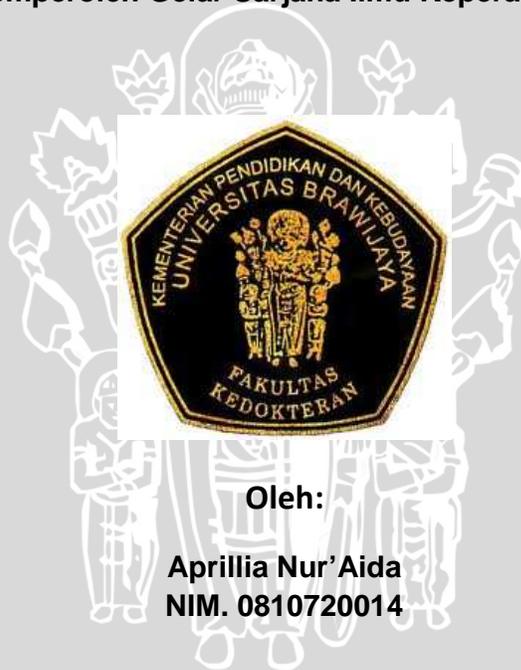


**PERBEDAAN EFEKTIFITAS *GOLD CHAIN METHODE* (GCM) DENGAN
PENYULUHAN KESEHATAN DALAM MENINGKATKAN
PENGETAHUAN DAN SIKAP SISWA SMA N 1 PONGGOK TENTANG
PENYALAHGUNAAN NAPZA**

TUGAS AKHIR

**Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Ilmu Keperawatan**



Oleh:

**Aprillia Nur'Aida
NIM. 0810720014**

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS BRAWIJAYA

MALANG

2012

HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

**PERBEDAAN EFEKTIFITAS *GOLD CHAIN METHODE* (GCM)
DENGAN PENYULUHAN KESEHATAN DALAM MENINGKATKAN
PENGETAHUAN DAN SIKAP SISWA SMAN 1 PONGGOKTENTANG
PENYALAHGUNAAN NAPZA**

Diajukan untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan

Oleh :

Aprillia Nur'Aida

0810720014

Telah diuji pada:

Hari : Rabu

Tanggal : 24 September 2012

Dan telah dinyatakan lulus oleh:

Penguji I

Titin Andri Wihastuti S.Kep M.Kep

NIP. 19770226 200312 2 001

Penguji II

Penguji III

Drs. Psi Asmika, SKM. M Kes

NIP.194 909031 982032 001

Ns.Lilik Supriati, S. Kep., M Kep

NIP. 198 305052 010122 006

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Segala puji hanya bagi Allah SWT, *Rabb* semesta alam dengan segala keagunganNYA. Sholawat serta salam semoga tercurahkan kepada Rosulullah SAW sebagai Nabi dan Rosul akhir zaman dengan risalah suci yang dibawa. Syukur Alhamdulillah penulis dapat menyelesaikan Tugas Akhir dengan judul "Perbedaan Efektifitas Gold Chain Methode (GCM) dengan Penyuluhan Kesehatan Terhadap Tingkat Pengetahuan dan Sikap Siswa SMAN 1 Ponggok Dalam Upaya Pencegahan Penyalahgunaan NAPZA" .

Banyak pihak terkait yang telah membantu terselesainya tugas akhir ini. Pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Dr. dr. Karyono Mintaroem, Sp,PA selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya
2. Dr. dr. Kusworini M.Kes., Sp.PK selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya
3. Dra. Psi. Asmika, SKM. MKes, sebagai pembimbing pertama yang telah bersedia memberikan bimbingan dan masukan dalam menyelesaikan Tugas Akhir ini.
4. Ns. Lilik Supriati, S.Kep., M. Kep sebagai pembimbing kedua yang telah bersedia memberikan bimbingan dan masukan dalam menyelesaikan Tugas Akhir ini.

5. Titin Andri W, S.Kp, M.Kes selaku penguji yang telah memberi masukan untuk perbaikan dan kesempurnaan Tugas Akhir ini.
6. Segenap anggota Tim pengelola Tugas Akhir PSIK FKUB yang telah membantu terselesainya penulisan Tugas Akhir ini.
7. Ayah dan Ibu tercinta yang selalu mendoakan Ananda di setiap sholat dan setiap waktu demi keberhasilan putrinya, semoga Allah senantiasa meridhoi.
8. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu per satu yang telah membantu demi terselesainya Tugas Akhir ini.

Penulis menyadari bahwa penelitian ini tidak lepas dari kesalahan. Penulis sangat mengharap kritik dan saran yang sifatnya membangun sehingga dapat dilakukan perbaikan untuk mencapai hasil yang lebih baik. Semoga penelitian ini dapat bermanfaat bagi kita semua baik sebagai referensi ataupun pengetahuan dalam proses pendidikan.
Jazakumullah khoiran katsiron.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Malang, 28 September 2012

Penulis

ABSTRAK

Nur'Aida Aprillia, **Perbedaan Efektifitas Gold Chain Methode (GCM) dengan Penyuluhan Kesehatan Dalam Meningkatkan Pengetahuan dan Sikap siswa SMAN 1 Ponggok Tentang Penyalahgunaan NAPZA.**

Tugas Akhir, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya. Pembimbing: (1) Drs. Psi Asmika, SKM. M Kes.; (2) Ns.Lilik Supriati, S. Kep., M Kep

Penyalahgunaan NAPZA mengalami perkembangan pesat di Indonesia, dimana sasaran utamanya adalah remaja. Selama ini pencegahan penyalahgunaan NAPZA dengan penyuluhan kesehatan terutama di lingkungan sekolah ditingkatkan namun hasilnya belum optimal. GCM (*Gold Chain Methode*) menerapkan proses pendekatan secara *peer to peer* dengan berdasar pada aspek religious dan psikologis. Penelitian ini bertujuan untuk melihat perbedaan efektifitas pelaksanaan GCM dengan penyuluhan kesehatan dalam mencegah penyalahgunaan NAPZA. Desain yang digunakan adalah *Quasy Experimental; pretest-posttest with control group*, sample dipilih dengan cara *simple random sampling* dan dibagi dalam 2 kelompok "kontrol" (n=30) yang diberikan penyuluhan kesehatan dan "perlakuan" (n=30) yang diberikan GCM dengan kuesioner sebagai alat ukur. Hasil penelitian; 90% siswa sudah mengenal NAPZA namun <40% yang memahaminya. Uji *dependent T-test* didapatkan peningkatan tingkat pengetahuan dan sikap pada kelompok perlakuan ($p < 0,05$) dan tidak ada peningkatan pada kelompok control ($p > 0,05$). Sedangkan pada uji *Independent T-test* yang membandingkan kelompok perlakuan dengan kelompok control didapatkan hasil uji p-value 0,047 untuk tingkat pengetahuan dan sikap 0,00. Karena nilai $p < \alpha$ (0,05) maka H_0 ditolak. Ini membuktikan pada tingkat signifikansi 95% GCM memberikan pengaruh terhadap pencegahan penyalahgunaan NAPZA pada remaja. Disarankan GCM dapat diterapkan dengan cara sederhana dan menyenangkan di lingkungan sekolah dengan catatan adanya pengawasan dari guru.

Kata kunci: remaja, GCM (*Gold Chain Methode*), penyuluhan kesehatan, tingkat pengetahuan dan sikap

ABSTRACT

Nur'Aida Aprillia, **Effectiveness Difference of Gold Chain Method (GCM) with the Health Education in Awareness and Attitudes student at SMAN 1 Ponggok About Abuse of Drugs** . Final Assigment, Nurse Program, Faculty of Medicine, Brawijaya Univercity. Supervisor: (1) Drs. Psi Asmika, SKM. M Kes.; (2) Ns.Lilik Supriati, S. Kep., M Kep

Drug Abuse experiencing rapid development in Indonesia, where the main target is the youth. So far, drug abuse prevention by health education, especially in the school environment improved, but the results are not optimal. GCM (Gold Chain Method) applying the peer-to-peer approach, one based on religious and psychological aspects. This study aimed to see differences in the effectiveness of the implementation of the GCM with health education in preventing drug abuse. The design used was Quasy Experimental; pretest-posttest with control group, the sample selected by simple random sampling and were divided into 2 groups of "control" (n = 30) were given health education and "treatment" (n = 30) were given GCM with a questionnaire as a measuring tool. The results of the study; 90% of the students are familiar with drugs, but <40% who understand. Test dependent T-test found increased levels of knowledge and attitudes in the treatment group ($p < 0.05$) and no increase in the control group ($p > 0.05$). While in test Independent T-test comparing the treatment group with a control group of test results obtained p-value 0.047 and 0.00 level of knowledge and attitudes. Since $p < \alpha$ (0.05) then H_0 is rejected. This proves the 95% significance level GCM give effect to the prevention of drug abuse among adolescents. Suggested GCM can be implemented with a simple and fun in the school with a note from the teacher's supervision.

