

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan menguraikan tentang konsep dasar penelitian yang mendasari masalah meliputi: 1) konsep dasar pengetahuan, 2) sikap, 3) pendidikan kesehatan, dan 4) narkoba

2.1. Konsep Dasar Pengetahuan

2.1.1. Pengertian Pengetahuan

Notoatmodjo (2014) menjelaskan bahwa, pengetahuan adalah hal yang diketahui oleh orang atau responden terkait dengan sehat dan sakit atau kesehatan, misal: tentang penyakit (penyebab, cara penularan, cara pencegahan), gizi, sanitasi, pelayanan kesehatan, kesehatan lingkungan, keluarga berencana, dan sebagainya.

Menurut Benyamin Bloom (1980) dalam Fitriani (2011), pengetahuan merupakan modifikasi dari pengukuran hasil pendidikan kesehatan. Pengetahuan (knowledge) merupakan hasil dari tahu seseorang setelah melakukan penginderaan terhadap suatu objek. Penginderaan yang terjadi pada manusia melalui panca indera yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan perabaan. Sebagian besar pengetahuan yang didapat oleh manusia adalah melalui indera penglihatan (mata) dan pendengaran (telinga).

2.1.2. Proses Adopsi Perilaku

Perilaku yang didasari pengetahuan akan lebih bertahan daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan, hal ini terbukti dari pengalaman dan penelitian. Penelitian Rogers (1974) dalam Fitriani (2011) mengungkapkan bahwa

sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru) di dalam diri orang tersebut terjadi proses berurutan, yaitu:

1. *Awareness* (kesadaran), yaitu orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (objek) terlebih dahulu.
2. *Interest*, yaitu orang mulai tertarik kepada stimulus.
3. *Evaluation* (menimbang – nimbang baik atau tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya). Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
4. *Trial*, orang telah mencoba berperilaku baru.
5. *Adoption*, subjek telah berperilaku baru sesuai pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

2.1.3. Tingkatan Pengetahuan

Menurut Fitriani (2011) menyatakan bahwa, terdapat 6 tingkatan dalam domain kognitif pengetahuan:

1. Tahu (*know*), yang diartikan sebagai mengingat suatu materi yang diberikan/dipelajari sebelumnya, tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.
2. Memahami (*comprehension*), dapat diartikan mampu menjelaskan dan menginterpretasikan materi secara benar objek yang diketahui. Seseorang yang paham pada materi harus mampu menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, dan sebagainya terhadap sesuatu yang telah dipelajari.
3. Aplikasi (*aplication*), diartikan sebagai kemampuan penggunaan materi yang sudah diperoleh dan dipelajari pada kondisi yang sebenarnya.

4. Analisis (*analysis*), merupakan kemampuan menjabarkan suatu materi ke dalam komponen – komponen, tetapi masih dalam satu struktur organisasi dan berkaitan satu sama lainnya.
5. Sintesis (*synthesis*), kemampuan meletakkan atau menghubungkan bagian – bagian ke dalam suatu bentuk keseluruhan.
6. Evaluasi (*evaluation*), kemampuan melakukan penilaian suatu materi atau objek yang didasarkan pada kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria yang sudah ada.

2.1.4. Pengukuran Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2014) menyatakan bahwa, pengetahuan tentang kesehatan dapat diukur berdasarkan jenis penelitiannya, diantaranya yaitu :

1. Penelitian Kuantitatif

Pada umumnya mencari jawaban atas kejadian/ fenomena yang menyangkut berapa banyak, berapa sering, berapa lama, dan sebagainya, maka biasanya menggunakan metode wawancara dan angket.

- a. Wawancara tertutup dan wawancara terbuka, dengan menggunakan instrumen (alat pengukur/ pengumpul data) kuesioner. Wawancara tertutup adalah wawancara dengan jawaban responden atas pertanyaan yang diajukan telah tersedia dalam opsi jawaban, responden tinggal memilih jawaban yang dianggap mereka paling benar atau paling tepat. Sedangkan wawancara terbuka, yaitu pertanyaan – pertanyaan yang diajukan bersifat terbuka, dan responden boleh menjawab sesuai dengan pendapat atau pengetahuan responden sendiri.

b. Angket tertutup atau terbuka. Seperti halnya wawancara, angket juga dalam bentuk tertutup dan terbuka. Instrumen atau alat ukurnya seperti wawancara, hanya jawaban responden disampaikan lewat tulisan. Metode pengukuran melalui angket ini sering disebut “*self administered*” atau metode mengisi sendiri.

2. Penelitian Kualitatif

Penelitian kualitatif bertujuan untuk menjawab suatu fenomena itu dapat terjadi. Metode pengukuran pengetahuan dalam penelitian kualitatif antara lain:

a. Wawancara mendalam:

Mengukur variabel pengetahuan dengan metode wawancara mendalam, adalah peneliti mengajukan suatu pertanyaan sebagai pembuka, yang akan membuat responden menjawab sebanyak – banyaknya dari pertanyaan tersebut. Jawaban responden akan diikuti pertanyaan selanjutnya dan terus menerus sehingga diperoleh informasi dari responden dengan sejelas – jelasnya.

b. Diskusi Kelompok Terfokus (DKT):

Diskusi kelompok terfokus atau “*Focus group discussion*” dalam menggali informasi dari beberapa orang responden sekaligus dalam kelompok. Peneliti mengajukan pertanyaan yang akan memperoleh jawaban yang berbeda dari semua responden dalam kelompok tersebut. Jumlah kelompok dalam diskusi kelompok terfokus sebenarnya tidak terlalu banyak tetapi juga tidak terlalu sedikit antar 6 – 10 orang. (Notoatmodjo, 2014)

2.1.5. Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut Mubarak, dkk (2007) menyatakan bahwa, terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang yaitu:

1. Pendidikan

Pendidikan berupa bimbingan yang diberikan seseorang kepada orang lain terhadap suatu hal agar seseorang tersebut dapat memahami. Semakin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah mereka akan menerima informasi yang telah diberikan dan pada akhirnya semakin banyak pengetahuan yang dimilikinya, sedangkan jika seseorang memiliki tingkat pendidikan rendah, akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap penerimaan, informasi dan nilai – nilai yang baru diperkenalkan.

2. Pekerjaan

Lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang berpengalaman dan berpengetahuan baik secara langsung maupun tidak langsung.

3. Umur

Bertambahnya usia seseorang dapat mengakibatkan terjadinya perubahan pada aspek fisik dan psikologis (mental). Pertumbuhan fisik secara garis besar ada empat kategori perubahan. Pertama perubahan ukuran, kedua perubahan proporsi, ketiga hilangnya ciri – ciri lama, keempat timbulnya ciri – ciri baru. Perubahan tersebut terjadi akibat pematangan fungsi organ. Pada aspek psikologis taraf berpikir seseorang semakin matang dan dewasa.

4. Minat

Minat merupakan suatu kecenderungan atau keinginan yang tinggi terhadap sesuatu. Minat dapat menjadikan seseorang untuk mencoba dan menekuni suatu hal yang pada akhirnya diperoleh pengetahuan yang mendalam.

5. Pengalaman

pengalaman adalah kejadian yang pernah dialami seseorang dalam berinteraksi dengan lingkungannya. Pengalaman yang kurang baik pada seseorang membuat seseorang tersebut berusaha untuk melupakannya. Namun, jika pengalaman terhadap objek tersebut menyenangkan maka secara psikologis akan timbul kesan yang mendalam dan akhirnya dapat membentuk sikap positif dalam kehidupannya.

6. Kebudayaan

Kebudayaan lingkungan sekitar kita mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap kita. Jika suatu wilayah mempunyai budaya menjaga kebersihan lingkungan, memungkinkan masyarakat yang disekitarnya mempunyai sikap untuk menjaga kebersihan lingkungan, karena lingkungan sangat berpengaruh dalam pembentukan sikap pribadi maupun sikap seseorang (Saifuddin A, 2002 dalam Mubarak, dkk. 2007).

