

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. NAPZA

1. Definisi NAPZA

NAPZA menurut Badan Narkotika Nasional (BNN) No. SE/03/IV/2002/BNN, akronim/singkatan dari narkotika, psikotropika, dan bahan-bahan adiktif lainnya. NAPZA sering disebut sebagai bahan/zat/obat psikoaktif, yang bila masuk ke dalam tubuh manusia akan mempengaruhi tubuh, terutama otak/susunan saraf pusat, sehingga menimbulkan gangguan kesehatan fisik, perubahan perilaku, perasaan dan pikiran.

Narkoba, berdasarkan UU No.22 tahun 1997 tentang narkotika dan UU No.5 tahun 1997 tentang psikotropika, bahwa narkoba tidak diperbolehkan untuk disalahgunakan dan diedarkan secara gelap, Hal ini berarti narkoba boleh diedarkan dalam dunia pengobatan dan ilmu pengetahuan.

2. Klasifikasi NAPZA

Narkotika dalam Undang-Undang Nomor 35 tahun 2009 diartikan dengan zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman baik sintesis maupun semisintesis yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa, mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri dan dapat menimbulkan ketergantungan.

Narkotika terdiri dari 3 golongan:

- a. Golongan I: narkotika yang dapat digunakan dalam terapi, serta mempunyai potensi sangat tinggi mengakibatkan ketergantungan, contoh : *heroin, kokain, ganja*.
- b. Golongan II: narkotika yang berkhasiat pengobatan dan banyak digunakan dalam terapi dan atau untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi sangat tinggi mengakibatkan ketergantungan, contoh : *morfin, petidin*.
- c. Golongan III: narkotika yang berkhasiat pengobatan dan banyak digunakan dalam terapi dan atau tujuan pengembangan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi ringan mengakibatkan ketergantungan, contoh: *kodein*.

Psikotropika menurut Undang-Undang RI No. 5 tahun 2009, psikotropika adalah zat atau obat, baik alamiah maupun sintesis bukan narkotika, yang berkhasiat psikoaktif melalui pengaruh selektif pada susunan saraf pusat yang menyebabkan perubahan khas pada aktifitas mental dan perilaku.

Psikotropika terdiri dari 4 golongan:

- a. Golongan I: psikotropika yang hanya dapat digunakan untuk tujuan ilmu pengetahuan dan tidak digunakan dalam terapi, serta mempunyai potensi kuat mengakibatkan sindroma ketergantungan, contoh: *ekstasi*
- b. Golongan II: psikotropika yang berkhasiat pengobatan dan dapat digunakan dalam terapi dan atau untuk tujuan ilmu pengetahuan serta

mempunyai potensi kuat mengakibatkan sindroma ketergantungan, contoh: *amphetamine*

- c. Golongan III: psikotropika yang berkhasiat pengobatan dan banyak digunakan dalam mengakibatkan sindroma ketergantungan, contoh *Phenobarbital*
- d. Golongan IV: psikotropika yang berkhasiat pengobatan dan sangat luas mempunyai potensi ringan mengakibatkan sindroma ketergantungan, contoh: *diazepam, nitrazepam.*

Zat adiktif adalah zat atau bahan aktif bukan narkotika dan psikotropika yang bekerja pada sistem saraf pusat dan dapat menimbulkan ketergantungan. Zat adiktif adalah bahan atau zat yang penggunaannya dapat menimbulkan ketergantungan