Key words: teen, GCM (Gold Chain Methode), health education, knowledge and attitudes

DAFTAR ISI

Judul	i
Halaman Persetujuan	ii
Halaman Pengesahan.....	iii
Kata Pengantar	iv
Abstrak.....	vii
Abstrack.....	viii
Daftar Isi	ix
Daftar Tabel	xii
Daftar Gambar	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	6
1.4.1.Bagi Profesi Keperawatan	6
1.4.2 Bagi Peneliti	6
1.4.3 Bagi Pihak Sekolah dan Aparat Pemerintah	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep NAPZA	
2.1.1 Definisi.....	7
2.1.2 Jenis NAPZA yang Disalahgunakan	7
2.1.2.1 Narkotika	7
2.1.2.2 Psikotropika	8
2.1.2.3 Zat Aditif Lain.....	10
2.1.3 Penyalahgunaan dan Ketergantungan.....	11



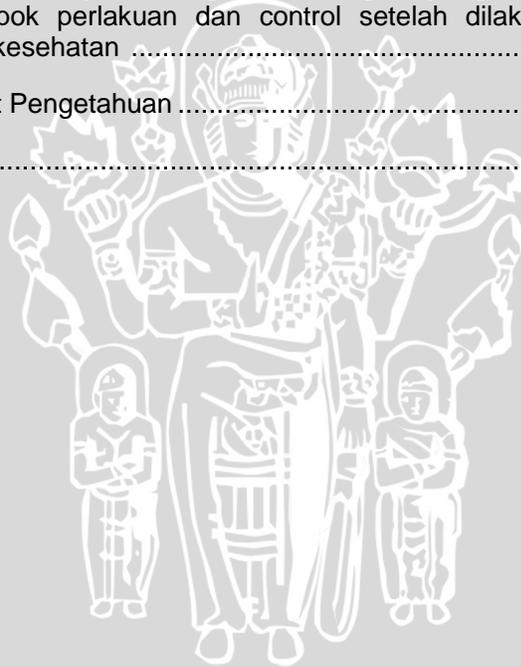
2.1.4 Tingkat Pemakaian NAPZA	11
2.2 Konsep Remaja	
2.2.1 Definisi.....	13
2.2.2 Penyebab Penyalahgunaan NAPZA pada Remaja	13
2.2.3 Karakteristik Umum Pengguna Narkoba.....	15
2.2.4 Dampak yang ditimbulkan Akibat Penyalahgunaan NAPZA Secara Umum	21
2.2.5 Akibat Penyalahgunaan Narkoba.....	22
2.2.6 Upaya Penanggulangan Penyalahgunaan Narkoba	23
2.2.7 Cara Menghindari Jeratan NAPZA.....	26
2.2.8 Beresiko Tinggi Menjadi Pengguna Narkoba	26
2.3 Konsep Pegetahuan	
2.3.1 Definisi.....	27
2.3.2 Tingkat Pengetahuan.....	28
2.3.3 Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan	29
2.3.4 Pengukuran Pengetahuan	30
2.3.5 Pengetahuan tentang Informasi dan Pendidikan Kesehatan yang Berkaitan dengan NAPZA	31
2.4 Konsep Sikap	
2.4.1 Definisi Sikap.....	32
2.4.2 Komponen Pokok Sikap	32
2.4.3 Berbagai Tingkatan Sikap.....	33
2.4.4 Analisis Kognitif, Afektif dan Perilaku Mengenai Sikap	33
2.4.5 Analisis terhadap Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Proses Evaluasi.....	35
2.5 Konsep Gold Chain Methode (GCM)	
2.5.1 Mentoring	37
2.5.1.1 Tujuan Mentoring.....	39

2.5.1.2 Fungsi Mentoring.....	39
2.5.1.3 Manajemen Mentoring.....	40
2.5.1.4 Sarana Pendukung Mentoring.....	41
2.5.1.5 Kegiatan Mentoring.....	41
2.5.1.6 Administrasi Mentoring.....	44
2.5.1.7 Evaluasi Mentoring.....	44
2.5.2 Definisi GCM.....	45
2.5.2.1 Visi-Misi.....	45
2.5.2.2 Target Kegiatan.....	46
2.5.2.3 Kurikulum.....	47
2.5.2.4 Out Put Kegiatan.....	48
2.5.2.5 Metode.....	50
2.5.2.6 Hubungan Model Pendekatan GCM dengan Sikap SIsua.....	51
2.5.2.7 Sasaran.....	53
2.5.2.8 Fasilitator.....	54
BAB III KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS	
3.1 Kerangka Konsep.....	56
3.2 Hipotesis Penelitian.....	57
BAB IV METODOLOGI PENELITIAN	
4.1 Desain Penelitian.....	58
4.2 Populasi, Sampel, Teknik Sampling	
4.2.1 Populasi.....	59
4.2.2 Sampel.....	59
4.2.3 Teknik Sampling.....	61
4.3 Lokasi dan waktu Penelitian.....	62
4.4 Instrumen Penelitian.....	62
4.4.1 Uji Validitas Instrumen.....	62
4.4.1 Uji Reabilitas Instrumen.....	63

4.5 Definisi Operasional	64
4.6 Prosedur Penelitian/Pengumpulan Data	65
4.7 Alur Penelitian	67
4.8 Analisa Data	68
4.9 Etika penelitian	71
BAB V HASIL PENELITIAN DAN ANALISA DATA	
5.1 Karakteristik Responden	72
5.1.1 Berdasarkan jenis kelamin.....	72
5.1.2 Berdasarkan usia	73
5.1.3 Berdasarkan asal sumber informasi mengenai NAPZA	73
5.1.4 Berdasarkan lamanya waktu mendapatkan informasi mengenai NAPZA	74
5.2 Hasil Analisa Data	74
5.2.1 Hasil uji normalitas	74
5.2.2 Skor sebelum dilakukan perlakuan	75
5.2.3 Skor sebelum dan sesudah perlakuan.....	76
5.2.4 Analisa perbandingan skor setelah perlakuan	77
BAB VI PEMBAHASAN	
6.1 Tingkat pengetahuan dan sikap sebelum perlakuan.....	79
6.2 Tingkat pengetahuan dan sikap setelah perlakuan.....	82
6.3 Perbedaan efektifitas GCM dan penyuluhan kesehatan	86
6.4 Keterbatasan penelitian.....	87
BAB VII PENUTUP	
7.1 Kesimpulan	89
7.2 Saran	90
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

5.1 Hasil uji normalitas variabel.....	75
5.2 Skor tingkat pengetahuan sebelum adanya perlakuan	75
5.3 Skor sikap sebelum adanya perlakuan.....	75
5.4 Skor tingkat pengetahuan dan sikap sebelum adanya GCM pada kelompok perlakuan dan penyuluhan pada kelompok kontrol	76
5.4.1 Tingkat pengetahuan.....	76
5.4.2 Sikap.....	77
5.5 Tabel Analisa perbandingan skor tingkat pengetahuan dan sikap pada kelompok perlakuan dan control setelah dilakukan GCM dan penyuluhan kesehatan	77
5.5.1 Tingkat Pengetahuan	77
5.5.2 Sikap	77