7. Informasi

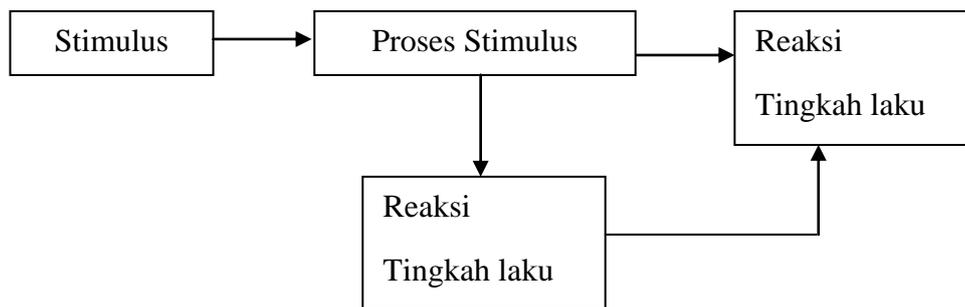
Kemudahan untuk memperoleh suatu informasi dapat membantu mempercepat seseorang untuk memperoleh pengetahuan baru (Mubarak, dkk. 2007).

2.2. Konsep Dasar Sikap

2.2.1. Pengertian Sikap

Menurut Benyamin Bloom (1980) dalam Fitriani (2011), sikap merupakan modifikasi dari pengukuran hasil pendidikan kesehatan. Sikap merupakan respon tertutup dari seseorang terhadap stimulus atau objek. Newcomb seorang psikologi dalam Fitriani (2011), menyatakan sikap merupakan kesediaan seseorang untuk bertindak, bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap merupakan kesiapan bereaksi terhadap objek di lingkungan sebagai suatu penghayatan pada objek (Fitriani, 2011).

Proses terbentuknya sikap dapat dijelaskan melalui bagan berikut:



Gambar 2.1. Proses Terbentuknya Sikap

2.2.2. Komponen Sikap

Menurut Allport (1954) dalam Notoatmodjo (2014) menjelaskan, sikap terdiri dari 3 komponen pokok, yaitu:

- a. Kepercayaan atau keyakinan, ide, dan konsep terhadap objek, yang artinya bagaimana keyakinan, pendapat atau pemikiran seseorang terhadap objek.

- b. Kehidupan emosional atau evaluasi orang terhadap objek, artinya bagaimana penilaian (terkandung di dalamnya faktor emosi) orang tersebut terhadap objek.
- c. Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*), artinya sikap merupakan komponen yang mendahului tindakan atau perilaku terbuka. Sikap adalah ancang – ancang untuk bertindak atau berperilaku terbuka

Ketiga komponen tersebut bersama – sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi sangat berperan penting dalam menentukan sikap.

2.2.3. Tingkatan Sikap

Menurut Fitriani (2011) menyatakan bahwa, terdapat 6 tingkatan dalam domain kognitif pengetahuan:

1. Tahu (*know*), yang diartikan sebagai mengingat suatu materi yang diberikan/dipelajari sebelumnya, tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.
2. Memahami (*comprehension*), dapat diartikan mampu menjelaskan dan menginterpretasikan materi secara benar objek yang diketahui. Seseorang yang paham pada materi harus mampu menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, dan sebagainya terhadap sesuatu yang telah dipelajari.
3. Aplikasi (*aplication*), diartikan sebagai kemampuan penggunaan materi yang sudah diperoleh dan dipelajari pada kondisi yang sebenarnya.
4. Analisis (*analysis*), merupakan kemampuan menjabarkan suatu materi ke dalam komponen – komponen, tetapi masih dalam satu struktur organisasi dan berkaitan satu sama lainnya.

5. Sintesis (*synthesis*), kemampuan meletakkan atau menghubungkan bagian – bagian ke dalam suatu bentuk keseluruhan.
6. Evaluasi (*evaluation*), kemampuan melakukan penilaian suatu materi atau objek yang didasarkan pada kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria yang sudah ada.

2.2.4. Pengukuran Sikap

Menurut Notoatmodjo (2014), pengukuran sikap dapat dilakukan berdasarkan jenis atau metode penelitian yang digunakan.

1. Kuantitatif

Pengukuran sikap dalam penelitian kuantitatif, digunakan dengan dua cara seperti pengukuran pengetahuan, yakni:

a. Wawancara

Metode wawancara untuk pengukuran sikap sama dengan pengukuran pengetahuan, bedanya pada substansi pertanyaannya saja. Jika pada pengukuran pengetahuan pertanyaannya menggali jawaban yang diketahui oleh responden, sedangkan pengukuran sikap pertanyaannya menggali pendapat atau penilaian responden terhadap objek.

b. Angket

Demikian pengukuran sikap menggunakan metode angket, juga menggali pendapat atau penilaian responden terhadap objek kesehatan melalui pertanyaan dan jawaban tertulis.

2. Kualitatif

Pengukuran sikap dengan metode kualitatif, substansi pertanyaannya sama dengan pertanyaan pada metode penelitian kuantitatif, yaitu wawancara

mendalam dan Diskusi Kelompok Terfokus (DKT). Dalam wawancara mendalam dan diskusi kelompok terfokus yakni seperti pertanyaan dalam metode penelitian kuantitatif untuk sikap, tetapi pertanyaannya bersifat menggali pendapat atau penilaian responden terhadap objek (Notoatmodjo, 2014).

Menurut Notoatmodjo (2014), mengukur sikap berbeda dengan mengukur pengetahuan. Sebab mengukur sikap berarti menggali pendapat atau penilaian orang terhadap objek yang berupa fenomena, gejala, kejadian dan sebagainya yang bersifat abstrak. Beberapa konsep tentang sikap yang dapat dijadikan acuan untuk pengukuran sikap, antara lain sebagai berikut:

- a. Sikap merupakan tingkatan afeksi yang positif atau negatif yang dihubungkan dengan objek, menurut Thurstone dalam Notoatmodjo (2014).
- b. Sikap dilihat dari individu yang menghubungkan efek yang positif dengan objek (individu menyenangi objek) atau negatif (tidak menyenangi objek), menurut Edward dalam Notoatmodjo (2014).
- c. Sikap merupakan penilaian dan atau pendapat individu terhadap objek, menurut Lickert dalam Notoatmodjo (2014).

Oleh sebab itu, dalam mengukur sikap biasanya hanya dilakukan dengan meminta pendapat atau penilaian terhadap fenomena, yang diwakili dengan “pernyataan” (bukan pertanyaan). Kriteria untuk mengukur sikap perlu diperhatikan hal – hal sebagai berikut:

- a. Dirumuskan dalam bentuk pernyataan.
- b. Pernyataan haruslah sependek mungkin, kurang lebih dua puluh kata.
- c. Bahasanya jelas dan sederhana.

- d. Tiap satu pernyataan hanya memiliki satu pemikiran saja.
- e. Tidak menggunakan kalimat bentuk negatif rangkap.

Mengukur sikap dapat dilakukan dengan wawancara dan observasi, dengan mengajukan pernyataan yang disusun berdasarkan kriteria tersebut. Kemudian pernyataan tersebut dirumuskan dalam bentuk “instrumen”. Dengan instrumen, pendapat atau penilaian responden terhadap objek dapat diperoleh melalui wawancara atau angket (Notoatmodjo, 2014).

2.2.5. Faktor Pembentuk Sikap

Menurut Azwar (2013), faktor dalam pembentuk sikap manusia adalah sebagai berikut:

1. Pengalaman pribadi

Jika suatu pengalaman yang terjadi menimbulkan kesan atau pesan yang kuat, pengalaman pribadi tersebut dapat menjadi faktor pembentuk sikap. Suatu sikap terbentuk dengan mudah apabila pengalaman pribadi dengan faktor emosional dalam situasi yang melibatkan emosi, penghayatan akan pengalaman yang lebih mendalam dan membekas.

2. Pengaruh orang lain yang dianggap penting

Orang lain di sekitar kita merupakan komponen sosial yang ikut mempengaruhi sikap. Seseorang yang dianggap penting, seseorang yang selalu diharapkan untuk persetujuannya pada setiap gerak dan pendapat, seseorang yang berarti khusus akan banyak mempengaruhi sikap terhadap sesuatu.

3. Kebudayaan

Kebudayaan tempat kita hidup memberikan berbagai bentuk pengalaman individu – individu masyarakat asuhannya.

4. Media massa

Media massa seperti televisi, radio, surat kabar, majalah, dan lain – lain mempunyai pengaruh besar dalam pembentukan kepercayaan orang lain. Berita yang faktual disampaikan secara obyektif oleh penulisnya dapat mempengaruhi konsumennya.