Yang termasuk zat adiktif adalah

- a. Minuman alcohol yang mengandung etanol, etil alcohol, yang berpengaruh menekan saraf pusat dan sering menjadi bagian kehidupan manusia.
- b. *Inhalasi* (gas yang dihirup) dan *solven* (zat pelarut) mudah menguap berupa senyawa organik yang terdapat pada berbagai barang keperluan rumah tangga, kantor, dan sebagai pelumas mesin, yang sering disalahgunakan adalah: lem, tiner, penghapus cat kuku, bensin.
- c. Tembakau: pemakaian tembakau yang mengandung nikotin sangat luas dimasyarakat, pemakaian rokok dan alkohol terutama pada remaja, harus menjadi bagian dari upaya pencegahan, karena rokok dan

alkohol sering menjadi pintu masuk penyalahgunaan NAPZA lain yang berbahaya

3. Penyalahgunaan NAPZA

Penyalahgunaan NAPZA adalah pemakaian NAPZA diluar anjuran dokter atau tanpa indikasi medis untuk meminum atau menggunakannya (Gunawan, 2006). Penyalahgunaan/ketergantungan NAPZA adalah suatu sindrom atau kumpulan fenomena fisiologis (lahiriah), perilaku dan kognitif akibat penggunaan zat psikoaktif dan kesulitan mengendalikan perilakunya serta munculnya gejala "*toleransi*" atau keinginan yang kuat untuk mengkonsumsi dosis NAPZA yang lebih besar sampai *over dosis* (BNN, 2010).

4. Dampak Penyalahgunaan NAPZA

Menurut Lembo (2007) dampak penyalahgunaan NAPZA antra lain:

- a. Kondisi psikis dan fisik sangat sensitive dan cepat bosan, emosinya naik turun, nafsu makan tidak teratur, muka pucat dan rawan terinfeksi berbagai penyakit
- b. Perilaku malas dan sering meninggalkan tugas rutin, menunjukkan sikap tidak peduli dan jauh dari keluarga, suka mencuri uang dan barang orang lain.
- c. Kehidupan social mengalami gangguan fungsi dalam anggota masyarakat bekarja, prestasi menurun.

Sedangkan menurut (Martono, 2006) dampak penyalahgunaan NAPZA antara lain:

a. Bagi diri sendiri.

Penyalahgunaan NAPZA dapat mengakibatkan terganggunya fungsi otak dan perkembangan moral pemakainya, keracunan, overdosis, gangguan perilaku (*mental social*), gangguan kesehatan, menurunnya nilai-nilai moral, dan masalah ekonomi dan hukum.

b. Bagi keluarga.

Penyalahgunaan NAPZA dalam keluarga dapat mengakibatkan suasana nyaman dan tentram dalam keluarga terganggu. Orang tua akan merasa malu karena memiliki anak pecandu, merasa bersalah, dan berusaha menutupi perbuatan anak mereka. Stress keluarga meningkat, merasa putus asa karena pengeluaran yang meningkat akibat pemakaian narkoba ataupun melihat anak yang harus berulang kali dirawat atau bahkan menjadi penghuni di rumah tahanan maupun lembaga pemasyarakatan.

c. Bagi masyarakat, bangsa, dan Negara.

Penyalahgunaan NAPZA mengakibatkan terciptanya pengedar narkoba dengan korbannya sehingga terbentuk pasar gelap perdagangan NAPZA yang sangat sulit diputuskan rantainya. Masyarakat yang rawan narkoba tidak memiliki daya tahan dan kesinambungan pembangunan terancam.

5. Efek Penggunaan NAPZA

a. Opiat

Efek dari penggunaan opiat adalah mengalami pelambatan dan kekacauan saat berbicara, kerusakan penglihatan pada malam hari, kerusakan liver dan ginjal, peningkatan resiko terkena virus HIV dan hepatitis serta penyakit infeksi lain, dan efek yang paling berbahaya adalah kematian yang disebabkan karena *over dose*.

b. Kokain

Biasanya efek yang diharapkan pemakai saat menggunakan kokain adalah rasa terus bersemangat. Tetapi tanpa disadari pemakai, kokain dapat menimbulkan efek lain yang tidak diinginkan yaitu, perasaan gelisah, tidak bisa makan, paranoid dan juga dapat mengakibatkan terjadinya gangguan liver.