DAFTAR GAMBAR

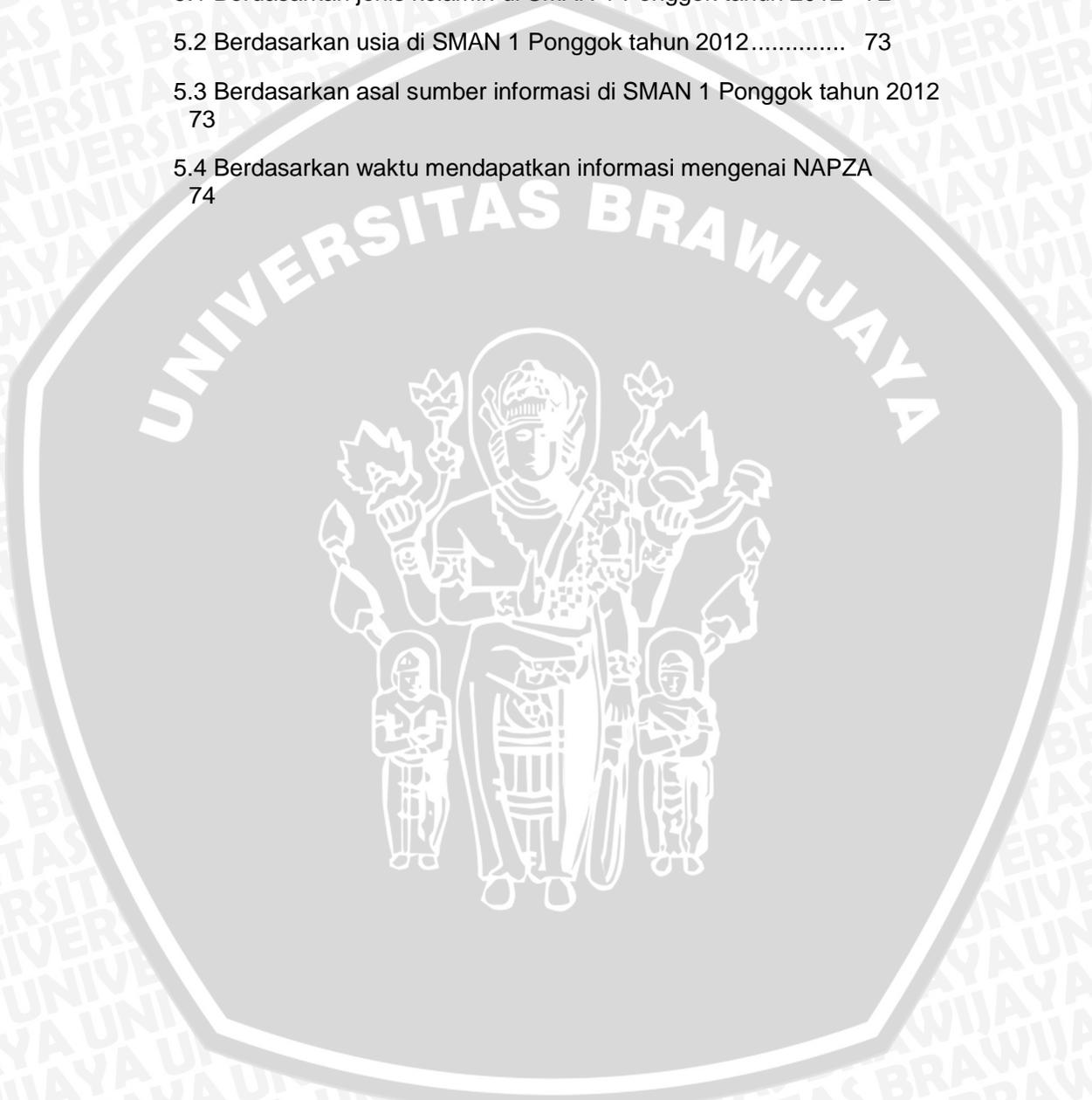
Grafik Karakteristik Responden

5.1 Berdasarkan jenis kelamin di SMAN 1 Ponggok tahun 2012 72

5.2 Berdasarkan usia di SMAN 1 Ponggok tahun 2012..... 73

5.3 Berdasarkan asal sumber informasi di SMAN 1 Ponggok tahun 2012
73

5.4 Berdasarkan waktu mendapatkan informasi mengenai NAPZA
74



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Perkembangan masalah Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif (NAPZA) atau lebih populer dikenal masyarakat sebagai Narkoba (Narkotika dan Bahan/Obat Berbahaya) semakin meningkat. Hal ini menjadi permasalahan nasional dan semakin berkembang menjadi permasalahan internasional (Atmaja, 2006; Hawari dkk, 2009). Survei rumah tangga di Amerika Serikat tahun 2000 menunjukkan 3 di antara 100 penduduk menggunakan narkoba dalam setahun terakhir (Hawari, 2002). Survei di Australia tahun 2007 menunjukkan 13 di antara 100 penduduk dewasa menggunakan setidaknya satu jenis obat-obatan terlarang dalam setahun terakhir (Widiyanti, 2007). Survei di Indonesia pada tahun 2005 menunjukkan 0,8% penduduk usia 10-16 tahun menggunakan narkoba dalam setahun terakhir (BNN & PPKUI, 2005).

Peningkatan penyalahgunaan narkoba di Jawa Timur dapat dilihat dari data ungkap kasus dan tersangka penyalahgunaan narkoba, pada tahun 2005 data kasus sebanyak 1462 meningkat menjadi 2698 kasus pada tahun 2009 mengalami kenaikan sebanyak 1236 (84,5 %), sehingga rata-rata kenaikan kasus setiap tahun sebesar 16,9 %. Sedangkan data tersangka pada tahun 2005 sebanyak 2009 orang dan pada tahun 2009 sebanyak 3458 orang mengalami kenaikan sebanyak 1449 orang (72,1 %) sehingga rata-rata kenaikan tersangka setiap tahun sebesar 14,42 %. Data jumlah kasus korban Narkoba selama 5 tahun terakhir sebanyak 10.712 kasus, sedangkan tersangka sebanyak 13.950

orang (Pusat data Jatim, 2009). Dalam tingkat kerawanannya dari tahun 2009-2010, beberapa kota yang ada di Jawa Timur mengalami peningkatan kasus penyalahgunaan NAPZA. Surabaya memiliki potensi terbesar dengan 1160 kasus dari 1118 kasus, kota Blitar menduduki urutan kedua dengan 336 kasus dari 276 kasus disusul daerah Kediri 282 kasus dan Malang 240 kasus, dimana pada tahun sebelumnya masing-masing 216 kasus dan 175 kasus (BNP, Jawa Timur).

Dari hasil penelitian Lendriyono (2005) berkaitan dengan kisaran usia korban penyalahgunaan Narkoba yang tercatat di LP Kabupaten Blitar bahwa korban yang berusia 8 – 13 tahun berjumlah 3 orang (6,12%), korban kelompok umur 14 – 18 tahun sebanyak 11 orang (22,44%). Dua kelompok usia ini masih tergolong usia remaja yang menegaskan kisaran usianya di bawah 18 tahun. Pada masa remaja terjadi perubahan dalam hal perkembangan fisik maupun psikologis sebagai proses dari fase anak-anak menuju dewasa. Hal ini menyebabkan mereka masih labil dalam menghadapi permasalahan yang berasal dari internal maupun eksternal (Angelina, 2008).

Oleh sebab itu, permasalahan ini tidak dapat dipandang sebelah mata dengan selalu meningkatkan kewaspadaan terhadap bahaya Narkoba/NAPZA. Selama ini, upaya pencegahan, rehabilitasi dan represif sudah dilakukan oleh pemerintah dan masyarakat, namun hasil yang diharapkan belum optimal (Jurnal Indonesia, 2011). Berbagai kegiatan sosialisasi dan promosi secara internal dan eksternal telah dilakukan sebagai hasil kerjasama antara kepolisian, BNK dan LSM. Kegiatan yang dilakukan memang mayoritas hanya sebatas penyuluhan sehingga peran keterlibatan masyarakat dalam upaya pencegahan dan penanggulangan NAPZA belum optimal. Data survey Narkoba Rumah Tangga

tahun 2010 menunjukkan dari 100 responden hanya 21 responden yang aktif dalam program pencegahan NAPZA. Padahal di tahun 2005 dengan jumlah responden yang sama terdapat 18 responden yang aktif. Diperlukan adanya inovasi dalam meningkatkan tindakan pencegahan, alternatif yang dapat diambil adalah dengan mengoptimalkan peran *peer to peer education* (Direktorat Kemahasiswaan UI, 2009).

Selama ini sistem mentoring sudah digunakan dalam meningkatkan kualitas kepribadian dan tingkat motivasi belajar siswa. Hal ini didukung dari penelitian Ridwansyah (2008), Abdul Choliq (2010) Luthfiani (2011) yang membuktikan bahwa dengan adanya kegiatan mentoring yang memanfaatkan potensi remaja untuk remaja (*peer to peer*) mampu meningkatkan tingkat motivasi dan menyatukan keberagaman siswa dalam beradaptasi dengan lingkungan sekolahnya. *Gold Chain Methode* (GCM) merupakan adopsi dari sistem mentoring secara *peer to peer*, yang telah dimodifikasi dari upaya pencegahan NAPZA yang selama ini diterapkan. Untuk menekan kondisi remaja yang mengkhawatirkan, GCM membekali siswa dengan pengetahuan mengenai NAPZA, keagamaan dan psikologis sehingga dapat meningkatkan partisipasi dan meningkatkan sikap pencegahan penyalahgunaan NAPZA dikalangan remaja (Juneman, 2009).

Menurut Wakil Ketua DPRD Kota Blitar, Abdul Munib, besarnya penggunaan NAPZA di Kabupaten Blitar patut menjadi perhatian khusus. Berdasarkan dari hasil survey BNN 2010 tingkat kerawanan di Kabupaten justru semakin marak dari 48% menjadi 63% sedangkan di kota terlihat stagnan. Data yang di himpun BNK Blitar (Badan Narkotik Kabupaten Blitar) pada tahun 2009 untuk kasus narkoba yang berhasil diungkap sebanyak 444 kasus yang

sebelumnya pada tahun 2006 sebanyak 223 kasus. Dari kasus yang ada 70% penggunanya dari kalangan pelajar, mulai SMP sampai SMA/MA. Dalam tingkatan SMA/MA di kota Blitar terdapat 10 sekolah negeri dan 37 sekolah swasta yang tersebar di 15 kecamatan (Dinas Pendidikan Daerah, 2011).

