaruhnya pada peristiwa penyalahgunaan NAPZA dan kekambukannya, selain itu kemungkinan yang lain adalah bahwa kebanyakan responden dalam menghayati dan menjalankan ibadahnya hanya menganggap sebagai bagian rutinitas ritual belaka sehingga tidak cukup untuk menjadikannya sebagai kontrol pada perilaku sehari-hari, dan pada akhirnya faktor-faktor eksternal maupun internal yang lain lebih besar pengaruhnya pada peristiwa kambuh kembali yang terjadi.

7. Komunikasi dalam keluarga

Komunikasi dalam keluarga dari mantan penyalahguna NAPZA yang diteliti sebagian besar 65,8% (tabel 16) termasuk dalam kategori sedang. Keluarga sebagai matriks (unit) sosial terkecil dalam masyarakat mempunyai peranan penting sebagai latar belakang penyalahgunaan NAPZA. Komunikasi dalam keluarga, peran orang tua dan kondisi keluarga sangat mempengaruhi kepribadian mantan penyalahguna, apakah akan rentan (*Vulnerable Personality*) atau tidak terhadap kekambuhan tergantung dari komunikasi dan cara mendidik di dalam keluarga tersebut, serta suasana rumah yang *kondusif* atau tidak. Keadaan keluarga yang tidak kondusif atau *disfungsi* keluarga mempunyai resiko relatif (*estimated relative risk*) 7,9%

bagi mantan penyalahguna untuk terlibat menyalahgunakan NAPZA kembali (Howard, 2001) dibanding dengan keluarga yang harmonis (kondusif).

Gerber (1983) dalam penelitiannya menyatakan bahwa penyalahgunaan NAPZA sering berkaitan dengan kelainan dalam sistem keluarga (komunikasi) yang mencerminkan adanya *psiko -patologik* dari satu atau lebih anggota keluarga, oleh karena itu penyalahgunaan NAPZA diidentifikasi juga sebagai penyakit keluarga (*family disease*).

Ruler (1980) melakukan penelitian terhadap perkembangan remaja yang dibesarkan dalam lingkungan keluarga yang mengalami disfungsi keluarga (tidak kondusif). Dalam penelitiannya itu dinyatakan bahwa remaja tersebut mempunyai resiko menjadi remaja dengan gangguan perilaku menyimpang yang lebih tinggi dibanding dengan yang dibesarkan dalam keluarga yang tanpa disfungsi (kondusif) yang pada gilirannya remaja tersebut rentan (*Vulnerable*) terlibat penyalahgunaan NAPZA kembali. Pada mantan penyalahguna komunikasi yang tidak / kurang efektif menyebabkan proses kekambuhan terjadi, komunikasi dua arah yang kondusif akan membuat anak terikat secara psikologis pada keluarga untuk menyelesaikan segala macam problem yang ada padanya.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara statistik tidak terdapat hubungan yang bermakna antara komunikasi dalam keluarga dengan terjadinya kekambuhan ($p = 0,680$). Pada penelitian ini, peneliti hanya mendapat data berdasarkan wawancara dengan mantan penyalahguna di panti Rehabilitasi, dan tidak meneliti pihak keluarga responden dengan latar

belakang yang menyertainya, jadi belum dapat diketahui secara pasti bahwa komunikasi yang terus menerus dengan keluarga akan mengakibatkan sesuatu yang lebih baik / buruk bagi responden, penjelasan dari hal tersebut sebagai berikut, pertama adalah kemungkinan hubungan yang terlalu kaku dalam keluarga, sesuai dengan pendapat Hurlock (1993) bahwa mendidik anak secara otoriter yang menggunakan hukuman untuk memperkuat kepatuhan secara ketat akan mendorong emosi yang tidak menyenangkan menjadi dominan. Kemungkinan kedua adalah beberapa anggota keluarga responden secara aktif menjadi penyalahguna NAPZA. Jadi semakin berinteraksi, semakin jauh dari kesembuhan, hal tersebut sesuai dengan pendapat HL. Blum yang dikutip Soekidjo (1997), bahwa faktor lingkungan dekat merupakan faktor yang mempengaruhi kesehatan maupun kelompok (baik fisik maupun psikis), jadi perilaku keluarga yang permisif terhadap NAPZA dapat membuat mantan penyalahguna sukar melepaskan diri dari ketergantungannya.