c. Ganja

Pemakaian ganja dapat mengakibatkan pemakai kehilangan konsentrasi, denyut nadi yang meningkat, keseimbangan dan koordinasi tubuh memburuk, ketakutan dan rasa panik, depresi, kebingungan, dan halusinasi.

d. Ekstasi

Efek yang diinginkan pemakai saat menggunakan ekstasi biasanya adalah tubuh terus menerus memiliki energy berlebih, perasaan juga menjadi lebih segar, mampu terus terjaga, dan tidak merasa capek. Namun ekstasi memiliki bahaya jika digunakan dalam waktu yang

lama, beberapa bahaya dari ekstasi adalah kecanduan, syaraf otak terganggu, gangguan liver, tulang dan gigi keropos, serta paranoid dan halusinasi.

e. Sabu-sabu

Sabu-sabu dapat membuat pemakai untuk terus terjaga dan terus merasa bersemangat. Tetapi penggunaan sabu dalam jangka waktu yang lama dapat mengakibatkan pemakai menderita penyakit gangguan jiwa, paranoid, dan gangguan liver.

f. Alkohol

Alkohol dapat membuat pemakai merasa rileks dan lebih mudah untuk mengekspresikan emosi. Biasanya, orang yang menggunakan alkohol akan mengalami gangguan penglihatan, gangguan berbicara, dan pupil mata pemakai menjadi membesar. Penggunaan alkohol dalam jangka panjang dapat menimbulkan gangguan radang usus, liver dan kerusakan otak (Harumindari, 2005).

6. Pencegahan Penyalahgunaan NAPZA

Menurut Sudirman (2001) beberapa upaya prevensi dan promosi akan bahaya NAPZA, yaitu:

a. Program Informasi

Suatu pesan yang sama sifatnya, misalnya pesan melalui media massa akan diterima oleh pelbagai kelompok dalam masyarakat yang berbeda-beda pula, sehingga timbul dampak yang tidak diinginkan. Materi dan cara memberikan informasi hendaklah sesuai dengan penerima

- informasi. Teknik menakut-nakuti hanya efektif dalam keadaan terbatas.
- b. Program Pendidikan Afektif
- Bertujuan untuk mengembangkan kepribadian, mendewasakan kepribadian, meningkatkan kemampuan dalam mengambil keputusan yang bijak, mengatasi tekanan mental secara efektif, meningkatkan kepercayaan diri, menghilangkan gambaran negatif mengenai diri sendiri dan meningkatkan kemampuan komunikasi interpersonal.
- c. Program Penyediaan Pilihan yang bermakna
- Konsep ini bertujuan untuk mengalihkan penggunaan NAPZA kepada pilihan lain yang diharapkan dapat memberikan kepuasan bagi kebutuhan manusiawi yang mendasar, fisik maupun psikologis. Kebutuhan yang dimaksud antara lain kebutuhan "ingin tahu", kebutuhan mengalami hal-hal baru dalam hidupnya, kebutuhan terbentuknya identitas diri, kebutuhan akan bebas berfikir dan berbuat, kebutuhan akan penghargaan serta kebutuhan diri diterima kelompok.
- d. Pengenalan Dini dan Intervensi Diri
- Mengenal dengan baik ciri-ciri anak yang mempunyai resiko tinggi akan pengguna obat, termasuk mereka yang telah berada dalam taraf eksperimental. Segera memberikan dukungan moral bila anak mengalami/menghadapi masa kritis dalam hidupnya. Hal ini sangatlah penting peran guru BP dan orang tua, bila tidak dapat teratasi segera dirujuk ke tenaga ahli.

e. Program Latihan Keterampilan Psikososial.