Kecamatan Ponggok merupakan bagian dari 22 kecamatan yang ada di Kabupaten Blitar yang mayoritas penduduknya berusia 16-24 tahun. Tingkat kerawanan NAPZA di daerah ini cukup tinggi dibandingkan dengan kecamatan lain. Berdasarkan data yang ada, terhitung sejak Januari hingga Oktober 2010 meningkat 35% dibandingkan tahun sebelumnya, tercatat kasus kriminalitas remaja berjumlah 1150, sementara pada tahun 2009 hanya 713 kasus. Ini berarti ada peningkatan 437 kasus, pelakunya rata-rata berusia 13 hingga 17 tahun. Adapun jenis kasus kriminalitas itu antara lain: pencurian, narkoba, pembunuhan dan pemerkosaan (Jayanti dkk, 2011).

Kecamatan Ponggok memiliki 1 SMA negeri yang terletak di pusat kegiatan masyarakat serta dekat dengan tempat lokalisasi PSK dan pasar Gembongan, yang memungkinkan terpengaruh dengan pergaulan bebas orang dewasa. Walaupun SMAN 1 Ponggok merupakan satu-satunya SMA negeri di daerah tersebut tidak tertutup kemungkinan tingkat tawuran, pecandu alkohol dan merokok cukup tinggi dibandingkan dengan sekolah sederajat yang lain. Hal ini didasarkan atas informasi dari masyarakat desa Gembongan dan data dari pihak kepolisian Resort Ponggok. Berdasarkan wawancara terhadap guru BK, dimana terdapat siswa yang merokok seusai sekolah dan adanya 3 siswa yang di DO akibat terbukti mengkonsumsi alkohol. Berdasarkan survey awal yang dilakukan pada 15 siswa SMAN 1 Ponggok didapatkan data, pengetahuan siswa tentang NAPZA menunjukkan 70% siswa belum mengetahui NAPZA, 5% siswa

menyatakan pernah mengetahui bentuk fisik dari beberapa jenis NAPZA yaitu ganja dan pil koplo. Berdasarkan data diatas maka peneliti memilih sekolahan ini untuk menerapkan GCM.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan di atas, pokok permasalahan dalam penelitian ini adalah: apakah ada perbedaan efektifitas penerapan GCM dengan penyuluhan kesehatan terhadap tingkat pengetahuan dan sikap siswa SMAN Ponggok dalam menanggulangi penyalahgunaan NAPZA?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui perbedaan efektifitas GCM dengan Penyuluhan Kesehatan terhadap tingkat pengetahuan dan sikap siswa SMAN Ponggok dalam mencegah penyalahgunaan NAPZA

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengetahui tingkat pengetahuan dan sikap siswa SMAN Ponggok dalam mencegah penyalahgunaan NAPZA sebelum dilakukan GCM pada kelompok perlakuan dan penyuluhan kesehatan pada kelompok kontrol
- b. Mengetahui tingkat pengetahuan dan sikap siswa SMAN Ponggok dalam mencegah penyalahgunaan NAPZA sesudah dilakukan GCM pada kelompok perlakuan dan penyuluhan kesehatan pada kelompok kontrol
- c. Menganalisa perbedaan tingkat pengetahuan dan sikap siswa SMAN Ponggok dalam mencegah penyalahgunaan NAPZA setelah dilakukan GCM dan Penyuluhan Kesehatan.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi profesi Keperawatan

Sebagai masukan dalam pengembangan praktek ilmu keperawatan sebagai proses pencegahan penyalahgunaan NAPZA bahan dalam membantu pemerintah menanggulangi NAPZA.

1.4.2 Bagi peneliti

Hasil penelitian diharapkan dapat menambah pengetahuan dan wawasan peneliti tentang pengaruh GCM terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap mahasiswa dalam menanggulangi NAPZA sebagai bahan masukan atau sumber data penelitian selanjutnya dan mendorong pihak yang berkepentingan melakukan penelitian lebih lanjut.

1.4.3 Bagi pihak sekolah dan aparat pemerintah

Hasil penelitian diharapkan dapat membantu upaya pemerintah dan pihak sekolah dalam mencegah penyalahgunaan NAPZA/ narkoba serta mampu membentuk kader yang eksis dalam jangka panjang.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep NAPZA

2.1.1 Definisi NAPZA

NAPZA (Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lain) adalah bahan/zat/obat yang bila masuk kedalam tubuh manusia akan mempengaruhi tubuh terutama otak/susunan saraf pusat, sehingga menyebabkan gangguan kesehatan fisik, psikis, dan fungsi sosialnya karena terjadi kebiasaan, ketagihan (*adiksi*) serta ketergantungan (*dependensi*). NAPZA sering disebut juga sebagai zat psikoaktif, yaitu zat yang bekerja pada otak, sehingga menimbulkan perubahan perilaku, perasaan, dan pikiran (BNN, 2007). NARKOBA adalah singkatan Narkotika dan Obat/Bahan Berbahaya. Istilah ini sangat populer di masyarakat termasuk media massa dan aparat penegak hukum yang sebetulnya mempunyai makna yang sama dengan NAPZA (Hawari, 2009).

2.1.2 Jenis NAPZA yang disalahgunakan

2.1.2.1 Narkotika

Menurut *Undang-Undang RI Nomor 22 tahun 1997*, Narkotika adalah zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman baik sintetis maupun semisintetis yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa, mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri, dan dapat menimbulkan ketergantungan. Narkotika dibedakan kedalam beberapa golongan, antara lain:

a. Narkotika Golongan I:

Narkotika yang hanya dapat digunakan untuk tujuan ilmu pengetahuan, dan tidak ditujukan untuk terapi serta mempunyai potensi sangat tinggi menimbulkan ketergantungan, contoh: *heroin/putauw, kokain, ganja*.

b. Narkotika Golongan II:

Narkotika yang berkhasiat pengobatan digunakan sebagai pilihan terakhir dan dapat digunakan dalam terapi atau tujuan pengembangan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi tinggi mengakibatkan ketergantungan, contoh: *morfin, petidin*.

c. Narkotika Golongan III:

Narkotika yang berkhasiat pengobatan dan banyak digunakan dalam terapi atau tujuan pengembangan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi ringan mengakibatkan ketergantungan, contoh: *kodein*.

Narkotika yang sering disalahgunakan adalah Narkotika Golongan I:

- Opiat: *morfin, herion (putauw), petidin, candu*, dan lain-lain
- Ganja atau *kanabis, marihuana, hashis*
- Kokain, yaitu serbuk kokain, pasta kokain, daun koka.

2.1.2.2 Psikotropika

Menurut *Undang-undang RI No.5 tahun 1997 tentang Psikotropika*, Psikotropika adalah 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. Psikotropika dibedakan dalam golongan-golongan sebagai berikut.

a. Golongan I:

Psikotropika yang hanya dapat digunakan untuk kepentingan ilmu pengetahuan dan tidak digunakan dalam terapi serta mempunyai potensi amat kuat mengakibatkan sindroma ketergantungan, contoh: *ekstasi, shabu, LSD*.

b. Golongan II:

Psikotropika yang berkhasiat pengobatan dan dapat digunakan dalam terapi, dan/atau tujuan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi kuat mengakibatkan sindroma ketergantungan, contoh: *amfetamin, metilfenidat* atau *Ritalin*.

c. Golongan III:

Psikotropika yang berkhasiat pengobatan dan banyak digunakan dalam terapi dan/atau untuk tujuan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi sedang mengakibatkan sindroma ketergantungan, contoh: *pentobarbital, Flunitrazepam*.

d. Golongan IV:

Psikotropika yang berkhasiat pengobatan dan sangat luas digunakan dalam terapi dan/atau untuk tujuan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi ringan mengakibatkan sindrom ketergantungan, contoh: *diazepam, bromazepam, Fenobarbital, klonazepam, klordiazepoxide, nitrazepam*, seperti pil BK, pil koplo, Rohip, Dum, MG.

Psikotropika yang sering disalahgunakan antara lain:

- Psikostimulansia: *amfetamin, ekstasi, shabu*.
- Sedatif & Hipnotika (obat penenang, obat tidur): MG, BK, DUM, Pil koplo dan lain-lain

- Halusinogenika: *lysergic acid dyethylamide* (LSD), *mushroom*.

2.1.2.3 Zat Aditif Lain

Yang dimaksud disini adalah bahan/zat yang berpengaruh psikoaktif diluar yang disebut Narkotika dan Psikotropika, meliputi :

a. Minuman beralkohol

Mengandung etanol etil alkohol, yang berpengaruh menekan susunan syaraf pusat, dan sering menjadi bagian dari kehidupan manusia sehari-hari dalam kebudayaan tertentu. Jika digunakan sebagai campuran dengan narkotika atau psikotropika, memperkuat pengaruh obat/zat itu dalam tubuh manusia. Ada 3 golongan minuman berakohol, yaitu:

- Golongan A: kadar etanol 1-5%, (*Bir*)
- Golongan B: kadar etanol 5-20%, (*Berbagai jenis minuman anggur*)
- Golongan C: kadar etanol 20-45%, (*Whiskey, Vodca, TKW, Manson House, Johny Walker, Kamput*).

b. Inhalansia

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, antara lain: *Lem, thinner, penghapus cat kuku, bensin*.

c. Tembakau

Pemakaian tembakau yang mengandung nikotin sangat luas di masyarakat. Pada upaya penanggulangan NAPZA di masyarakat, 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 lebih berbahaya.