8. Tingkat Sosial Ekonomi

Sebagian besar responden mempunyai tingkat sosial ekonomi (pendapatan) yang termasuk cukup, Pattison (1980) telah melakukan penelitian mengenai pandangan masyarakat dan keluarga terhadap permasalahan penyalahgunaan / ketergantungan NAPZA yang mengalami perubahan dari tahun ke tahun. Dalam penelitian dan pengamatan itu dikemukakan, dahulu dianggap bahwa faktor kondisi sosial yang buruk (kemiskinan) sebagai penyebab penyalahgunaan NAPZA yang terus menerus

dan berulang (kambuh kembali) saat ini penyalahgunaan NAPZA tidak lagi dipandang sebagai masalah moral dan kemiskinan, melainkan sebagai masalah penyakit, penelitian yang dilakukan oleh Hawari (1990) salah satunya menyebutkan bahwa tersedianya NAPZA dan mudahnya NAPZA dibeli / diperoleh (*easy availability*) mempunyai andil 88% bagi mantan penyalanguna terlibat penyalahgunaan kembali. Interaksi antara faktor pendapatan dengan faktor pencetus (kontribusi) serta mudahnya NAPZA diperoleh mengakibatkan seseorang mempunyai resiko jauh lebih besar untuk terlibat dalam penyalangunaannya kembali. Terapi dan rehabilitasi terhadap penyalahguna NAPZA amat penting dalam upaya untuk mengurangi permintaan/kebutuhan terhadap NAPZA (*demand reduction*).

Dengan demikian diharapkan ketersediannya di pasaran akan menurun dengan sendirinya (*supply reduction*) sehingga daya beli masyarakat akan semakin kecil.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara statistik tidak terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat sosial ekonomi dengan terjadinya kekambuhan ($p = 1,000$). Pada saat ini penyalahgunaan NAPZA berbanding lurus dengan tingkat ketersediaan yang semakin meluas, sehingga daya beli tidak lagi menjadi masalah utama bagi kasus-kasus penyalahgunaan NAPZA jadi tingkat sosial ekonomi bukan masalah utama untuk seseorang secara berulang menyalahgunakan NAPZA (kambuh kembali).

9. Keaktifan Dalam Kegiatan di Lingkungan

Penelitian pada responden mantan penyalahguna NAPZA menunjukkan bahwa sebagian besar di antara mereka (68,5%) termasuk remaja-remaja dengan kategori kurang aktif keikutsertaannya dalam kegiatan di lingkungan, hal tersebut membuat banyak waktu luang, asumsinya adalah semakin banyak waktu luang yang ada akan membuat mantan penyalahguna semakin sering mengingat-ingat dan akhirnya tersugesti dengan pengalaman masa lalunya. Sebaliknya dengan menyediakan kegiatan yang bermakna dan mempunyai pilihan yang beragam akan merangsang ketrampilan dan keaktifan mereka sehingga tidak terjerumus kembali dalam kegiatan-kegiatan yang negatif. Membuat mantan penyalahguna aktif diberbagai kegiatan di lingkungan merupakan salah satu upaya *preventif* yang sering diambil sebagai pilihan. Kegiatan-kegiatan edukatif dengan sasaran meninggalkan faktor penyebab yang menjadi pendorong dan faktor peluang yang disebut faktor Korelatif Kriminogen, sehingga diharapkan tercipta suatu kesadaran kewaspadaan dan daya tangkal serta terbina dan terciptanya suatu kondisi perilaku dan norma hidup bebas NAPZA.