5. Lembaga pendidikan dan agama

Konsep moral dan ajaran yang dimiliki lembaga pendidikan dan lembaga agama sangat menentukan sistem kepercayaan. Pemahaman yang baik dan buruk, garis pemisah antara sesuatu yang boleh dan tidak boleh dilakukan merupakan hal yang mempengaruhi sikap individu.

6. Pengaruh faktor emosional

Bentuk sikap merupakan pernyataan yang didasari emosi, berfungsi sebagai penyaluran frustrasi atau pengalihan pertahanan ego. Sikap tersebut dapat sementara dan akan berlalu ketika frustrasi telah hilang, tetapi dapat pula merupakan sikap yang lebih persisten dan bertahan lama.

2.3. Konsep Pendidikan Kesehatan (*Health Education*)

2.3.1. Pengertian Pendidikan Kesehatan (*Health Education*)

Menurut Fitriani (2011), pendidikan kesehatan bagian atau cabang ilmu dari kesehatan yang mempunyai dua sisi yaitu sisi ilmu dan seni. Dari sisi seni, aplikasi pendidikan kesehatan merupakan penunjang dari program kesehatan lain perlu dibantu oleh pendidikan kesehatan (Fitriani, 2011).

Menurut Mubarak dan Chayatin (2009), pendidikan kesehatan merupakan proses perubahan perilaku dinamis yang bukan sekedar transfer teori dari seseorang ke orang lain, bukan pula seperangkat prosedur, tetapi terjadi karena kesadaran dari dalam diri individu, kelompok, dan masyarakat.

2.3.2. Batasan Pendidikan Kesehatan

Beberapa ahli kesehatan dalam Fitriani (2011), membuat batasan pendidikan kesehatan antara lain:

1. Wood: 1926

“Pendidikan kesehatan adalah pengalaman – pengalaman yang bermanfaat dalam mempengaruhi kebiasaan, sikap dan pengetahuan seseorang atau masyarakat”

2. Nysander: 1947

“Pendidikan kesehatan adalah proses perubahan perilaku yang dinamis, bukan proses pemindahan materi (pesan) dari seseorang ke orang lain dan bukan pula seperangkat prosedur”

3. Steuart: 1968

“Pendidikan kesehatan merupakan komponen program kesehatan yang isinya perencanaan untuk perubahan perilaku individu, kelompok, dan masyarakat sehubungan dengan pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit, dan pemulihan kesehatan”

4. Joint Commiission On Health Education, USA:1973

“Pendidikan kesehatan adalah kegiatan – kegiatan yang ditujukan untuk meningkatkan kemampuan orang dan membuat keputusan yang tepat sehubungan dengan pemeliharaan kesehatan.

Dari batasan tersebut, dapat diambil kesimpulan bahwa “pendidikan merupakan upaya atau kegiatan untuk mempengaruhi orang agar mereka atau seseorang berperilaku sesuai dengan nilai – nilai kesehatan. Pendidikan kesehatan juga merupakan kegiatan untuk menjadikan kondisi yang sedemikian rupa sehingga seseorang mampu untuk berperilaku sehat” (Fitriani, 2011).

Menurut Fitriani (2011) menyatakan bahwa, pendidikan kesehatan juga dapat dikatakan sebagai bentuk rekayasa perilaku (*behaviour engineering*) untuk hidup sehat. Pendidikan merupakan upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain maupun individu, kelompok atau masyarakat sehingga mereka mampu melakukan sesuai dengan harapan oleh pelaku pendidikan. Unsur – unsur pendidikan dari batasan tersebut, yaitu:

1. Input: sasaran pendidikan (individu, kelompok, masyarakat) dan pendidik (pelaku pendidikan)
2. Proses: upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain.
3. Output: melakukan apa yang diharapkan atau perilaku.

Output yang diharapkan dari pendidikan kesehatan adalah perilaku kesehatan atau perilaku untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan dan dapat dikatakan perilaku kondusif. Perubahan perilaku yang tidak kondusif ke perilaku yang kondusif ini mengandung berbagai dimensi, antara lain:

1. Perubahan perilaku

Merubah perilaku masyarakat yang tidak sesuai dengan nilai – nilai kesehatan menjadi perilaku yang sesuai dengan nilai – nilai kesehatan, atau dari perilaku negatif ke perilaku positif.

2. Pembinaan perilaku

Pembinaan perilaku ini ditujukan kepada perilaku masyarakat yang sudah sehat agar mempertahankan perilaku hidup sehatnya.

3. Pengembangan perilaku

Pengembangan perilaku sehat ditujukan untuk membiasakan hidup sehat bagi anak – anak. Kebiasaan perilaku sehat yang diberikan oleh orang tua sejak dini kepada anaknya akan berpengaruh kepada perilaku sehat pada anak selanjutnya (Fitriani, S, 2011).

2.3.3. Tujuan Pendidikan Kesehatan

Menurut WHO (1992) dalam Mubarak dan Chayatin (2009) menyatakan bahwa, tujuan pendidikan adalah meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara derajat kesehatan (fisik, mental, dan sosial), sehingga produktif secara ekonomi dan sosial. Tujuan pendidikan kesehatan secara ringkas adalah:

1. Menetapkan masalah dan menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai di masyarakat.
2. Memahami yang harus dilakukan terhadap masalah dan mendorong individu secara mandiri/kelompok untuk mengadakan kegiatan dalam mencapai tujuan hidup sehat.
3. Memutuskan kegiatan yang tepat untuk meningkatkan taraf hidup sehat.
4. Mendorong masyarakat dalam pengembangan dan penggunaan sarana pelayanan kesehatan yang ada.

2.3.4. Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan

Menurut Mubarak dan Chayatin (2009), ruang lingkup pendidikan kesehatan dilihat dari berbagai dimensi, antara lain dimensi secara pendidikan, dimensi tempat pelaksanaan atau aplikasinya, dan dimensi tingkat pelayanan kesehatan.

1. Dimensi sasaran. Pendidikan kesehatan dikelompokkan menjadi tiga dimensi, yaitu :
 - a. Pendidikan kesehatan individual dengan sasaran individu.
 - b. Pendidikan kesehatan kelompok dengan sasaran kelompok.
 - c. Pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat.
2. Dimensi tempat pelaksanaan. Pendidikan kesehatan dapat berlangsung di berbagai tempat, dengan sendirinya sasarannya berbeda pula, misalnya :
 - a. Pendidikan kesehatan di sekolah, dilakukan di sekolah dengan sasaran murid;
 - b. Pendidikan kesehatan di rumah sakit, dilakukan di rumah sakit dengan sasaran pasien atau keluarga pasien, di puskesmas, dan sebagainya;
 - c. Pendidikan kesehatan di tempat kerja dengan sasaran buruh atau karyawan yang bersangkutan.
3. Dimensi tingkat pelayanan kesehatan. Pendidikan kesehatan dapat dilakukan berdasarkan 5 tingkat pencegahan menurut Leavel dan Clark dalam Mubarak dan Chayatin (2009), yang terdiri dari:
 - a. Peningkatan kesehatan (*Health Promotion*).
 - b. Perlindungan umum dan khusus.
 - c. Diagnosa dini dan pengobatan segera atau adekuat.

- d. Pembatasan kecacatan.
 - e. Rehabilitasi.
4. Sasaran pendidikan kesehatan dibagi menjadi 3 kelompok, yaitu sebagai berikut:
- a. Sasaran primer (*Primary Target*), sasaran langsung pada masyarakat berupa segala upaya pendidikan/promosi kesehatan.
 - b. Sasaran sekunder (*Secindary Target*), sasaran yang ditujukan pada tokoh masyarakat adat dan diharapkan kelompok ini pada umumnya akan memberikan pendidikan kesehatan pada masyarakat sekitarnya.
 - c. Sasaran tersier (*Tersiery Target*), sasaran yang ditujukan pada penentu kebijakan baik ditingkat pusat maupun ditingkat daerah, dan diharapkan keputusan kelompok tersebut akan berdampak kepada perilaku kelompok sasaran sekunder dan kemudian pada kelompok primer (Mubarak dan Chayatin, 2009).