Bahan/obat/zat yang disalahgunakan dapat juga diklasifikasikan sebagai berikut :

- Sama sekali dilarang: Narkotika golongan I dan Psikotropika Golongan I.
- Penggunaan dengan resep dokter: amfetamin, sedatif hipnotika.
- Diperjual belikan secara bebas: lem, thinner dan lain-lain.
- Ada batas umur dalam penggunaannya: alkohol, rokok.

2.1.3 Penyalahgunaan dan Ketergantungan

Penyalahgunaan dan ketergantungan adalah istilah klinis/medik-psikiatrik yang menunjukkan ciri pemakaian yang bersifat patologik yang perlu di bedakan dengan tingkat pemakaian psikologik-sosial, yang *belum bersifat patologik*. Penyalahgunaan NAPZA adalah penggunaan salah satu atau beberapa jenis NAPZA secara berkala atau teratur diluar indikasi medis, sehingga menimbulkan gangguan kesehatan fisik, psikis dan gangguan fungsi sosial. Sedangkan untuk ketergantungan NAPZA adalah keadaan dimana telah terjadi ketergantungan fisik dan psikis, sehingga tubuh memerlukan jumlah NAPZA yang makin bertambah (toleransi), apabila pemakaiannya dikurangi atau diberhentikan akan timbul gejala putus zat (*withdrawal symptom*). Oleh karena itu ia selalu berusaha memperoleh NAPZA yang dibutuhkannya dengan cara apapun, agar dapat melakukan kegiatannya sehari-hari secara “normal” (Yoseph, 2008).

2.1.4 Tingkat Pemakaian NAPZA

Di dalam buku Bahaya NAPZA bagi Pelajar (2008) dijelaskan mengenai tingkatan pemakaian NAPZA, antara lain:

1. Pemakaian coba-coba (*experimental use*): yaitu pemakaian NAPZA yang tujuannya ingin mencoba, untuk memenuhi rasa ingin tahu. Sebagian

pemakai berhenti pada tahap ini, dan sebagian lain berlanjut pada tahap lebih berat.

2. Pemakaian sosial/rekreasi (*social/recreational use*): yaitu pemakaian NAPZA dengan tujuan bersenang-senang, pada saat rekreasi atau santai. Sebagian pemakai tetap bertahan pada tahap ini, namun sebagian lagi meningkat pada tahap yang lebih berat.
3. Pemakaian Situasional (*situasional use*): yaitu pemakaian pada saat mengalami keadaan tertentu seperti ketegangan, kesedihan, kekecewaan, dan sebagainya, dengan maksud menghilangkan perasaan-perasaan tersebut.
4. Penyalahgunaan (*abuse*): yaitu pemakaian sebagai suatu pola penggunaan yang bersifat patologik/klinis (menyimpang) yang ditandai oleh intoksikasi sepanjang hari, tidak mampu mengurangi atau menghentikan, berusaha berulang kali mengendalikan, terus menggunakan walaupun sakit fisiknya kambuh. Keadaan ini akan menimbulkan gangguan fungsional atau okupasional yang ditandai oleh tugas dan relasi dalam keluarga tak terpenuhi dengan baik, perilaku agresif dan tak wajar, hubungan dengan kawan terganggu, sering bolos sekolah atau kerja, melanggar hukum atau kriminal dan tak mampu berfungsi secara efektif.
5. Ketergantungan (*dependence use*): yaitu telah terjadi toleransi dan gejala putus zat, bila pemakaian NAPZA dihentikan atau dikurangi dosisnya. Agar tidak berlanjut pada tingkat yang lebih berat (ketergantungan), maka sebaiknya tingkat-tingkat pemakaian tersebut memerlukan perhatian dan kewaspadaan keluarga serta masyarakat.

2.2 Konsep Remaja

2.2.1 Definisi Remaja

Masa remaja merupakan masa dimana seorang individu mengalami peralihan dari satu tahap ke tahap berikutnya dan mengalami perubahan baik emosi, tubuh, minat, pola perilaku, dan juga penuh dengan masalah-masalah (Hurlock, 1998). Oleh karenanya, remaja sangat rentan sekali mengalami masalah psikososial, yakni masalah psikis atau kejiwaan yang timbul sebagai akibat terjadinya perubahan sosial (TP-KJM, 2002). Masa remaja merupakan sebuah periode dalam kehidupan manusia yang batasannya usia maupun peranannya seringkali tidak terlalu jelas.

Pubertas yang dahulu dianggap sebagai tanda awal keremajaan ternyata tidak lagi valid sebagai patokan atau batasan untuk pengkategorian remaja sebab usia pubertas yang dahulu terjadi pada akhir usia belasan (15-18) kini terjadi pada awal belasan bahkan sebelum usia 11 tahun. Seorang anak berusia 10 tahun mungkin sudah (atau sedang) mengalami pubertas namun tidak berarti ia sudah bisa dikatakan sebagai remaja dan sudah siap menghadapi dunia orang dewasa. Berbeda dengan balita yang perkembangannya dengan jelas dapat diukur, remaja hampir tidak memiliki pola perkembangan yang pasti. Dalam perkembangannya seringkali mereka menjadi bingung karena kadang-kadang diperlakukan sebagai anak-anak tetapi di lain waktu mereka dituntut untuk bersikap mandiri dan dewasa (Efri W, 2007).

2.2.2 Penyebab Penyalahgunaan NAPZA pada Remaja

Penyebab penyalahgunaan NAPZA sangat kompleks akibat interaksi antara faktor yang terkait dengan individu, faktor lingkungan dan faktor tersedianya zat (NAPZA). Tidak terdapat adanya penyebab tunggal (*single*

cause), sehingga antara satu faktor dengan faktor lain erat kaitannya. Beberapa faktor penyebab penyalahgunaan NAPZA, antara lain:

1. Tersedianya Narkoba

Permasalahan penyalahgunaan dan ketergantungan narkoba tidak akan terjadi bila tidak ada narkobanya itu sendiri. Dalam pengamatan ternyata banyak tersedianya narkoba dan mudah diperoleh. Hawari (1990) dalam penelitiannya menyatakan bahwa urutan mudahnya narkoba diperoleh (secara terang-terangan, diam-diam atau sembunyi-sembunyi) adalah alkohol (88%), sedatif (44%), ganja, opiot dan *amphetamine* (31%).

Menurut Gunawan (2009) faktor tersedianya narkoba adalah ketersediaan dan kemudahan memperoleh narkoba juga menjadi faktor penyebab banyaknya pemakai narkoba. Indonesia bukan lagi sebagai transit seperti awal tahun 80-an, tetapi sudah menjadi tujuan pasar narkotika. Para penjual narkotika berkeliaran dimana-mana, termasuk di sekolah, lorong jalan, gang-gang sempit, warung-warung kecil yang dekat dengan pemukiman masyarakat.

2. Lingkungan

Terjadinya penyebab penyalahgunaan narkoba yang sebagian besar dilakukan oleh usia produktif dikarenakan beberapa hal, antara lain:

a. Keluarga

Menurut Kartono dalam Wina (2006) keluarga merupakan satu organisasi yang paling penting dalam kelompok sosial dan keluarga merupakan lembaga didalam masyarakat yang paling utama bertanggung jawab untuk menjamin kesejahteraan sosial dan biologis anak manusia. Penyebab penggunaan narkoba salah satunya adalah keluarga dengan ciri-ciri sebagai berikut:

1. Keluarga yang memiliki sejarah (termasuk orang tua) pengguna narkoba

2. Keluarga dengan konflik yang tinggi dan tidak pernah ada jalan keluar yang memuaskan semua pihak dalam keluarga. Konflik dapat terjadi antara ayah dan ibu, ayah dan anak, ibu dan anak, maupun antar saudara.

3. Keluarga dengan orang tua yang otoriter, yang menuntut anaknya harus menuruti apapun kata orang tua, dengan alasan sopan santun, adat-istiadat, atau demi kemajuan dan masa depan anak itu sendiri tanpa memberi kesempatan untuk berdialog dan menyatakan ketidak setujuan.

4. Keluarga tidak harmonis

Menurut Hawari dalam Wina (2006), keluarga harmonis adalah persepsi terhadap situasi dan kondisi dalam keluarga dimana didalamnya tercipta kehidupan beragama yang kuat, suasana yang hangat, saling menghargai, saling pengertian, saling terbuka, saling menjaga dan diwarnai kasih sayang dan rasa saling percaya sehingga memungkinkan anak untuk tumbuh dan berkembang secara seimbang.

b. Masyarakat

Kondisi lingkungan sosial yang tidak sehat atau rawan, dapat menjadi faktor terganggunya perkembangan jiwa kearah perilaku yang menyimpang yang pada gilirannya terlibat penyalahgunaan/ketergantungan narkoba. Lingkungan sosial yang rawan tersebut antara lain :

1. Semakin banyaknya pengangguran, anak putus sekolah dan anak jalan.
2. Tempat-tempat hiburan yang buka hingga larut malam bahkan hingga dini hari dimana sering digunakan sebagai tempat transaksi narkoba.
3. Banyaknya penerbitan, tontonan TV dan sejenisnya yang bersifat pornografi dan kekerasan.
4. Masyarakat yang tidak peduli dengan lingkungan.