Kegiatan positif yang akhir-akhir ini diterapkan pada mantan penyalahguna agar tidak kambuh kembali adalah melibatkan mereka dalam perencanaan pencegahan dan penanggulangan penyalahgunaan NAPZA dengan menjadi Narasumber yang akurat, dengan demikian mendorong mereka untuk mengapresiasi diri yang akan menimbulkan rasa tanggung jawab dan kesadaran untuk tidak menyalahgunakan NAPZA kembali.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara statistik tidak terdapat hubungan yang bermakna antara keaktifan dalam kegiatan di lingkungan dengan terjadinya kekambuhan. Dari wawancara tambahan secara kualitatif rata-rata responden memilih aktif dalam kegiatan penyuluhan pencegahan penyalahgunaan NAPZA sebagai narasumber hal tersebut mempunyai dampak positif dan negatif, dampak positif yang terjadi adalah mantan penyalahguna menjadi bertanggung jawab sedang dampak negatif mantan penyalahguna tersugesti untuk menyalahgunakan NAPZA kembali, karena selalu mengulang-ulang peristiwa yang terjadi pada masa lalu (pengalaman sebelumnya), kejadian tersebut diatas terjadi bila selama beraktifitas sebagai narasumber mantan penyalahguna tanpa pendampingan (petugas dari LSM dll) sehingga tidak dapat mengantisipasi bila terjadi hal-hal di luar penguasaannya/kontrol dirinya.

10. Teman Pemakai NAPZA

Dalam mekanisme terjadinya penyalahgunaan / ketergantungan NAPZA, teman sebaya (*peer group*) mempunyai pengaruh yang dapat mendorong atau mencetuskan penyalahgunaan / ketergantungan NAPZA pada diri seseorang. Perkenalan pertama dan kemudian kekambuhan pada penyalahguna NAPZA, justru datangnya dari teman kelompok. (Hawari, 1990).

Marlatt dan Gordon (1980) dalam penelitiannya terhadap para penyalahguna / ketergantungan NAPZA yang kambuh, menyatakan bahwa mereka kembali kambuh karena ditawarkan oleh teman-temannya yang masih

menggunakan NAPZA (mereka kembali bertemu dan bergaul) pengaruh dari penelitian di atas adalah 34%. Dari hasil wawancara mendalam ternyata sebagian besar dari responden ikut serta menyalahgunakan NAPZA agar dianggap "gaul", dan diterima dalam kelompok/ lingkungannya, mereka mempunyai panutan / idola dalam kelompoknya masing-masing yang dianggap sosok idaman dan layak untuk dicontoh / diikuti.

Pengaruh teman kelompok ini dapat menciptakan keterikatan dan kebersamaan, sehingga yang bersangkutan sukar melepaskan diri. Pengaruh teman / kelompok ini tidak hanya pada saat pengenalan pertama dengan NAPZA, melainkan juga menyebabkan seseorang tetap menyalahgunakan / ketergantungan NAPZA dan yang menyebabkan kekambuhan.

Kondisi pergaulan sosial dalam lingkungan yang seperti ini merupakan kondisi yang dapat menimbulkan kekambuhan, dalam penelitian ini mencapai 34%. Penelitian serupa dilakukan oleh Hawari (2000) menyebutkan bahwa teman / kelompok sebagai penyebab faktor kekambuhan sebesar 58,36% seperti asumsi di atas, maka dalam penelitian ini terdapat hubungan yang bermakna antara teman pemakai NAPZA dengan terjadinya kekambuhan ($p = 0,132$).

11. Penerimaan Lingkungan

Penerimaan lingkungan pada mantan penyalahguna NAPZA sangat menentukan tingkat kekambuhan kembali yang mungkin terjadi, penerimaan lingkungan yang dimaksud adalah bahwa mantan penyalahguna NAPZA diterima secara utuh apa adanya oleh lingkungan, baik lingkungan kecil

(keluarga) maupun masyarakat sekitarnya. Dengan penerimaan lingkungan yang baik di harapkan perilaku anti sosial tersebut dapat berubah menjadi perilaku yang secara sosial dapat diterima (*Adaptive behavior*) sehingga meminimalkan proses kekambuhan.