2.3.5. Prinsip – Prinsip Pendidikan Kesehatan

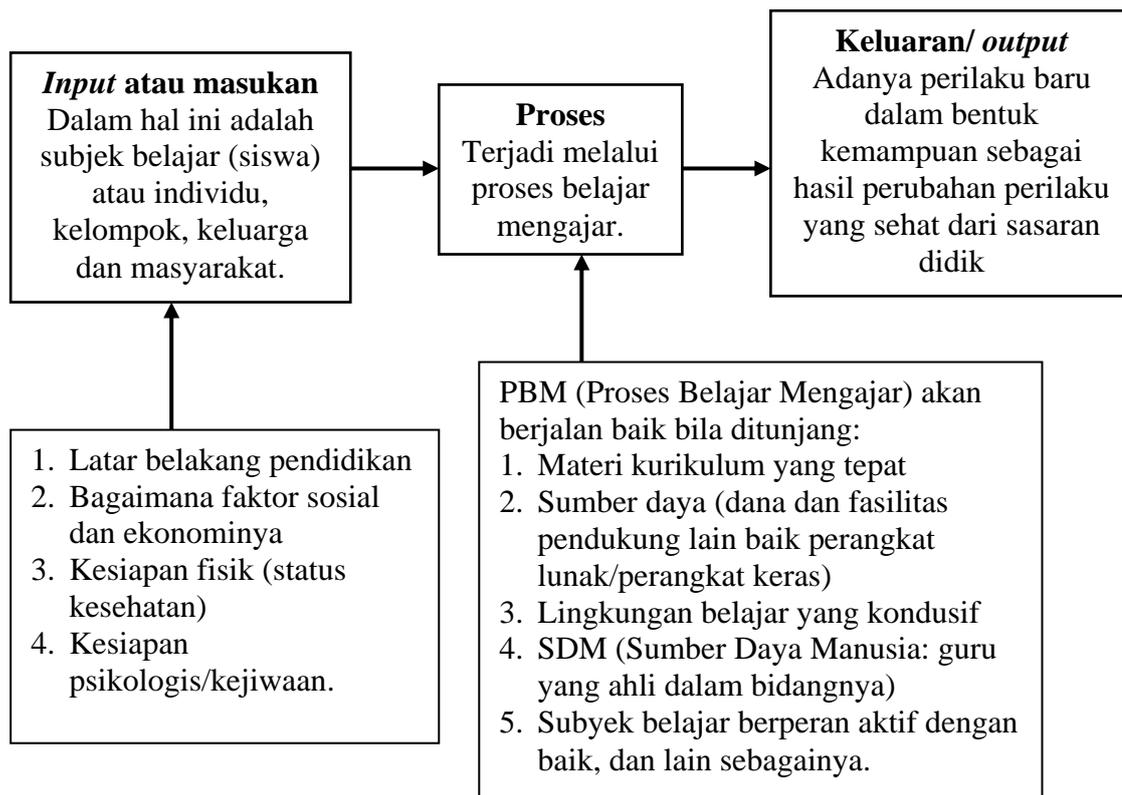
Menurut Mubarak, dkk (2007), adapun prinsip – prinsip dalam pendidikan kesehatan, yaitu:

1. Belajar mengajar berfokus pada klien, pendidikan klien merupakan hubungan yang berfokus pada kebutuhan klien/ subjek yang spesifik.
2. Bersifat menyeluruh (*holistik*), pendidikan kesehatan yang diberikan harus mempertimbangkan klien secara kesehatan tidak hanya berfokus pada muatan spesifik saja.

3. Belajar mengajar negosiasi, pentingnya kesehatan dan klien menentukan yang telah diketahui dan yang penting untuk diketahui secara bersama – sama.
4. Belajar mengajar secara interaktif adalah suatu proses yang dinamis dan interaktif melibatkan partisipasi dari petugas kesehatan dan klien.
5. Pertimbangan umur dalam pendidikan kesehatan adalah untuk menumbuhkembangkan seluruh kemampuan dan perilaku manusia melalui pengajaran. (Mubarak, dkk. 2007)

2.3.6. Proses Pendidikan Kesehatan

Menurut Nursalam dan Efendi (2009), proses pendidikan kesehatan tidak lain merupakan proses belajar yang memiliki tiga komponen utama yakni masukan (*input*), proses, dan hasil (*output*). *Input* dari pendidikan kesehatan adalah individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat yang belajar dengan masalahnya. Proses merupakan mekanisme dan interaksi terjadinya perubahan perilaku pada diri subjek belajar. *Output* merupakan hasil dari belajar tersebut yang berupa perubahan perilaku dari subjek belajar (Nursalam dan Efendi, 2009).



Gambar 2.2. Proses Pendidikan Kesehatan.

Sedangkan menurut Fitriani (2011) menyatakan bahwa, prinsip pokok pendidikan kesehatan digambarkan sebagai berikut.



Dalam proses belajar terdapat 3 persoalan pokok, yaitu:

1. Persoalan masukan (*input*)

Menyangkut sasaran belajar (sasaran didik) yaitu individu, kelompok, atau masyarakat yang sedang belajar itu sendiri dengan berbagai latar belakangnya.

2. Persoalan proses

Mekanisme dan interaksi terjadinya perubahan kemampuan (perilaku) pada diri subjek belajar tersebut.

Dalam proses ini terjadi pengaruh timbal balik antara berbagai faktor antara lain subjek belajar, pengajar (pendidik dan fasilitator), metode, teknik belajar serta materi atau bahan yang diberikan.

3. Persoalan keluaran (*output*)

Merupakan hasil dari belajar berupa kemampuan atau perubahan perilaku dari subjek belajar (Fitriani, 2011).

Beberapa ahli pendidikan seperti, J. Guilbert dalam Nursalam dan Efendi (2009) mengelompokkan faktor – faktor yang memengaruhi proses belajar ke dalam empat kelompok yaitu faktor materi, lingkungan instrumen, dan faktor individu subjek belajar.

1. Materi yang dipelajari, ikut menentukan proses dan hasil belajar. Misalnya, belajar pengetahuan dan sikap atau keterampilan akan menentukan perbedaan proses belajar.
2. Lingkungan dikelompokkan menjadi dua, yaitu lingkungan fisik terdiri dari suhu, kelembapan udara, dan kondisi tempat belajar. Sedangkan faktor lingkungan kedua adalah lingkungan sosial yaitu manusia dengan segala interaksinya serta representasinya seperti keramaian atau kegaduhan, lalu lintas, pasar, dan sebagainya.
3. Instrumen terdiri atas perangkat keras (*hardware*) seperti perlengkapan belajar dari alat – alat peraga dan perangkat lunak (*software*) seperti kurikulum (pendidikan formal), pengajar atau fasilitator belajar, serta metode belajar mengajar. Untuk memperoleh hasil belajar yang efektif, faktor instrumental dirancang sedemikian rupa sehingga sesuai dengan materi dan subjek belajar. Misalnya metode untuk belajar pengetahuan menggunakan

metode ceramah. Sedangkan untuk belajar sikap, tindakan, atau keterampilan menggunakan metode diskusi kelompok, demonstrasi, bermain peran (*role play*), atau metode permainan.

4. Kondisi individual subjek belajar dibedakan dalam kondisi fisiologis seperti kekurangan gizi dan kondisi pancaindera (pendengaran dan penglihatan). Sedangkan kondisi psikologis, misalnya inteligensi, pengamatan, daya tangkap, ingatan, motivasi, dan sebagainya (Nursalam dan Efendi, 2009).

2.3.7. Metode Pendidikan Kesehatan

Menurut Mubarak dan Chayatin (2009), dalam mewujudkan pendidikan kesehatan, memerlukan strategi yang tepat Strategi merupakan cara yang digunakan untuk mencapai hasil yang diinginkan dalam melaksanakan pendidikan kesehatan. Berikut adalah 3 langkah strategi global :

1. Advokasi (*Advocacy*).
2. Dukungan sosial (*Social Support*).
3. Pemberdayaan masyarakat (*empowerment community*).

Melaksanakan pendidikan kesehatan, akan lebih mudah jika mendapat dukungan sosial dari berbagai elemen – elemen yang ada di masyarakat (Mubarak dan Chayatin, 2009).

2.3.7.1. Metode *Social Support*

Menurut Notoatmodjo (2010), metode *social support* adalah bentuk kegiatan dalam mencari dukungan sosial melalui tokoh – tokoh masyarakat baik masyarakat formal maupun informal. Tujuan utama metode *social support* menurut Notoatmodjo (2010) yaitu, agar tokoh masyarakat menjadi jembatan

sebagai pelaksana program kesehatan dengan masyarakat sebagai penerima program kesehatan. Dengan mencari *social support* melalui tokoh masyarakat pada dasarnya adalah untuk mensosialisasikan program – program kesehatan, agar masyarakat mau menerima dan berpartisipasi terhadap program kesehatan tersebut. Metode *social support* ini juga dikenal dengan bina suasana, atau membina suasana yang kondusif terhadap kesehatan (Notoatmodjo, 2010).