Latihan ini diterapkan atas dasar teori bahwa gangguan penggunaan obat merupakan perilaku yang dipelajari seseorang dalam lingkup pergaulan sosialnya dan mempunyai maksud dan makna tertentu bagi yang bersangkutan. Program latihan ini antara lain:

- 1) *Psychological inoculation*: dalam pelatihan ini diputar film yang memperlihatkan bagaimana remaja mendapat tekanan dari pergaulannya agar tidak merokok. Lalu dikembangkan sikap menantang dorongan dan tekanan untuk merokok itu, dalam hal ini dikemukakan persepsi yang salah mengenai rokok dan akibat-akibat yang ditimbulkan oleh rokok baik bagi perokok sesaat maupun Kronis.
- 2) *Personal and social skill training*: kepada remaja dikembangkan suatu keterampilan dalam menghadapi problema hidup . menyebabkan mereka mampu menolak suatu ajakan, serta mengembangkan keberanian dan keterampilan unuk mengekspresikan kebenaran sehingga ia terbebas dari bujukan atau tekanan kelompoknya.

B. REMAJA

1. Definisi Remaja

Pakar psikologi perkembangan Hurlock (1980) menyatakan bahwa masa remaja ini dimulai pada saat anak mulai matang secara seksual dan berakhir pada saat ia mencapai usia dewasa secara hukum. Masa remaja

terbagi menjadi tiga yaitu masa remaja awal, masa remaja tengah dan masa remaja akhir. Masa remaja awal dimulai pada saat anak-anak mulai matang secara seksual yaitu pada usia 13 sampai dengan 14 tahun, sedangkan masa remaja tengah berada pada usia 15 sampai 17 tahun dan masa remaja akhir meliputi periode setelahnya sampai dengan 18 tahun, yaitu usia dimana seseorang dinyatakan dewasa secara hukum (Iskandarsyah, 2006).

Pada usia masa remaja, terjadi peningkatan ketegangan emosional yang dihasilkan dari perubahan fisik dan hormonal, pada masa ini emosi seringkali tidak terkontrol dan nampak irrasional (Widianti, 2009).

2. Klasifikasi Remaja

Monks, 1998 menyatakan bahwa ada tiga tahap perkembangan remaja yaitu remaja awal (usia 12-15 tahun), remaja pertengahan (usia 15-18 tahun) dan remaja akhir (usia 18-21 tahun). Menurut Blos (1962 dalam Sarwono, 2005) ada tiga tahap perkembangan remaja dalam rangka penyesuaian diri menuju kedewasaan, yaitu :

a. Remaja awal (*early adolescence*)

Seorang remaja pada tahap ini masih terheran-heran akan perubahan yang terjadi pada tubuhnya sendiri dan dorongan yang menyertai perubahan-perubahan itu. Mereka mengembangkan pikiran-pikiran baru, cepat tertarik pada lawan jenis dan mudah terangsang secara erotis. Kepekaan yang berlebih-lebihan ini ditambah dengan berkurangnya kendali terhadap "ego" menyebabkan pada remaja awal ini sulit mengerti dan dimengerti orang dewasa.

b. Remaja madya (*middle adolescence*)

Pada tahap ini remaja sangat membutuhkan kawan-kawan. Ia senang kalau banyak teman yang menyukainya. Ada kecenderungan “*narcistic*”, yaitu mencintai diri sendiri, dengan menyukai teman-teman yang punya sifat-sifat yang sama dengan dirinya. Selain itu remaja berada dalam kondisi kebingungan karena ia tidak tahu harus memilih yang mana peka atau tidak peduli, ramai-ramai atau sendiri, optimis atau pesimis, idealis atau matrealistis.

c. Remaja akhir (*late adolescence*)

Tahap ini adalah masa konsolidasi menuju periode dewasa dan ditandai dengan pencapaian 5 hal yaitu:

- 1) Minat yang makin mantap terhadap fungsi-fungsi intelek
- 2) Egonya mencari kesempatan untuk bersatu dengan orang-orang lain dan dalam pengalaman-pengalaman baru.
- 3) Terbentuk identitas seksual yang tidak akan berubah lagi.
- 4) Egosentris (terlalu memusatkan perhatian pada diri sendiri) diganti dengan keseimbangan antara kepentingan diri sendiri dengan orang lain.
- 5) Tumbuh “*dinding*” yang memisahkan diri pribadinya “*private self*” dan masyarakat umum.