Penerimaan lingkungan yang baik dapat memulihkan dan mengembalikan kondisi para mantan penyalahguna / ketergantungan NAPZA kembali sehat dalam arti sehat fisik, psikologik, sosial dan spiritual / agama (keimanan). Dengan kondisi sehat tersebut diharapkan mereka akan mampu kembali berfungsi secara wajar dalam kehidupan sehari-hari baik di rumah, di sekolah / kampus, ditempat kerja dan di lingkungan sosialnya.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara statistik tidak terdapat hubungan yang bermakna antara penerimaan lingkungan dengan terjadinya kekambuhan ($p = 1,000$) hal ini dimungkinkan karena faktor diluar mantan penyalahguna tidak begitu berpengaruh, dengan kata lain kepribadian responden sendiri sebagai penentu dan sangat berperan karena mempunyai kecenderungan tertentu. sesuai dengan pendapat Hawari (1990) bahwa seseorang dengan kepribadian tertentu (anti sosial) mempunyai resiko kambuh kembali / "*estimated relative risk*" 19,9%. Terlibat penyalahgunaan NAPZA, sedangkan Sharoff (1969) mengemukakan bahwa orang dengan kepribadian dan kondisi kejiwaan rawan (*Vulnerable Personality*), cenderung menyalahgunakan NAPZA secara berulang (faktor predisposisi), sehingga terjadi kekambuhan.

B. Hasil Uji Multivariat

Untuk mengetahui variabel yang paling dominan berhubungan dengan kekambuhan, maka beberapa variabel diuji secara bersama-sama. Hasil uji multivariat menunjukkan bahwa variabel penerimaan lingkungan adalah paling dominan berhubungan dengan kekambuhan.

Hal tersebut sesuai dengan pendapat HL. Blum bahwa lingkungan merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap derajat kesehatan, baik fisik maupun psikis.

Lingkungan merupakan tempat berinteraksinya individu satu dengan lainnya, bagaimana manusia berperilaku dalam mengelola lingkungan agar tidak menimbulkan masalah bagi diri sendiri. Faktor lingkungan sangat luas meliputi : lingkungan fisik, biologis, psikologis serta sosial. Lingkungan sosial meliputi keluarga dan masyarakat sekitar. Penerimaan lingkungan dalam arti luas, antara lain : dukungan dari keluarga, dukungan dari orang-orang terdekat yang mempunyai arti khusus, serta dukungan dari masyarakat sekitar sangat berperan, hal ini membuat mantan penyalahguna merasa diterima dengan utuh / adanya sehingga membuat perilakunya secara sosial dapat diterima dan dapat meminimalkan proses kekambuhan serta kembali sehat secara fisik, psikologik, sosial dan spiritual / keagamaan.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan setelah dilakukan pembahasan maka dapat diambil kesimpulan untuk menjawab tujuan dan hipotesis penelitian adalah sebagai berikut

1. Karakteristik responden : yaitu sebagian besar mantan penyalahguna NAPZA (79,5%) termasuk dalam kelompok umur 17-20 tahun, berpendidikan tamat sekolah dasar yaitu 50,7%, dengan jenis kelamin laki-laki 100%. Karakteristik kekambuhan yang terjadi sebagian besar (51,4%) termasuk kekambuhan cepat, sedangkan keadaan sosial ekonomi sebagian besar responden termasuk kategori cukup (81,1%).
2. Pengetahuan mantan penyalahguna NAPZA tentang kekambuhan termasuk kategori sedang (58%), 83,6 % responden bersikap mendukung terhadap anjuran-anjuran penanganan paska pengobatan, pengetahuan yang kurang dan sikap yang tidak mendukung dari mantan penyalahguna NAPZA adalah terhadap hal-hal yang harus dihindari paska perawatan / pengobatan, misalnya adalah : kembali ke lingkungan lama yang rawan, kurang ada kegiatan serta timbul rasa malu / bersalah yang berlebihan. Niat untuk sembuh dari masing-masing responden termasuk kategori berniat kuat (64,4%) dengan jenis NAPZA yang dipakai, sebagian besar responden

termasuk kategori mudah kambuh (83,6%), dengan pemahaman agama yang termasuk kategori baik (80,8%).