Menurut Fitriani (2011), *social support* merupakan manjalin kemitraan dalam pembentukan opini masyarakat dengan berbagai kelompok opini yang ada di masyarakat seperti: tokoh masyarakat, tokoh agama, lembaga swadaya masyarakat, dunia usaha/ swasta, media massa, organisasi profesi, pemerintahan dan lain – lain. Tujuan dari *social support* menurut Fitriani (2011), adalah diperolehnya berbagai opini yang ada di masyarakat sehingga dapat menciptakan opini publik yang jujur dan terbuka sesuai dengan situasi, kondisi masyarakat yang dapat mendukung tercapainya perilaku sesuai harapan oleh pelaku pendidikan (Fitriani, 2011).

Social support didefinisikan oleh Gottlieb (1983) dalam Azizah (2011), sebagai informasi verbal atau non verbal, saran, bantuan yang nyata atau tungkah laku yang diberikan oleh orang yang akrab dengan subjek di dalam lingkungan sosialnya atau yang berupa kehadiran dan hal – hal yang dapat memberikan keuntungan emosional atau berpengaruh pada tingkah laku penerimnya. Dalam hal ini orang yang merasa memperoleh dukungan sosial, secara emosional merasa lega karena diperhatikan, mendapat saran atau kesan yang menyenangkan pada dirinya.

Pendapat senada dikemukakan juga oleh Sarason (1983) dalam Azizah (2011), yang mengatakan bahwa dukungan sosial adalah keberadaan, kesediaan, kepedulian dan orang – orang yang dapat diandalkan, menghargai dan menyayangi kita. Cobb dalam Azizah (2011), yang mendefinisikan dukungan sosial sebagai adanya kenyamanan, perhatian, penghargaan atau menolong orang dengan sikap menerima kondisinya, dukungan sosial tersebut diperoleh dan individu maupun kelompok.

Menurut Manuaba (2009) dalam Indriyani dan Asmuji (2014), *social support* merupakan sumber daya sosial yang dapat membantu individu dalam menghadapi suatu kejadian menekan. Menurut Siegel dalam Elly, dkk (2008) dalam Indriyani dan Asmuji (2014), *social support* adalah informasi dari orang lain bahwa ia dicintai dan diperhatikan, memiliki harga diri dan dihargai, serta merupakan bagian dari jaringan komunikasi dan kewajiban bersama. “*Social support in information from other that one is loved and cared for, esteemed and valued, and part of a network of communication and mutual obligation*”.

Dalam banyak hal, individu memerlukan keberadaan orang lain untuk saling memberi perhatian, membantu, mendukung, dan bekerja sama dalam menghadapi tantangan kehidupan. Bantuan sekelompok individu terhadap individu atau kelompok lain disebut dengan dukungan sosial. *Social support* merupakan sumber eksternal yang dapat membantu individu mengatasi suatu permasalahan apa pun wujud dukungan yang diberikan (Indriyani, dan Asmuji. 2014).

Hampir setiap orang tidak mampu menyelesaikan masalah sendiri, tetapi mereka memerlukan bantuan orang lain. Berdasarkan hasil penelitian bahwa *social support* merupakan mediator yang penting dalam menyelesaikan masalah

seseorang. Hal ini dikarenakan individu merupakan bagian dari keluarga, teman sekolah atau kerja, kegiatan agama ataupun bagian dari kelompok lainnya (Nursalam dan Kurniawati, 2007).

a. Dimensi *Social Support*

Menurut Jacobson (1986) dalam Nursalam dan Kurniawati (2007) menyatakan bahwa, dimensi *social support* meliputi 3 hal yaitu:

1. *Emotional support*, meliputi: perasaan nyaman, dihargai, dicintai, dan diperhatikan.
2. *Cognitive support*, meliputi: informasi, pengetahuan, dan nasihat.
3. *Materials support*, meliputi: bantuan/pelayanan berupa sesuatu barang dalam mengatasi suatu masalah.

b. Mekanisme *social support* yang secara langsung atau tidak dapat berpengaruh terhadap kesehatan seseorang menurut Pearlin dan Aneshensel (1986) dalam Nursalam dan Kurniawati (2007):

1. Mediator perilaku

Mengajak individu untuk mengubah perilaku yang jelek dan meniru perilaku yang baik (misalnya, berhenti merokok).

2. Psikologis

Meningkatkan harga diri dan menjembatani suatu interaksi yang bermakna.

3. Fisiologis

Membantu relaksasi terhadap sesuatu yang mengancam dalam upaya meningkatkan sistem imun seseorang.

2.3.6.2. Bentuk *Social Support*

Taylor (1999) dalam Indriyani (2014) telah membagi *social support* ke dalam lima bentuk, yaitu sebagai berikut:

a. *Instrumental support*

Bentuk dukungan ini berupa penyediaan materi yang dapat memberikan pertolongan langsung, seperti pinjaman uang, pemberian barang, makan, serta pelayanan. Individu dapat memecahkan langsung masalahnya yang berhubungan dengan materi dalam bentuk dukungan ini. Dukungan instrumental ini diperlukan dalam mengatasi masalah dengan lebih mudah.

b. *Information support*

Bentuk dukungan ini melibatkan pemberian informasi, saran, atau umpan balik tentang situasi dan kondisi individu. Jenis informasi ini dapat membantu individu mengenali dan mengatasi masalah dengan lebih mudah.

c. *Emotion support*

Bentuk dukungan ini dapat membuat individu memiliki perasaan nyaman, yakin, dipedulikan, dan dicintai oleh sumber dukungan sosial sehingga individu dapat menghadapi masalah dengan lebih baik. Dukungan emosional ini sangat penting dalam menghadapi keadaan yang dianggap tidak dapat dikontrol.

d. Dukungan pada harga diri

Bentuk dukungan ini berupa penghargaan positif dari individu, pemberian semangat, persetujuan pada pendapat individu, perbandingan yang positif pada individu lain. Bentuk dukungan ini membantu individu dalam membangun harga diri dan kompetensi.

e. Dukungan dari kelompok sosial

Bentuk dukungan ini membantu individu merasa anggota dari suatu kelompok yang memiliki kesamaan minat dan aktivitas sosial dengannya. Dengan begitu, individu akan merasa memiliki teman senasib (Indriyani, 2014).

2.3.8. Proses Perubahan Perilaku

Menurut Skinner (1983) dalam Notoatmodjo (2010), merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Perilaku kesehatan (*health behavior*) adalah respons seseorang terhadap stimulus atau objek berkaitan dengan sehat – sakit, penyakit, dan faktor – faktor yang mempengaruhi kesehatan seperti lingkungan, makanan, minuman, dan pelayanan kesehatan. Perilaku kesehatan adalah semua aktivitas seseorang baik yang dapat diamati (*observable*) maupun yang tidak dapat diamati (*unobservable*) yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan (Notoatmodjo, 2010).

Seperti yang telah diuraikan, bahwa perilaku adalah hasil atau resultan antara stimulus (faktor eksternal) dengan respons (faktor internal) dalam subjek atau orang yang berperilaku tersebut. Dengan perkataan orang lain, perilaku seseorang atau subjek dipengaruhi atau ditentukan oleh faktor – faktor baik dari dalam maupun dari luar subjek. Faktor yang menentukan atau membentuk perilaku ini disebut determinan. Banyak teori tentang determinan perilaku ini, masing – masing mendasarkan asumsi – asumsi yang dibangun. Dalam bidang perilaku kesehatan, ada 3 teori yang sering menjadi acuan dalam penelitian – penelitian kesehatan masyarakat salah satunya adalah teori Lawrence Green dalam Notoatmodjo (2010).