5. Kebut-kebutan, coret-coretan pengerusakan tempat-tempat umum.
6. Tempat-tempat transaksi narkoba baik secara terang-terangan maupun sembunyi-sembunyi (Alifia, 2008).

3. Individu

a. Harga Diri

Menurut Coopersmith dalam Eka (2006), harga diri adalah Aspek kepribadian yang penting sebagai penilaian yang dibuat individu terhadap dirinya sendiri. Harga diri yang tinggi akan mempengaruhi kepribadian seseorang. Harga diri merupakan evaluasi diri yang ditegakkan dan dipertahankan oleh individu, yang berasal dari interaksi individu dengan orang-orang yang terdekat dengan lingkungannya, dan dari jumlah penghargaan, penerimaan, dan perlakuan orang lain yang diterima individu.

Menurut Sellet dan Littlefield dalam Sulistiyowati (2008), harga diri merupakan aspek kepribadian yang pada dasarnya dapat berkembang. Teori yang digunakan adalah dengan menggunakan teori Dr. Florence Rosenberg yang dinamakan dengan teori *Self-Esteem Scale*, yang menerangkan bahwa harga diri merupakan penilaian individu terhadap kehormatan dirinya, yang diekspresikan melalui sikap terhadap dirinya yang dikembangkan secara luas dalam riset ilmu sosial.

Kurangnya harga diri pada seseorang dapat mengakibatkan masalah baik akademik, olahraga, pekerjaan dan hubungan sosial . Harga diri dapat dibedakan atas 3, yaitu :

1. Harga diri tinggi, yaitu memiliki sifat aktif, sukses dalam kehidupan sosial, mampu mengontrol diri, menghargai orang lain, dan percaya diri.
2. Harga diri sedang yaitu memiliki sifat hampir sama dengan harga diri tinggi

hanya ia bimbang menilai diri perlu dukungan sosial dan percaya diri.

3. Harga diri rendah yaitu memiliki sifat kurang aktif, sebagai pendengar dan pengikut, minder, gugup, sering salah dalam mengambil keputusan dan rendah diri.

Faktor-faktor penyebab penyalahgunaan NAPZA diatas sesuai dengan penelitian Yatim (1990) yang membuktikan bahwa kesibukan orang tua merupakan salah satu faktor yang mempunyai andil besar bagi terjadinya penyalahgunaan narkoba pada remaja. Karena kesibukan orang tua di luar rumah baik di pekerjaan atau aktivitas masing-masing sehingga pulang larut malam mengakibatkan waktu untuk anak berkurang, sehingga perhatian untuk anak juga kurang.

2.2.3 Karakteristik Umum Pengguna Narkoba

Biasanya orang mengetahui anaknya menggunakan narkoba selalu ketika keadaannya sudah parah dan terlambat. Oleh karena itu ciri awal pengguna narkoba perlu diketahui dengan baik, secara umum pengguna narkoba terdiri dari 4 tahap:

1. Tahap Coba-coba

Mulanya hanya coba-coba, kemudian karena terjebak oleh 3 sifat jahat narkoba, ia menjadi mau lagi dan lagi. Sangat sulit melihat gejala awal pengguna narkoba, gejala tersebut adalah:

- Gejala psikologi

Terjadi perubahan pada sikap anak, akan timbul rasa takut dan malu yang disebabkan oleh perasaan bersalah dan berdosa, anak lebih sensitif, resah dan gelisah, kemandirian dan kemesraan akan berkurang bahkan hilang.

- Pada fisik

Pada fisik belum tampak pada tubuh anak. Tetapi bila sedang memakai psikotropika, ekstasi, atau sabu, ia akan tampak riang, gembira, murah senyum dan ramah, bila menggunakan jenis putaw, ia akan tampak tenang, tentram, tidak peduli pada orang lain, bila tidak memakai tidak akan tampak gejala apapun.

2. Tahap Pemula

Setelah tahap eksperimen atau coba- coba, lalu meningkat menjadi terbiasa. anak akan terus memakai karena kenikmatannya dan akan terus menggunakannya. Pada tahap ini akan muncul gejala sebagai berikut:

- Gejala psikologi

Sikap anak menjadi lebih tertutup, jiwanya resah, gelisa, kurang tenang dan lebih sensitif, hubungan dengan orang tua dan saudara-saudara mulai renggang tidak lagi terlihat riang, ceria. Ia mulai tampak banyak menyembunyikan rahasia.

- Pada fisik

Tidak tampak perubahan yang nyata. Bila ia memakai tampak lebih lincah, lebih riang, lebih percayadiri, berarti ia memakai psikotropika stimulan, shabu, atau ekstasi, bila ia tampak lebih tenang, mengantuk, berarti ia memakai obat penenang, ganja, atau putaw.

3. Tahap Berkala

Setelah berapa kali memakai narkoba sebagai pemakai insidental, pemakaian narkoba terdorong untuk memakai lebih sering lain. Selain merasa nikmat, ia juga mulai merasakan sakaw, kalau terlambat atau berhenti mengkonsumsi narkoba, ia memakai narkoba pada saat tertentu secara rutin.

Pemakai sudah menjadi lebih sering dan teratur. Misalnya setiap malam minggu, sebelum pesta tampil, atau sebelum belajar agar tidak mengantuk.

- Ciri mental

Sulit bergaul dengan teman baru. Pribadinya menjadi lebih tertutup, lebih sensitif dan mudah tersinggung, ke akrabannya dengan orang tua dan saudara sangat berkurang dan apabila tidak menggunakan narkoba sikap dan penampilannya sangat murung, gelisa dan kurang percaya diri.

- Ciri fisik

Terjadi gejala sebaliknya dari tahap 1 dan 2. Apabila menggunakan, ia tampak normal, apabila tidak menggunakan ia akan tampak murung, lemah, gelisa, malas.

4. Tahap Tetap/Madat

Setelah menjadi pemakai narkoba secara berkala, pemakai narkoba akan dituntut oleh tubuhnya sendiri untuk semakin sering memakai narkoba dengan dosis yang lebih tinggi, bila tidak ia akan merasa penderitaan (sakaw), pada tahap ini pemakai tidak dapat lagi lepas dari narkoba sama sekali, ia harus selalu menggunakan narkoba. ia disebut pemakai setia, pecandu, pemadat atau junkies. Bila ia memakai akan tampak normal tetapi apabila tidak ia tampak sakit. Dalam satu hari ia dapat memakai 4 sampai 6 kali, bahkan ada yang harus memakai setiap 1 jam.

Setelah berapa kali memakai narkoba sebagai pemakai insidental, pemakaian narkoba terdorong untuk lebih sering memakai. Selain merasa nikmat, ia juga mulai merasakan sakaw, kalau terlambat atau berhenti mengkonsumsi narkoba, ia memakai narkoba pada saat tertentu secara rutin.

Pemakai sudah menjadi lebih sering dan teratur. Misalnya setiap malam minggu, sebelum pesta tampil, atau sebelum belajar agar tidak mengantuk.

- Ciri mental

Sulit bergaul dengan teman baru. Pribadinya menjadi lebih tertutup, lebih sensitif dan mudah tersinggung, ke akrabannya dengan orang tua dan saudara sangat berkurang dan apabila tidak menggunakan narkoba sikap dan penampilannya sangat murung, gelisa dan kurang percaya diri.

- Ciri fisik

Terjadi gejala sebaliknya dari tahap 1 dan 2. Apabila menggunakan, ia tampak normal, apabila tidak menggunakan ia akan tampak murung, lemah, gelisa, malas.

4. Tahap Tetap/Madat

Setelah menjadi pemakai narkoba secara berkala, pemakai narkoba akan dituntut oleh tubuhnya sendiri untuk semakin sering memakai narkoba dengan dosis yang lebih tinggi, bila tidak ia akan merasa penderitaan (sakaw), pada tahap ini pemakai tidak dapat lagi lepas dari narkoba sama sekali, ia harus selalu menggunakan narkoba. ia disebut pemakai setia, pecandu, pematat atau junkies. Bila ia memakai akan tampak normal tetapi apabila tidak ia tampak sakit. Dalam satu hari ia dapat memakai 4 sampai 6 kali, bahkan ada yang harus memakai setiap 1 jam.

- Tanda – tanda psikis

Sulit bergaul dengan teman baru, eksklusif, tertutup, sensitif, mudah tersinggung, egois, mau menang sendiri, malas dan lebih menyukai hidup di malam hari. Pandai berbohong, gemar menipu, sering mencuri, merampok dan tidak malu menjadi pelacur (pria atau wanita) ia tidak

merasa berat untuk berbuat jahat dan membunuh orang lain termasuk orang tuanya sendiri.