3. Sebagian besar mantan penyalahguna dalam berkegiatan / beraktifitas termasuk kategori kurang aktif (68,5%). Sebelum sembuh mereka bergaul dengan lingkungan yang sebagian besar (60,3%) terdapat sesama penyalahguna / mantan penyalahguna NAPZA lainnya. Setelah sembuh dan mengalami perawatan paska pengobatan hampir seluruhnya (95,9%) termasuk dalam kategori dapat diterima oleh lingkungan sekitarnya, hal tersebut tidak terlepas dari dukungan / komunikasi dalam keluarga yang baik / termasuk kategori sedang (65,8%).
4. Terdapat hubungan yang bermakna antara pendidikan, dan teman pemakai NAPZA dari mantan penyalahguna dengan peristiwa kambuh kembali yang terjadi.
5. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan, sikap, niat, agama, jenis NAPZA yang dipakai, komunikasi dalam keluarga, status sosial ekonomi, keaktifan dalam kegiatan dan penerimaan lingkungan dengan peristiwa kambuh kembali.
6. Penerimaan lingkungan merupakan faktor yang paling dominan yang berhubungan dengan proses kambuh kembali.
7. Sebagian besar penyalahgunaan NAPZA pada responden adalah merupakan trend karena mempunyai figur idola di lingkungan pergaulannya.

8. Terdapat efek samping yang serius pada kesehatan, berupa beberapa penyakit karena penyalahgunaan NAPZA yang perlu penanganan secara terpadu dari sektor terkait.

B. Saran

Dalam penelitian diperoleh bahwa faktor pendidikan dan teman pemakai NAPZA / kelompok sebaya (*peergourp*) berhubungan dengan peristiwa kambuh kembali yang terjadi. Sedangkan variabel penerimaan lingkungan jika diuji secara terpisah tidak berpengaruh tetapi jika diuji bersama-sama / simultan dengan variabel lain menunjukkan pengaruh yang paling dominan.

1. Bagi mantan penyalahguna untuk menghilangkan pengaruh teman / kelompok (*peer group*) adalah dengan memberikan kegiatan yang positif sehingga sedikit mungkin berinteraksi dengan lingkungan lamanya, misalnya : menjadi narasumber yang akurat pada kelompok-kelompok anti NAPZA, menggeluti dunia entertainment yang bersih dan bebas NAPZA, serta membuat berbagai kegiatan dan melengkapi fasilitas olahraga. Usaha-usaha tersebut memerlukan partisipasi aktif dari keluarga korban.
2. Bagi pemerintah :
 - a. Meminimalkan keberadaan NAPZA di pasaran melalui koordinasi aparat yang terkait (Balai Besar POM, Dinkes, Polri dan Sarana Kesehatan lainnya) agar daya beli rendah sehingga mengurangi permintaan (*demand reduction*) karena menurut Hawari (1990), mereka memperoleh NAPZA

secara terang-terangan sangat tinggi (81,3%) dan dari jalur resmi (78,7%), selain itu untuk Dinas Kesehatan dan institusi pendidikan terkait perlu sosialisasi terus menerus tentang penanggulangan penyalahgunaan dan kesalahgunaan NAPZA untuk pencegahan dini, terutama bagi hal-hal yang dilarang setelah penyalahguna mengalami pengobatan agar mantan penyalahguna tidak kambuh kembali

- b. Responden yang diteliti berpendidikan rendah dan sedang, maka perlu diadakan program rehabilitasi lanjutan (setara dengan sekolah khusus) untuk meningkatkan pengetahuan dan melatih penalaran bagi mantan penyalahguna NAPZA sekaligus memberikan serta meningkatkan kegiatan yang positif bagi mereka, melalui bimbingan ketrampilan (vokasional).
 - c. Bagi Depdiknas supaya aktif mensosialisasikan adanya pendidikan lanjutan dengan kurikulum formal bagi mantan penyalahguna NAPZA yang putus sekolah.
 - d. Segera mewujudkan penanganan terpadu di panti-panti rehabilitasi NAPZA (*one stop center*) yang terdiri dari lintas sektor terkait, yaitu : Dinas Kesehatan, Dinas Sosial dan POLRI untuk penanganan yang lebih komprehensif dan integratif.
3. Untuk Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) dan kelompok peduli NAPZA perlu menciptakan model yang mewakili kelompok remaja sehingga menjadi trend baru, model tersebut dapat dari kalangan tokoh muda yang dekat