3. Kenakalan Remaja

Kartono (2002) menyatakan kenakalan remaja merupakan gejala patologis social pada remaja yang disebabkan oleh satu bentuk pengabaian

social. Akibatnya mengembangkan perilaku menyimpang. Kenakalan remaja merupakan kumpulan dari berbagai perilaku remaja yang tidak dapat diterima secara social hingga terjadi tindakan *criminal*, salah satu kenakalan remaja yang dilakukan adalah penyalahgunaan NAPZA (anonim, 2010).

C. PENDIDIKAN KESEHATAN

1. Definisi Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan adalah suatu usaha atau kegiatan untuk membantu individu, keluarga dan masyarakat dalam meningkatkan kemampuannya untuk mencapai kesehatan secara optimal (Notoatmodjo, 2007). Semua petugas kesehatan mengakui bahwa pendidikan kesehatan penting untuk menunjang program kesehatan lainnya. Stuart (1968) dalam defenisi yang dikemukakan, dikutip oleh staf jurusan PK-IP FKMUI (1984) mengatakan bahwa pendidikan kesehatan adalah komponen program kesehatan dan kedokteran yang terdiri atas upaya terencana untuk mengubah perilaku individu, keluarga dan masyarakat yang merupakan cara perubahan berfikir, bersikap dan berbuat dengan tujuan membantu pengobatan, rehabilitasi, pencegahan penyakit dan promosi hidup sehat (Suliha, 2002).

2. Tujuan Pendidikan Kesehatan

Secara umum tujuan pendidikan kesehatan adalah mengubah perilaku individu dan masyarakat di bidang kesehatan (Notoatmodjo, 1997). Menurut Effendi (1995) tujuan pendidikan kesehatan yang paling pokok adalah tercapainya perubahan perilaku individu, keluarga, dan masyarakat dalam memelihara perilaku sehat serta berperan aktif dalam mewujudkan

derajat kesehatan yang optimal. Banyak faktor yang perlu diperhatikan dalam keberhasilan pendidikan kesehatan, antara lain tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi, adat istiadat, kepercayaan masyarakat, dan ketersediaan waktu dari masyarakat.

3. Metode Pendidikan Kesehatan

Metode pendidikan kesehatan dikelompokkan menjadi tiga yaitu metode pendidikan individu, metode pendidikan kelompok, dan metode pendidikan massa. Metode pendidikan individu digunakan untuk membina seseorang yang telah mulai tertarik kepada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Dasar digunakannya pendekatan ini karena setiap orang mempunyai masalah atau alasan yang berbeda-beda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru.

Bentuk dari pendekatan metode pendidikan kesehatan yang bersifat individu ini antara lain adalah bimbingan dan wawancara. Pendidikan dengan cara bimbingan membuat kontak antara klien dengan petugas lebih sensitif. Setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat diteliti dan dibantu penyelesaiannya. Wawancara sebenarnya merupakan bagian dari bimbingan. Wawancara dilakukan oleh petugas kesehatan untuk menggali informasi mengapa ia tidak atau belum menerima perubahan, apakah ia tertarik atau tidak terhadap perubahan, untuk mengetahui apakah perilaku yang sudah atau yang akan diadopsi itu mempunyai dasar pengertian dan kesadaran yang kuat pada peserta pendidikan kesehatan.

Metode pendidikan kelompok adalah metode pendidikan yang digunakan untuk komunitas yang lebih besar. Pemilihan metode pendidikan kelompok harus menyesuaikan besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal dari sasaran, untuk kelompok yang besar, metodenya akan lain dengan kelompok kecil. Efektifitas suatu metode akan tergantung pula pada besarnya sasaran pendidikan.