- Tanda –tanda fisik

Biasanya kurus lemah (loyo) namun ada juga yang dapat membuat dirinya gemuk dan sehat. Dengan banyak makan dan minum suplement.

Gigi kuning kecoklatan, mata sayup, ada bekas sayatan atau tusukan jarum suntik pada tangan, kaki, dada, lidah, atau kemaluan (Partodiharjo, 2008).

2.2.4 Dampak yang ditimbulkan Akibat Penyalahgunaan NAPZA Secara Umum

a. Euforia

1. Perasaan senang dan gembira yang luar biasa di tambah munculnya keberanian yang luar biasa.
2. Hilangnya segala beban pikiran, seperti rasa sedih, resah, khawatir, menyesal dan sebagainya.

b. Delirium

1. Disusul dengan ketegangan psikis, tekanan jiwa yang berat sekali.
2. Diikuti kegelisahan jiwa yang besar sehingga timbul gangguan koordinasi gerakan motorik (gangguan kerja otak).

c. Halusinasi

1. Timbul khayalan yang tidak terkendali.
2. Indra pendengaran dan penglihatan tidak stabil sehingga terdengar dan tampak sesuatu yang tidak ada.

d. Weakness

1. Keadaan Jasmani dan Rohani lemah.

2. Keadaan lemah dan ingin tidur terus-menerus.

e. *Drawsines*

Keadaan menurun seperti setengah tidur dengan fikiran ingin menggunakan lagi, dan akhirnya menjadi apatis dan tidak menghiraukan sekelilingnya (Alifia, 2008).

2.2.5 Akibat Penyalahgunaan Narkoba

Penyalahgunaan narkoba memberikan pengaruh yang menyenangkan bagi si pemakai. Namun kesenangan itu hanya sesaat sementara penuh kepalsuan. Seolah-olah hidup bahagia dan menyenangkan, serta indah padahal kenyataannya tidak. Penyalahgunaan narkoba bukan hanya berpengaruh buruk bagi pemakai saja tetapi juga bagi masyarakat dan negara. Bagi pemakai dampak yang ditimbulkan terbagi atas 3:

1. Dampak psikis

- a. Lamban kerja, ceroboh kerja, sering tegang dan gelisah
- b. Hilang kepercayaan diri, apatis, pengkhayal, penuh curiga
- c. Sulit berkonsentrasi, perasaan kesal dan tertekan
- d. Cenderung menyakiti diri, perasaan tidak aman, bahkan bunuh diri.

2. Dampak sosial

- a. Gangguan mental, anti sosial, dan asusila, dikucilkan oleh lingkungan
- b. Merepotkan dan menjadi beban keluarga
- c. Pendidikan terganggu masa depan suram

3. Dampak fisik

- a. Gangguan pada sistem syaraf : kejang-kejang, halusinasi, gangguan kesadaran
- b. Gangguan pada jantung dan pembuluh darah: infeksi akut otot jantung,

gangguan peredaran darah

c. Gangguan pada kulit : penanahan, alergi

d. Gangguan pada paru-paru : penekanan fungsi pernapasan, kesukaran bernapas, pengerasan jaringan paru.

e. Sering sakit kepala, mual dan muntah, pengecilan hati dan sulit tidur.

(Widianti, 2007)

f. Akan berakibat fatal apabila terjadi Over Dosis yaitu konsumsi narkoba melebihi kemampuan tubuh untuk menerimanya. Over Dosis dapat menyebabkan kematian (Abdalla, 2008).

g. Sedangkan bagi kesehatan reproduksinya, dapat mengakibatkan terjadinya penurunan kadar hormon testosteron, penurunan dorongan sex, disfungsi ereksi, hambatan ejakulasi, pengecilan ukuran penis, pembesaran payudara dan gangguan sperma. Sedangkan pada wanita terjadi penurunan dorongan sex, gangguan pada hormon estrosen dan progesteron, kegagalan orgasme, hambatan menstruasi, pengecilan payudara, gangguan sel telur, serta pada wanita hamil dapat menyebabkan kekurangan gizi sehingga bayi yang dilahirkan juga dapat kekurangan gizi, berat badan bayi rendah, bayi cacat serta dapat menyebabkan bayi keguguran (Lin, 2007).

2.2.6 Upaya Penanggulangan Penyalahgunaan Narkoba

Menurut Martono (2006) Ada 5 bentuk penanggulangan masalah narkoba, antara lain:

1. Promotif (pembinaan)

Ditujukan kepada masyarakat yang belum menggunakan narkoba, prinsipnya adalah meningkatkan peranan atau kegiatan agar kelompok ini secara

nyata lebih sejahtera sehingga tidak pernah berpikir untuk memperoleh kebahagiaan semu dengan memakai narkoba. dengan pelaku program adalah lembaga kemasyarakatan yang difasilitasi dan diawasi oleh pemerintah.

2. Preventif (program pencegahan)

Program ini ditujukan kepada masyarakat sehat yang belum mengenal narkoba agar mengetahui seluk beluk narkoba sehingga tidak tertarik untuk menggunakannya. Selain dilakukan oleh pemerintah, program ini juga sangat efektif bila dibantu oleh lembaga profesional terkait, lembaga swadaya masyarakat, organisasi masyarakat.

Bentuk kegiatan preventif yang dilakukan dengan memberikan informasi satu arah tanpa tanya jawab, hanya memberikan garis besarnya, dangkal dan umum, disampaikan oleh toma, ulama, seniman, pejabat bukan tenaga profesional. Dapat juga dengan menggunakan poster, brosur atau baliho. Dengan misi melawan penyalahgunaan narkoba tanpa penjelasan yang mendalam atau ilmiah tentang narkoba. Cara yang dilakukan antara lain:

- a) Penyuluhan seluk beluk narkoba.
- b) Pendidikan dan pelantikan kelompok sebaya.
- c) Upaya mengawasi dan mengendalikan produksi dan distribusi narkoba. dimasyarakat

3. Kuratif (pengobatan)

Ditujukan kepada para pengguna narkoba. tujuannya adalah untuk mengobati ketergantungan dan menyembuhkan penyakit, sebagai akibat dari pemakai narkoba, sekaligus menghentikan pemakaian narkoba. tidak sembarangan orang boleh mengobati narkoba. Pengobatan harus dilakukan oleh dokter yang mempelajari narkoba secara khusus.

Bentuk kegiatan kuratif, antara lain:

- a. Penghentian pemakaian narkoba.
- b. Pengobatan gangguan kesehatan akibat penghentian dan pemakaian narkoba.
- c. Pengobatan terhadap organ tubuh akibat penggunaan narkoba.
- d. Pengobatan terhadap penyakit yang masuk bersama narkoba (penyakit tidak langsung yang disebabkan oleh narkoba) seperti : HIV/AIDS, hepatitis B/C, sifilis, pnemonia, dan lain – lain.

4. Rehabilitatif

Upaya pemulihan kesehatan jiwa dan raga yang ditujukan kepada pemakai narkoba yang sudah menjalani program kuratif. Tujuannya agar ia tidak memakai lagi dan bebas dari penyakit ikutan yang disebabkan oleh bekas pemakai narkoba, Pemakai narkoba dapat mengalami penyakit ikutan berupa:

- a) Kerusakan fisik (syaraf, otak, darah, jantng, paru-paru, ginjal, hati dan lain-lain).
- b) Kerusakan mental, perubahan karakter ke arah negatif .
- c) Penyakit- penyakit ikutan.

5. Represif

Program penindakan terhadap produsen, bandar, pengedar, dan pemakai berdasarkan hukum. Program ini merupakan program instansi pemerintah yang berkewajiban mengawasi dan mengendalikan produksi maupun distribusi semua zat yang tergolong narkoba.

2.2.7 Cara Menghindari Jeratan NAPZA

Menurut Kartono (2006) Cara yang dapat dilakukan untuk menghindari jeratan NAPZA, antara lain:

- 1) Dapatkan dahulu informasi mengenai ketegantungan tentang bahaya narkoba kepada ahlinya atau melalui media seperti koran, majalah, seminar- seminar dan lain-lain.
- 2) Persiapan diri untuk menolak apabila ditawari.
- 3) Belajar berkata tidak untuk narkoba.
- 4) Memiliki cita-cita dalam hidup untuk masa depan.
- 5) Lakukan kegiatan positif yang berguna untuk orang tua dan sekeliling.
- 6) Kuatkan iman dan ketakwaan kepada Tuhan yang Maha Esa.

2.2.8 Berisiko Tinggi Menjadi Pengguna Narkoba

Ciri-ciri orang yang berisiko tinggi untuk menjadi pengguna Narkoba, antara lain:

- 1) Orang yang mudah kecewa.
- 2) Orang tidak sabaran.
- 3) Orang suka menentang aturan.
- 4) Orang yang suka mengambil resiko yang berlebihan.
- 5) Orang yang cepat bosan.
- 6) Orang yang sudah menunjukkan perilaku anti sosial sejak usia dini.
- 7) Pengaruh terhadap keluarga korban narkoba.
- 8) Kurang sopan santun dan melawan kepada orang tua (Alifia, 2008).