dengan remaja dengan ciri-ciri spesifik dan digemari serta yang terpenting adalah membawa "*image*" yang sehat dan bebas NAPZA.

4. Pada penelitian ini penerimaan lingkungan merupakan faktor yang paling berpengaruh / dominan terhadap proses kekambuhan manusia dalam suatu lingkungan masyarakat yang kompleks dipengaruhi berbagai hal dalam bersikap dan bertindak (praktek), oleh karena itu untuk melengkapi penelitian ini perlu dilakukan penelitian lebih lanjut tentang persepsi masyarakat terhadap penyalahguna dan mantan penyalahguna NAPZA yang ada di lingkungannya.
5. Pada penelitian tentang variabel jenis NAPZA yang dipakai belum dimasukkan faktor frekuensi pemakaian oleh karena itu perlu dilakukan penelitian lebih lanjut yang memasukkan frekuensi pemakaian sebagai salah satu variabel penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

- Ancok, D, 1987, *Teknik Penyusunan skala Pengukur* (Seri Metodologi No. 9) Pusat Penelitian Kependudukan Universitas Gajah Mada, Yogyakarta.
- Aswanto, 1992, *Narkotika dan Dampaknya Terhadap Generasi Muda Dalam Rangka Pembinaan Ketahanan Nasional*, Tesis, UGM.
- Badan POM, 2000, *Rencana Strategi Pusat Penyidikan Obat dan Makanan*, Rakon Tehnis Badan POM Cibodas.
- Biro Pusat Statistik, 1992, *Statistik Indonesia 1989*, BPS, Indonesia, Jakarta.
- Blum, HL, 1974, *Planning for Health Development and Application of change Theory*, Human Science Press, New York.
- Dwiyanmy, 2001, *Narkoba Pencegahan dan Penanganannya*, Gramedia, Jakarta.
- Dinas Kesehatan Prop. Jateng, 2001, *Pedoman Penyebarluasan Infbrmasi Tentang Pencegahan Penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif Lainnya*, Dinkes Prop.
- Dwiyanmy, 1999, *Narkoba Penanganan dan Pencegahannya*, Rotary Club Semarang Central, Semarang.
- Dinas Kesehatan Prop: Jateng, 2001, *Buku Pegangan Tokoh Masyarakat, Orang Tua, Organisasi Kemasyarakatan*, Dinkes Prop.
- Dirjen POM, 1999 / 2000. *Pedoman Penyebarluasan Informasi Tentang Pencegahan Penyalahgunaan Narkotika. Psikotropika dan Zat Adiktif Lainnya*, Depkes RI.
- Dinas Kesehatan Prop. Jateng, 2001. *Pedoman Penyuluhan Pencegahan Penyalahgunaan NAPZA di Kalangan Remaja*, Dinkes Prop.
- Green, LW, 1991, *Health Promotion Planning*, Mayfie Publishing Company. USA.
- Gunarsa, SD, dan Gunarsa YSD, 1995, *Psikologi Perkembangan*, BPK Gunung Mulia. Jakarta
- Gerber, JD, 1983, *Study of adiction as a Familly Disease, Prevention and Treatment*, Pacific Drugs & alcohol, Hongkong.