Metode pendidikan kelompok dilihat dari besarnya sasaran pendidikan maka dibagi atas dua macam kelompok yaitu kelompok besar dan kelompok kecil. Kelompok besar adalah kelompok dengan peserta kegiatan yang berjumlah lebih dari 15 orang. Metode kelompok besar antara lain adalah ceramah dan seminar.

Metode pendidikan massa ditujukan untuk mengkomunikasikan pesan-pesan kesehatan bagi masyarakat luas. Beberapa metode ini antara lain adalah ceramah umum, pidato-pidato, simulasi, tulisan di majalah dan billboard (Notoatmodjo, 2007).

4. Ceramah

Ceramah adalah penerangan dan penuturan secara lisan, dalam pelaksanaan ceramah untuk menjelaskan uraiannya, pengajar dapat menggunakan alat bantu seperti gambar-gambar. Metode utama, berhubungan antara pengajar dengan pembelajar ialah berbicara. Peranan dalam metode ceramah adalah mendengarkan dengan teliti dan mencatat pokok-pokok penting yang dikemukakan oleh pengajar (Sofa, 2008).

Nurlaili (2009) mengatakan bahwa metode ceramah adalah suatu cara penyajian bahan pelajaran dengan melalui penuturan (penjelasan lisan) oleh guru kepada siswa. Metode ceramah bervariasi merupakan cara penyampaian penyajian bahan dengan disertai macam-macam penggunaan metode pengajaran lain, seperti tanya jawab dan sebagainya.

5. Kekurangan Ceramah

Unair (2009) mengatakan metode ceramah memiliki beberapa kelemahan antara lain:

- a. Komunikasi satu arah sehingga sasaran menjadi pasif untuk bertanya atau mengeluarkan pendapat.
- b. Pada metode ceramah tidak dapat diidentifikasi kebutuhan *per individu*.
- c. Sasaran tidak diberi kesempatan untuk berfikir dan berperilaku kreatif.
- d. Sasaran mudah menjadi bosan jika waktu terlalu lama.

6. Peer Group

Pengertian peer group atau pendidikan kelompok sebaya adalah berbagai kegiatan yang dilakukan untuk mengembangkan pengetahuan, sikap, dan perilaku kelompok sasaran yang dilaksanakan antara kelompok sebaya itu sendiri (Depkes RI, 1997). *Peer group* menurut *Webster New Colegiate Dictionary* adalah: *one that is of equal standing with another*. Santrock (2002) memberikan definisi kelompok sebaya adalah: *children of about dosen age of maturity level*. Kutipan di atas dapat disimpulkan bahwa kelompok sebaya adalah teman setingkat dalam perkembangan usianya,

umumnya mempunyai jenis kelamin yang sama, juga minat dan latar belakang yang sama, dalam penelitian ini yang dimaksud dengan kelompok sebaya pada anak usia *late childhood* teman-teman sekelas di sekolahnya, teman-teman sekelas kurang lebih sama usianya, demikian juga tarap perkembangannya, walaupun sama taraf perkembangannya bukan berarti sama dalam segala aspek perkembangannya.

7. Ciri-ciri *Peer Group*

- a. Tidak mempunyai struktur *organisai* yang jelas
 - . Kelompok teman sebaya terbentuk secara spontan, diantara anggota-anggota kelompok mempunyai kedudukan yang sama, tapi ada satu diantara anggota kelompok sebagai pemimpin dimana semua anggota beranggapan bahwa ia pantas menjadi pemimpin.
- b. Bersifat Sementara
 - . Bersifat sementara karena belum ada struktur organisai yang jelas, maka kelompok ini kemungkinan akan bertahan lama, lebih-lebih jika yang menjadi keinginan anggota kelompok tercapai
- c. Mengajarkan individu tentang kebudayaan yang jelas
 - Misalnya teman sebaya di sekolah, mereka pada umumnya terdiri dari individu yang berbeda lingkungannya, dimana mereka memasukannya dalam kelompok sebaya sehingga mereka saling belajar secara tidak langsung tentang kebiasaan-kebiasaan, kemudian dijadikan kebiasaan kelompok.