Berdasarkan analisis penyebab masalah kesehatan, Green dalam Notoatmodjo (2010) membedakan adanya dua determinan masalah kesehatan tersebut, yakni *behavioral factors* (faktor perilaku), dan *non-behavioral factors* atau faktor non-perilaku. Selanjutnya Green dalam Notoatmodjo (2010) menganalisis bahwa, faktor perilaku sendiri ditentukan oleh 3 faktor utama, yaitu :

- 1) Faktor – faktor predisposisi (*pre disposing factors*), yaitu faktor – faktor yang mempermudah atau mempredisposisi terjadinya perilaku seseorang, antara lain pengetahuan, sikap, keyakinan, kepercayaan, nilai – nilai, tradisi, dan sebagainya.
- 2) Faktor – faktor pemungkin (*enabling factors*), adalah faktor – faktor yang memungkinkan atau yang memfasilitasi perilaku atau tindakan. Yang dimaksud faktor pemungkin adalah sarana dan prasana atau fasilitas untuk terjadinya perilaku kesehatan, misalnya Puskesmas, posyandu, rumah sakit, tempat pembuangan air, tempat pembuangan sampah, tempat olahraga, makanan bergizi, uang dan sebagainya.
- 3) Faktor – faktor penguat (*reinforcing factors*), adalah faktor – faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku. Kadang – kadang, meskipun seseorang tahu dan mampu untuk berperilaku sehat, tetapi tidak melakukannya. (Notoatmodjo, 2010)

Menurut Kelman dalam Mubarak dan Chayatin (2009) menyatakan bahwa, terdapat 3 cara perubahan perilaku diantaranya yaitu:

- 1) Terpaksa (*compliance*)

Individu mengubah perilakunya karena mengharapkan imbalan, pengakuan dari kelompok, dan terhindar dari hukuman agar tetap terjalin hubungan baik

dengan yang menganjurkan perubahan perilaku tersebut. Model perubahan yang seperti ini biasanya tidak mendasar, tidak kekal, dan karena terpaksa.

2) Peniruan (*identification*)

Individu atau seseorang mengubah perilakunya hanya karena ingin terlihat sama dengan seseorang yang dikaguminya.

3) Menghayati manfaatnya (*internalization*)

Perubahan perilaku terjadi karena telah mendasar dan sudah menjadi bagian hidupnya. Oleh karena itu, perubahan yang seperti ini akan kekal dan hal ini merupakan tujuan akhir dari penyuluhan kesehatan masyarakat (Mubarak dan Chayatin, 2009).

2.4. Konsep Dasar NAPZA

2.4.1. Pengertian NAPZA

Menurut Lisa dan Sutrisna (2013), napza adalah singkatan dari narkotika, alkohol, dan psikotropika dan zat adaptif lainnya. Napza disebut juga dengan istilah narkoba yaitu singkatan dari narkotika dan obat berbahaya. Napza merupakan zat – zat kimiawi yang jika dimasukkan kedalam tubuh manusia secara oral, dihirup maupun intravena, suntik dapat mengubah pikiran, suasana hati, dan perasaan dan perilaku seseorang. Terdiri dari 3 (tiga) golongan narkoba yang populer di kalangan masyarakat yakni, narkotika, psikotropika, obat/ zat berbahaya. Narkotika adalah zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman baik sintesis maupun semi sintesis yang menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilang rasa, mengurangi rasa nyeri dan dapat menimbulkan ketergantungan. Menurut Undang – undang No. 22 tahun 1997 dalam (Lisa dan Sutrisna, 2013), menyatakan terkait dengan narkotika dan zat adiktif lainnya.

Menurut Lisa dan Sutrisna (2013), psikotropika adalah zat adiktif yang dapat memengaruhi psikis melalui pengaruh pada susunan saraf otak menyebabkan perubahan aktifitas mental dan perilaku. Secara umum, psikotropika adalah jenis – jenis obat yang diproduksi untuk tujuan penyembuhan maupun pemulihan kesehatan bagi penderita penyakit tertentu tetapi, apabila disalahgunakan atau tidak mengikuti petunjuk dokter, dapat mengakibatkan ketergantungan obat yang selanjutnya mengakibatkan terganggunya mekanisme susunan saraf otak.

Menurut Dalami, dkk (2009), zat adiktif adalah bukan narkotika dan psikotropika yang penggunaannya dapat menimbulkan ketergantungan (adiksi), yakni keinginan menggunakan atau mengkonsumsi kembali secara terus – menerus. Penggunaan zat adiktif akan menimbulkan masalah kesehatan terutama merusak otak, hati, ginjal, dan paru – paru, serta dapat menyebabkan kematian akibat berhentinya pernapasan dan gangguan pada jantung.

2.4.2. Jenis – Jenis NAPZA

1. Narkotika

Menurut Lisa dan Sutrisna (2013) menyatakan bahwa, terdapat 3 golongan jenis narkotika, diantaranya yaitu:

a. Narkotika Golongan I

Narkotika golongan I hanya digunakan untuk tujuan ilmu pengetahuan dan tidak digunakan dalam terapi serta mempunyai potensi sangat tinggi mengakibatkan ketergantungan. Contohnya: ganja, heroin, kokain, dan opium.

b. Narkotika Golongan II

Narkotika golongan II ini berkhasiat dalam pengobatan yang digunakan sebagai pilihan terakhir dan dapat digunakan dalam terapi dan atau tujuan pengembangan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi tinggi mengakibatkan ketergantungan. Contohnya: morfina, pentanin, petidin, dan turunannya.

c. Narkotika Golongan III

Narkotika golongan III berkhasiat dalam pengobatan dan banyak digunakan dalam terapi dan atau tujuan pengembangan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi ringan mengakibatkan ketergantungan. Contohnya: kodein dan turunannya, metadon, naitrexon dan sebagainya.

2. Psikotropika

Menurut Dalami, dkk. (2009) menyatakan bahwa, jenis obat-obatan yang termasuk dalam golongan psikotropika adalah :

a) Obat penenang

Bentuknya berupa tablet, digunakan dengan cara ditelan secara langsung. Contohnya: obat tidur, pil koplo, BK, Nipam, Valium, Lexotan, dan lain – lain.

b) Ekstasi

Bentuknya berupa tablet warna – warni, cara penggunaannya ditelan secara langsung. Ekstasi biasanya dikenal dengan *inex*, ekstasi, *huge drug*, *yupple drup*, *essence*, *clarity*, *butterfly*, dan lain – lain.

c) Methamphetamine

Bentuknya seperti serbuk kristal dan cairan, cara penggunaannya dihisap dengan bantuan alat (di-bong). Contohnya adalah shabu – shabu atau ubas.

d) ATS

ATS (*Amphetamine Type Stimulas*) adalah nama sekelompok zat/obat yang mempunyai khasiat sebagai stimulan susunan syaraf pusat. Nama lainnya adalah *Speed, Crystal* (Dalami, dkk. 2009).

3. Zat Adiktif

Menurut Dalami, dkk (2009), zat adiktif merupakan bahan aktif yang dalam organisme hidup menimbulkan kerja biologi yang jika disalahgunakan menimbulkan ketergantungan yaitu, keinginan menggunakan kembali secara terus – menerus. Contohnya: rokok, alkohol, thinner, lem kayu, penghapus cair, aseton, cat, bensin, dan lain sebagainya. Alkohol yang dimaksud adalah beralkohol diatas 4%.

2.4.3. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Penyalahgunaan Narkoba

Menurut Dalami, dkk. (2009) menyatakan bahwa, terdapat beberapa pendorong atau faktor seseorang yang memakai narkoba, antara lain adalah:

1. Rasa ingin tahu/coba – coba.
2. Ikut – ikutan teman yang memakai narkoba.
3. Solidaritas kelompok (geng / group).
4. Biar terlihat gaya (terpengaruh gaya hidup modern yang salah).
5. Mencari kegairahan atau *excitement*.
6. Menghilangkan rasa kebosanan.

7. Agar merasa lebih enak.
8. Meluapkan masalah stress.
9. Menunjukkan kehebatan/ kekuasaan.
10. Ingin tampil menonjol.
11. Merasa sudah dewasa.
12. Menunjukkan sifat berontak.
13. Mengurangi rasa sakit.
14. Ikut tokoh idola. (Dalami, dkk. 2009)

2.4.4. Bahaya Penyalahgunaan Narkoba

Secara umum penyalahgunaan narkoba dapat menimbulkan dampak yang merugikan terhadap kondisi kesehatan jasmani (fisik dan kejiwaan) dan psikis bagi pemakainya. Masalah yang ditimbulkan tergantung jenis narkoba yang digunakan, lama dan cara pemakaian, status gizi, status kesehatan fisik serta mental dari pengguna. Pengguna narkoba tidak dapat hidup secara normal. Mereka akan bertingkah laku aneh dan menciptakan ketergantungan fisik dan psikologis dengan tingkat yang berbeda. Seseorang yang kecanduan, akan merasa hidup di neraka. Hal ini dikarenakan ketergantungan fisik yang menyebabkan timbulnya rasa sakit saat berusaha untuk mengurangi atau berhenti menggunakan narkoba (Dalami, dkk. 2009).