UPT-PUSTAKA-INDIP

- Hawari, D, 2001, *Penyalahgunaan & Ketergantungan NAPZA (Narkotika, Alkohol, dan Zat Adiktif)*, Fakultas Kedokteran UI.
- Hurlock. E. B, 1993, *Psikologi Perkembangan : Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan*, Erlangga, Jakarta.
- Hawari, Dadang, 1991, *Penyalahgunaan Narkotika dan Zat Adiktif*, Fakultas Kedokteran UI, Jakarta.
- Hadi, S, 2001, *Metodologi Research*, Andi, Yogyakarta
- Hurlock, EB, 1993, alih bahasa oleh : Istiwidayanti, dkk, *Psikologi Perkembangan Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan*, Erlangga, Jakarta.
- Hawari. Dadang, Juli 1992, *Aspek Religius Pada Praktek Kedokteran*, Konas II IDAJI, Yogyakarta.
- Hawari, Dadang, dkk, Mei 2000, *Angka Rawat Inap Ulang (Kekambuhan Relaps) Pasien NAPZA*, UI Press, Jakarta.
- Isbandi, RA, 1994, *Psikologi Pekerjaan dan Ilmu Kesejahteraan Edisi 2*, Rajawali Pers, Jakarta.
- Joewana, Satya, 1989, *Gangguan Penggunaan Zat, Narkotika, Alkohol dan Zat Adiktif Lain*. Gramedia. Jakarta.
- Korps Reserse POLRI, Direktorat Narkoba, 2000, *Coaching CLINIC Fungsi Reserse Narkoba di Jajaran POLDA Se Indonesia*, Koserse POLRI. Jakarta.
- Kanwil Depsos Jateng, 2001, *Panti Pamardi Putra Mandiri : Jenis NAPZA*, Kanwil Depsos, Semarang.
- Maroef RM, 1996, *Aspek Hukum Pidana*, Sinar Baru, Bandung.
- Manurung, HR, dan Manurung HU, 1995. *Manajemen Keluarga*, Indonesia Publising House, Bandung.
- Monks, FJ, Knoers, alih bahasa oleh : Siti Rahayu Haditono, 1998, *Psikologi. Perkembangan, pengantar dalam berbagai bagiannya*, Gadjahmada University Press, Yogyakarta.
- Marlatt, GA & Gordon Jr, 1980, *Determinants of relapse, Implication for the Maintenance of Behavior change*, New York, USIA.

- Michella, J.L, & Wood, J.v., 1986 Causal attributions in Health and Illness, in : KENDALL, Ph.C., (Edar), *Advances in Cognitive Behavioral Research and Therapy*, Volumes, New York/London; Academic Press Inc.
- Naea De Valle, M., & Norman, P., 1992, *Causal Attribution Health Locus of Control Beliefs and Life Style Change Among Preoperative Coronary Patients*, *Psychology and Health*, Vol. 7 No. 3, pp. 201-212.
- Pattison, EM, 1980, *A Bio Psycho-Social Analysis of alcohol and Drug Abuse*, Canberra, Australia.
- Ruller, M, 1980, *Parent-child Separation, Psychological effects on the children*, International University Press Inc. New York, USA.
- Singarimbun, Masri, dan Effendi, Sofyan, 1989, *Metode Penelitian Survey*, LP3ES. Jakarta.
- Smet, B, 1994, *Psikologi Kesehatan*, Grasindo, Jakara.
- Sharof, R .L, *Character Problems and Their Relationship to the Drug abuse*, American journal of psycho analysis, Vol XXIX, USA.
- Soekanto. S, 1990, *Sosiologi Keluarga*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Wresniwiro, 2000, *Narkotika dan Obat Berbahaya*. Yayasan Mitra Bintibmas, Jakarta.
- Welrit, De, *Diabetes Education Behavioral, Medical Orizational and Economic Aspect A Multicentre Education Study*, Den Haag.
- Wilker A, 1973, *Dynamic of Drug Dependence, Implication of a Conditioning Therapy for Research and Treatment*, arch en Psikiatri.
- -----, *Undang-undang Republik Indonesia Nomor 22 Tahun 1997 : Narkotika*, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- -----, *Undang-undang Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 1997 : Psikotropika*, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- -----, *Undang-undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 1992 : Kesehatan*, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- Ogden, J, 1996, *Health Psychology. A. Textbook*, Open University Press, Buckingham Philadelphia.