- d. Anggotanya adalah individu yang sebaya

Anak-anak usia SD dengan usia SD, anak usia SMP dengan usia SMP dan seterusnya (Santoso, 2004).

8. Fungsi *Peer group*

Santoso (2004) mengemukakan beberapa fungsi *peer group* yaitu:

- a. Mengajarkan Kebudayaan

Peer group diajarkan kebudayaan dalam tempat itu, misalnya orang luar negeri masuk keindonesia, maka teman sebayanya di Indonesia akan mengajarkan kebudayaan Indonesia.

- b. Mengajarkan Mobilitas social

Mobilitas social adalah perubahan status yang lain, misalnya ada kelas menengah dan kelas rendah. Adanya kelas rendah pindah ke kelas menengah mencegah dinamika mobilitas social.

- c. Membantu Peranan social yang baru

Kelompok sebaya memberi kesempatan bagi anggotanya untuk mengisi peranan social yang baru, misalnya, anak belajar bagaimana menjadi pemimpin yang baik dan sebagainya.

- d. Kelompok Sebaya Sebagai Sumber Informasi Bagi Orang Tua dan guru bahkan masyarakat

Kelompok teman sebaya di sekolah bias sebagai sumber informasi, bagi guru dan orang tua tentang hubungan *social individu* dan seorang yang berprestasi yang baik dapat dibandingkan dalam kelompoknya.

- e. Kelompok Sebaya Individu Dapat Mencapai Ketergantungan Satu Sama Lain.

Karena dalam kelompok sebaya mereka dapat merasakan kebersamaan.

9. Manfaat *Peer Group*

Surya (2006) menjelaskan manfaat *peer group* yaitu:

- a. Memberikan rasa aman, melalui kelompok teman sebaya anak berkesempatan menjalin persahabatan yang erat sehingga memberikan rasa aman pada anak. Anak dapat saling memberikan dukungan dan semangat.
- b. Memberikan hiburan yang menyenangkan.
- c. Memberikan pengalaman dan pergaulan yang cocok dengan orang lain.
- d. Membantu remaja untuk mengembangkan sikap toleran dan saling memahami.
- e. Memberikan kesempatan untuk memilih dan mengembangkan ketrampilan social.
- f. Memberikan kesempatan untuk menilai orang lain.
- g. Memberikan pola-pola standar perilaku.
- h. Memberikan banyak peluang untuk mencapai kemerdekaan pribadi dan kesetiaan kelompok.
- i. Membantu remaja untuk mengembangkan sikap kreatif.

D. PERILAKU

Perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktifitas manusia, baik yang dapat diamati langsung, maupun yang tidak diamati oleh pihak luar. Menurut Skinner (1938) yang dikutip oleh (Notoatmodjo, 2003), merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar).

Perilaku dipandang dari segi biologis adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme yang bersangkutan. Jadi perilaku manusia pada hakekatnya adalah suatu aktivitas dari pada manusia itu sendiri. Perilaku dan gejala perilaku yang tampak pada kegiatan organism tersebut dipengaruhi oleh faktor genetic (keturunan) dan lingkungan (Notoadmojo, 2003).

Rogers dan Shoemaker (1971) menerangkan bahwa dalam upaya perubahan seseorang untuk mengadopsi suatu perilaku yang baru, terjadi berbagai tahapan pada seseorang tersebut, yaitu:

- a. Tahap Pengetahuan, yaitu seseorang tahu dan sadar ada terdapat suatu inovasi sehingga muncul adanya suatu kesadaran terhadap hal tersebut.
- b. Tahap bujukan, yaitu tahap seseorang mempertimbangkan atau sedang membentuk sikap terhadap inovasi yang telah diketahuinya tersebut sehingga ia mulai tertarik pada hal tersebut.
- c. Tahap Putusan, yaitu tahap seseorang membuat putusan apakah ia menolak atau menerima inovasi yang ditawarkan sehingga saat itu ia mulai mengevaluasi.