Ketergantungan secara psikologis menimbulkan tingkah laku yang kompulsif untuk memperoleh obat – obat tersebut. Tak jarang si pemakai akan melakukan tindak kekerasan seperti mencuri, merampok, bahkan membunuh hanya untuk mendapatkan uang demi narkoba. Menurut Dalami, dkk. (2009) menyatakan bahwa, terdapat efek dari penyalahgunaan narkoba antara lain yaitu:

1. Efek Jasmaniah (langsung)

Akibat bahan pencampur, pemakaian yang tidak sesuai aturan atau karena buruknya sterilisasi alat yang dipakai dapat mengakibatkan macam – macam gangguan jasmaniah antara lain:

- a) Gangguan pada sistem saraf seperti kejang – kejang, halusinasi, gangguan kesadaran, kerusakan saraf.
- b) Gangguan pada jantung dan pembuluh darah seperti infeksi akut otot jantung, gangguan peredaran darah.
- c) Gangguan pada kulit seperti penahan pada bekas suntikan, injeksi, alergi.
- d) Gangguan pada paru – paru seperti penekanan fungsi pernafasan kesukaran bernafas atau sesak nafas.
- e) Gangguan pada fungsi ginjal yang mengarah pada gagal ginjal kronik.
- f) Gangguan pada hemoprosik seperti pembentukan sel darah terganggu.
- g) Penyakit pada perut, mencret, radang lambung dan kelenjar ludah perut, hepatitis, perlemahan hati, pengerasan hati dan pengecekan hati.
- h) Dampak terinfeksi HIV/AIDS akibat pemakaian jarum suntik atau IDU (*Injecting Drug Use*) secara bersama – sama. (Dalami, dkk. 2009)

Sedangkan gejala dini penderita penyalahgunaan narkotika dan psikotropika didahului dengan tanda – tanda fisik, seperti:

- a) Kesehatan fisik menurun.
- b) Penampilan diri menurun.
- c) Badan kurus, lemas dan malas.
- d) Suhu badan tidak beraturan.
- e) Pernafasan lambat dan langka.

- f) Pupil mata mengecil.
- g) Warna muka membiru.
- h) Tekanan darah membiru.
- i) Tekanan darah menurun.
- j) Kejang otot.
- k) Kesadaran makin lama semakin berkurang.
- l) Selera makan berkurang. (Dalami, dkk. 2009)

2. Dampak Kejiwaan

Gangguan kejiwaan dari penyalahgunaan narkoba antara lain:

- a) Gangguan jiwa berat.
- b) Depresi mental yang berupa gangguan persepsi, daya pikir dan kreasi.
- c) Gangguan emosional.
- d) Tindak kekerasan dan perusakan.
- e) Percobaan bunuh diri, bila putus zat. (Dalami, dkk. 2009)

Depresi sering muncul sebagai akibat rasa bersalah karena gagal berhenti dari penyalahgunaan narkoba. Beberapa pemakai sudah mempunyai masalah kejiwaan sebelumnya dan penyalahgunaan zat merupakan cara untuk mengatasinya. (Dalami, dkk. 2009)

3. Dampak terhadap kehidupan sosial

Gangguan mental emosional yang diderita oleh penyalahgunaan narkoba akan mempengaruhi fungsi keberadaannya sebagai anggota masyarakat (Dalami, dkk. 2009). Prestasi bagi pengguna narkoba akan menurun, mengalami pemecatan di tempat kerja, melakukan tindak kriminal atau kekerasan. Pelanggaran baik norma sosial maupun hukum yang terjadi secara langsung

atau tidak langsung akan mempengaruhi kehidupan sosial bagi pengguna narkoba. (Dalami, dkk. 2009)

4. Dampak terhadap perekonomian

- a) Uang dihabiskan dengan cuma-cuma.
- b) Meningkatnya pengeluaran untuk pengobatan.
- c) Tingkat produktivitas sumber daya manusia yang menurun.
- d) Terjadi transaksi illegal.
- e) Terjadinya pencucian uang. (Dalami, dkk. 2009)

2.4.5. Undang – Undang Narkotika dan Psikotropika

Ketentuan pidana dalam Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 35 Tahun 2009 Tentang Narkotika terdapat pada pasal 111, 112, 113, 114, dan pasal 127 (Lisa dan Sutrisna, 2013).

Pada UU RI NO. 35 Tahun 2009 tentang Narkotika dijelaskan hukuman bagi penyalahgunaan narkotika pada pasal 127, yaitu:

(1) Setiap Penyalah Guna:

- a. Narkotika Golongan I bagi diri sendiri dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun.
- b. Narkotika Golongan II bagi diri sendiri dipidana dengan pidana penjara paling lama 2 (dua) tahun.
- c. Narkotika Golongan III bagi diri sendiri dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun.

(2) Dalam memutus perkara sebagaimana dimaksud pada ayat (1), hakim wajib memperhatikan ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 54, Pasal 55, dan Pasal 103.

- (3) Dalam hal Penyalah Guna sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dibuktikan atau terbukti sebagai korban penyalahgunaan Narkotika, Penyalah Guna tersebut wajib menjalankan rehabilitasi medis dan rehabilitasi sosial.

2.5. Konsep Anak dan Anak Jalanan

2.5.1. Konsep Anak

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak, pasal 1 Ayat 1, Anak adalah seseorang yang belum berusia 18 (delapan belas) tahun, termasuk anak yang masih dalam kandungan. Sedangkan menurut definisi WHO, batasan usia anak adalah sejak anak di dalam kandungan sampai usia 19 tahun. Berdasarkan Konvensi Hak-hak Anak yang disetujui oleh Majelis Umum Perserikatan Bangsa-bangsa pada tanggal 20 Nopember 1989 dan diratifikasi Indonesia pada tahun 1990, Bagian 1 pasal 1, yang dimaksud Anak adalah setiap orang yang berusia di bawah 18 tahun, kecuali berdasarkan undang-undang yang berlaku bagi anak ditentukan bahwa usia dewasa dicapai lebih awal (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Menurut Wong DL (1995) dalam Potter dan Perry (2005) menyatakan bahwa periode usia perkembangan, usia 6 sampai 11 atau 12 tahun termasuk dalam masa kanak – kanak pertengahan. Pada usia ini sering dikatakan sebagai anak usia sekolah. Dalam periode perkembangan ini, anak diarahkan menjauh dari keluarga dan berada ditengah dunia atau lingkungan yang lebih luas dari teman sebayanya. Kerja sama sosial dan perkembangan moral yang lebih awal menjadi penting dalam hubungannya dengan kehidupan yang akan datang, ini merupakan periode kritis perkembangan konsep diri.

2.5.2. Pertumbuhan dan Perkembangan Anak

Dalam masa pertumbuhan dan perkembangan, anak – anak mempunyai rasa ingin tahu yang besar terhadap lingkungan yang ada disekitarnya. Hal tersebut ditandai dengan pertanyaan yang diajukan. Rasa ingin tahu yang dimiliki anak memberikan kesempatan dalam proses belajar untuk mengenal sesuatu. Interaksi anak dengan lingkungan sekitar, misalnya dengan teman sebayanya maupun guru akan membuat anak belajar mengembangkan aspek sosial dan emosi. Interaksi bersama teman sebaya memberikan pengalaman dalam bersosialisasi dan berkomunikasi, seperti bermain bersama – sama, berbagi, mengalah dan sebagainya. Menurut Kartini Kartono (1979) dalam Chandra (2011) membagi masa perkembangan dan pertumbuhan anak menjadi 5, yaitu:

- a) 0 – 2 tahun adalah masa bayi
- b) 1 – 5 tahun adalah masa kanak-kanak
- c) 6 – 12 tahun adalah masa anak-anak sekolah dasar
- d) 12 – 14 adalah masa remaja
- e) 14 – 17 tahun adalah masa pubertas awal

2.5.3. Karakteristik Pertumbuhan dan Perkembangan Psiko-Fisik Anak

Ada beberapa karakteristik pertumbuhan dan perkembangan psiko-fisik anak menurut Kartini Kartono (1979) dalam Chandra (2011), yaitu:

- a. Usia 1 – 6 tahun: berkembangnya moral, mulai aktifnya ruang gerak dan aktivitas, permainan yang bersifat individu, mengerti ruang dan waktu, bersifat spontan dan ingin tahu, warna mempunyai pengaruh terhadap anak, suka mendengarkan dongeng.

- b. Usia 6 – 8 tahun: berkembangnya koordinasi psiko motorik, permainan bersifat kelompok, tidak terlalu tergantung pada orang tua, kontak semakin matang dengan lingkungan luar, menyadari kehadiran alam disekelilingnya, bentuk lebih berpengaruh daripada warna, mulai tumbuh rasa tanggung jawab, pada umur 8 tahun merupakan puncak kesenangan bermain.
- c. Umur 8 – 12 tahun: semakin baiknya koordinasi psiko motorik, permainan yang berkelompok, teratur, disiplin, setelah kegiatan belajar adalah kegiatan bermain, menunjukkan minat pada hal tertentu, sifat ingin tahu, coba-coba, menyelidiki, aktif, dapat memisahkan persepsi dengan tindakan yang menggunakan logika, dapat memahami peraturan.

2.5.4. Pengertian Anak Jalanan

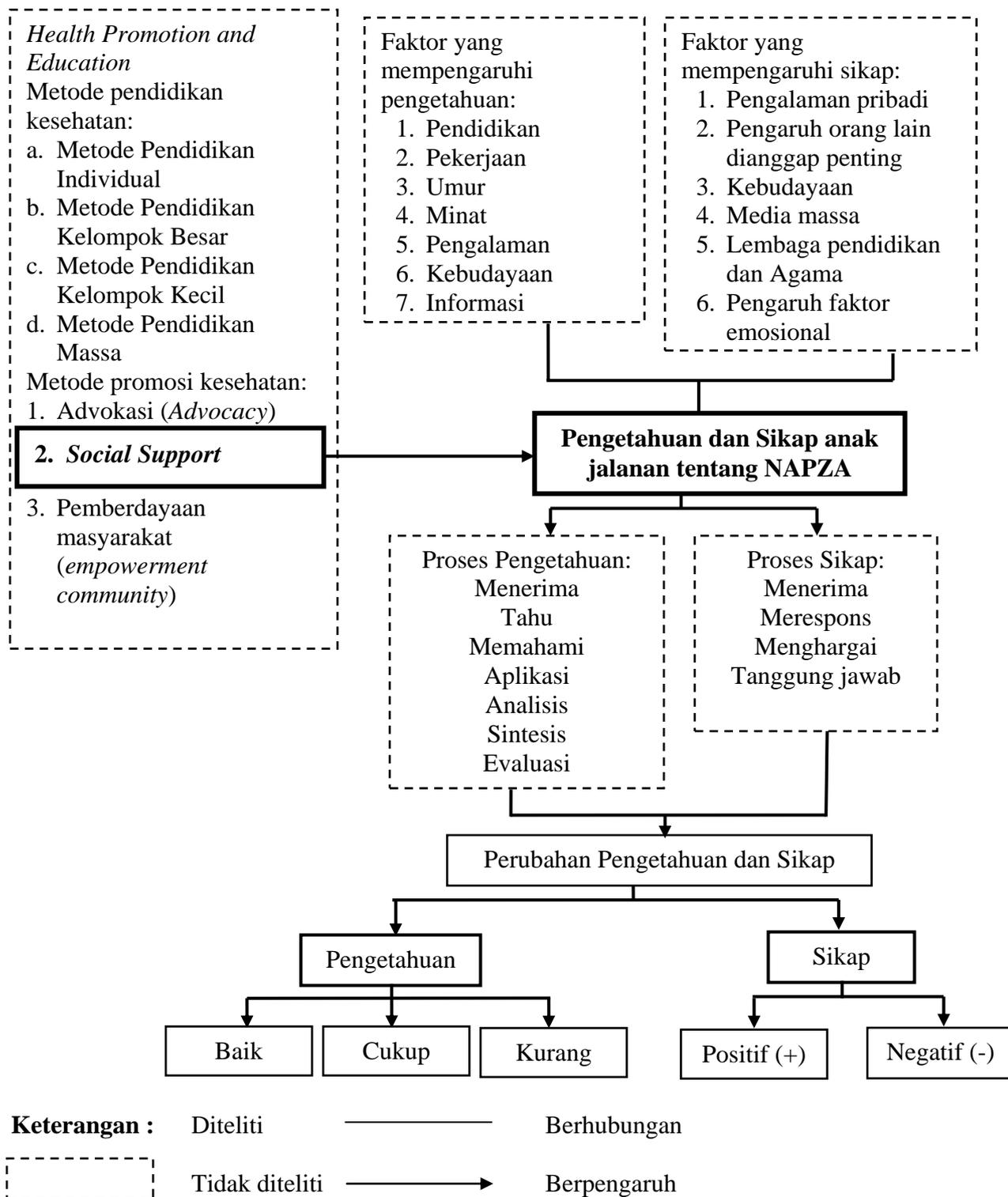
Menurut Shalahuddin (2000) dalam Wijayanti (2010), anak jalanan merupakan individu berusia di bawah 18 tahun yang hampir seluruh waktunya dihabiskan dijalanan untuk mempertahankan hidup atau mendapatkan uang. Menurut Handayani (1999) dalam Huraerah (2012) anak jalanan merupakan anak yang menghabiskan hampir seluruh waktunya mencari nafkah atau berkeliaran dijalanan dan tempat umum lainnya. Dalam seminar Pemberdayaan Anak Jalanan Ferry, J (1996) yang dijelaskan dalam Huraerah (2012) anak jalanan merupakan anak yang menghabiskan waktunya dijalanan, baik untuk bekerja maupun tidak, yang terdiri dari anak – anak yang mempunyai hubungan dengan keluarga atau terputusnya hubungan dengan keluarga, dan anak yang mandiri sejak kecil karena kehilangan keluarga atau orang tua.

2.5.5. Kategori Anak Jalanan

Berdasarkan hasil penelitian Departemen Sosial dan UNDP di Jakarta dan Surabaya dalam Huraerah (2012) anak jalanan dikelompokkan tiga kategori:

- a. Anak jalanan yang hidup di jalanan (*children of the street*), dengan kriteria:
 - 1) Putus hubungan atau karena tidak bertemu dengan orangtuanya
 - 2) Selama 8 – 10 jam berada di jalanan untuk bekerja (mengamen, mengemis, memulung) dan sisanya menggelandang/tidur.
 - 3) Tidak lagi bersekolah
 - 4) Rata – rata berusia di bawah 14 tahun.
- b. Anak jalanan yang bekerja di jalanan (*children on the street*), dengan kriteria:
 - 1) Berhubungan tidak teratur dengan orangtuanya;
 - 2) Anantara 8 – 16 jam berada di jalan;
 - 3) Mengontrak kamar sendiri, bersama teman, ikut orangtua/saudara, umumnya di daerah kumuh
 - 4) Tidak bersekolah lagi
 - 5) Pekerjaan: penjual koran, pengasong, pencuci bus, pemulung, penyemir sepatu, dan sebagainya.
 - 6) Rata – rata berusia di bawah 16 tahun.
- c. Anak yang rentan menjadi anak jalanan, dengan kriteria:
 - 1) Bertemu teratur setiap hari, tinggal dan tidur dengan keluarganya
 - 2) Sekitar 4 – 6 jam bekerja jalanan
 - 3) Masih bersekolah
 - 4) Pekerjaan: penjual koran, penyemir, pengamen, dan sebagainya.
 - 5) Usia rata – di bawah 14 tahun (Soetarso, 2004 dalam Huraerah, 2012)

2.6. Kerangka Konseptual



Gambar 2.3. Kerangka Konsep pengaruh *Health Education* dengan metode *Social Support* terhadap pengetahuan dan sikap dalam mencegah penyalahgunaan NAPZA pada anak jalanan di Taman Bungkul Surabaya.

2.7. Hipotesis Penelitian

Ada pengaruh *Health Education* dengan metode *Social Support* terhadap pengetahuan dan sikap dalam mencegah penyalahgunaan napza pada komunitas anak jalanan di Taman Bungkul Surabaya.