- d. Tahap Implementasi, yaitu tahap seseorang melaksanakan keputusan yang telah dibuatnya sehingga ia mulai mencoba suatu perilaku yang baru.

E. SIKAP

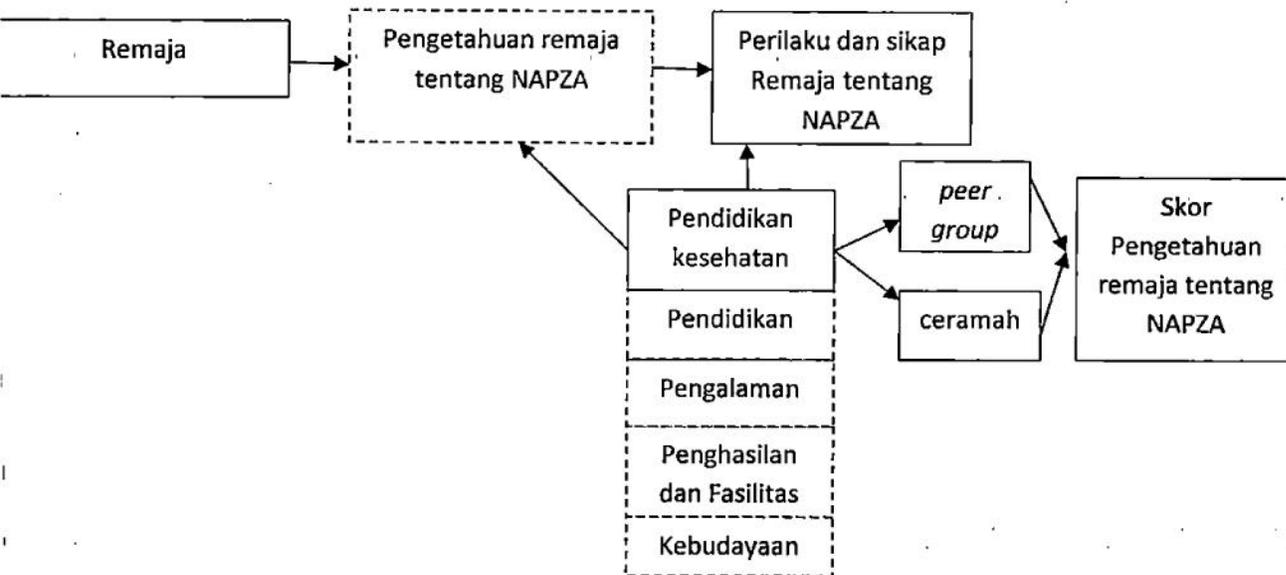
Sikap merupakan reaksi atau respons yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus social. Menurut Newcomb yang di kutip oleh Notoatmodjo (2003) menyatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktifitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap itu masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka atau tingkah laku yang terbuka. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai penghayatan terhadap objek.

Menurut Allport (1954) yang dikutip Notoatmodjo (2003) menjelaskan bahwa sikap itu memiliki 3 komponen pokok:

- a. Kepercayaan (keyakinan) ide, dan konsep terhadap suatu objek.
- b. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek
- c. Kecenderungan untuk bertindak (*trend to behave*)

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*), dalam penentuan sikap utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting.

F. KERANGKA KONSEP



G. Hipotesis

Metode pendidikan kesehatan *peer group* memberikan pengaruh yang lebih besar terhadap perilaku dan sikap remaja tentang NAPZA dibandingkan metode ceramah.