Dalam menanggulangi kenakalan remaja menurut Ibnu Maskawih dalam buku "Etika Islam tentang Kenakalan Remaja", menitikberatkan pada pembersihan pribadi dan sifat-sifat yang berlawanan dengan tuntunan agama,

sehingga terwujud manusia ideal yang bertaqwa dan cerdas. Dalam pelaksanaannya metode yang dilakukan harus selaras dengan perkembangan dan kebutuhan manusia baik psikologis maupun fisiologis. Metode ini harus didukung oleh tiga lembaga pendidikan yaitu keluarga, sekolah dan masyarakat. Dalam ketiga lembaga tersebut terjadi proses internalisasi keseluruhan nilai dalam pembentukan mental/jiwa, sekaligus dapat menuntut remaja menjadi manusia yang dewasa sosial, emosional dan intelektual (Julaiha, 2000:105).

2.3 Konsep Pengetahuan

2.3.1 Definisi Pengetahuan

Pengetahuan adalah suatu fakta atau kondisi mengetahui sesuatu dengan baik yang didapat lewat pengalaman atau pelatihan. Adapun definisi lain dari pengetahuan adalah segala maklumat yang berguna bagi tugas yang akan dilakukan (Chabris, 1983). Jadi dapat disimpulkan pengetahuan adalah persepsi yang jelas mengenai sesuatu, pemahaman, pembelajaran, pengalaman, praktikal, kemahiran, pengecaman serta kumpulan maklumat tersusun yang dapat digunakan untuk mnyelesaikan masalah, kebiasaan terhadap bahasa, konsep ide, fakta-fakta, perhubungan antara fakta maklumat dan kesanggupan menggunakan semua ini.

Rogers (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru dalam diri orang tersebut menjadi proses berurutan :

1. *Awarenes*, dimana orang tersebut menyadari pengetahuan terlebih dahulu terhadap stimulus (objek).
2. *Interest*, dimana orang mulai tertarik pada stimulus
3. *Evaluation*, merupakan suatu keadaan mempertimbangkan terhadap baik buruknya stimulus tersebut bagi dirinya.

4. *Trial*, dimana dimana orang telah mulai mencoba perilaku baru
5. *Adaption*, dimana orang telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan kesadaran dan sikap.

2.3.2 Tingkat Pengetahuan

Notoatmodjo mengemukakan yang dicakup dalam domain kognitif yang mempunyai enam tingkatan, pengetahuan mempunyai tingkatan sebagai berikut (Notoatmodjo, 2003) :

1. Tahu (*know*)

Diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah di pelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap sesuatu yang spesifik dari keseluruhan bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mengidentifikasi, menyatakan, dsb.

2. Memahami (*comprehension*)

Diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap obyek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya.

3. Menerapkan (*application*)

Diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menggunakan materi yang telah di pelajari pada kondisi yang sebenarnya. Aplikasi disini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang nyata.

4. Analisis (*analisa*)

Adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau obyek ke dalam komponen-komponen tetapi masih di dalam satu struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lainnya. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja seperti dapat menggambarkan, membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya.

5. Sintesa (*Synthesis*)

Menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian – bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain, sintesis adalah kemampuan untuk menyusun formulasi – formulasi yang ada.

6. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi/penilaian terhadap suatu obyek atau materi. Penilaian didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

2.3.3 Faktor – faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2003), pengetahuan seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu :

a. Pengalaman

Pengalaman dapat diperoleh dari pengalaman sendiri maupun orang lain. Pengalaman yang sudah diperoleh dapat memperluas pengetahuan seseorang.

b. Tingkat Pendidikan

Pendidikan dapat membawa wawasan atau pengetahuan seseorang. Secara umum, seseorang yang berpendidikan lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas dibandingkan dengan seseorang yang tingkat pendidikannya lebih rendah.

c. Keyakinan

Biasanya keyakinan diperoleh secara turun temurun dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu. Keyakinan ini bisa mempengaruhi pengetahuan seseorang, baik keyakinan itu sifatnya positif maupun negatif.

d. Fasilitas

Fasilitas–fasilitas sebagai sumber informasi yang dapat mempengaruhi pengetahuann seseorang, misalnya: radio, televisi, majalah, koran, dan buku.

e. Penghasilan

Penghasilan tidak berpengaruh langsung terhadap pengetahuan seseorang. Namun bila seseorang berpenghasilan cukup besar maka dia akan mampu untuk menyediakan atau membeli fasilitas–fasilitas sumber informasi.

f. Sosial Budaya

Kebudayaan setempat dan kebiasaan dalam keluarga dapat mempengaruhi pengetahuan, persepsi, dan sikap seseorang terhadap sesuatu.

2.3.4 Pengukuran Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menyatakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subyek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau ukur dapat disesuaikan dengan tingkatan domain diatas (Notoatmodjo, 2003).

Beberapa teori lain yang telah dicoba untuk mengungkapkan determinan perilaku dari analisis faktor–faktor yang mempengaruhi perilaku, khususnya perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, antara lain teori Lawrence Green (Green, dalam Notoatmodjo 2003) mencoba menganalisa perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi perilaku

(*non behaviour causes*). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau dibentuk dari 3 faktor, yaitu :

- a. Faktor–faktor pengaruh (*predisposing factor*) yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, dan nilai–nilai.
- b. Faktor–faktor pendukung (*enabling factor*) yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas–fasilitas atau sarana–sarana kesehatan.
- c. Faktor–faktor penguat (*reinforcing factor*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan.

2.3.5 Pengetahuan tentang Informasi dan Pendidikan Kesehatan yang Berkaitan dengan NAPZA

Selama ini, Informasi yang diterima mengenai NAPZA lebih banyak diberikan di lingkungan sekolah, yang merupakan rumah kedua dalam lingkungan pergaulan remaja. Hal ini didukung dengan penelitian Laili Rahayuwati (2006) yang membuktikan bahwa keterlibatan institusi sekolah (guru) yang berkompeten dalam pendidikan kesehatan di lingkungan sekolah diperlukan dalam membantu pencegahan penyebaran Narkoba dan HIV. Selain itu informasi berasal dari media elektronik maupun cetak, media tersebut antara lain: televisi (berita kriminal, *talk show*, film, dan sinetron) dan informasi dari surat kabar, majalah remaja, dan buku.

Informasi yang didapat tidak selamanya tepat, terutama yang bersumber dari berita kriminal yang lebih banyak mengedepankan peredaran narkoba bukan pada pencegahannya. Untuk lebih mengoptimalkan usaha pencegahan, teman merupakan orang yang tepat untuk berbagi informasi tentang narkoba. Hal ini sesuai dengan penelitian Hawari (1990) yang membuktikan bahwa pengaruh

teman kelompok sebaya mempunyai andil 81,3% bagi seseorang terlibat penyalahgunaan narkoba.

Dari beberapa penelitian (Hawari: 1990, *National Institute on Drug Abuse (NIDA)*, *National Institutes of Health Bethesda, Maryland*: 1997, Gerstein and Green: 1993, serta Kumpfer et al: 1998 dan Yatim: 1990) didapatkan data bahwa dasar dari perkembangan remaja merupakan keluarga, mereka mendapatkan informasi dari ibu, ayah, saudara kandung, atau anggota keluarga lain. Namun hampir keseluruhan dari mereka tidak mendapat informasi yang memadai. Menurut mereka, sekolah merupakan tempat yang tepat untuk memberikan informasi tentang narkoba. Kekurangannya, sekolah belum mempunyai program regular untuk melaksanakan pendidikan kesehatan secara umum. Selama ini mereka menganggap bahwa leaflet dan brosur tentang narkoba tidak menarik. Mereka menginginkan penyampaian informasi yang menarik, informasi yang disampaikan dapat langsung dari sumbernya atau melalui film sehingga mereka mampu mengaplikasikan hasil yang didapat dengan relevan (Laili, 2006).

2.4 Konsep Sikap

2.4.1 Definisi Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek (Notoadmojo, 2003). Manifestasi sikap itu tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup.

2.4.2 Komponen Pokok Sikap

Dalam buku Notoadmojo 2003, Allport menjelaskan bahwa sikap mempunyai 3 komponen pokok, antara lain:

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

ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh dengan peranan pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi.

2.4.3 Berbagai Tingkatan Sikap

- a. Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).

- b. Merespon (*Responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap.

- c. Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah indikasi sikap tingkat tiga.

- d. Bertanggung Jawab (*Responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap paling tinggi.

2.4.4 Analisis Kognitif, Afektif, dan Perilaku mengenai Sikap

Eagly & Chaiken (1993) dalam buku pendidikan dan perilaku kesehatan mengemukakan bahwa sikap dapat diposisikan sebagai hasil evaluasi terhadap objek sikap, yang diekspresikan ke dalam proses-proses kognitif, afektif, dan perilaku. Sebagai hasil evaluasi, sikap yang disimpulkan dari berbagai pengamatan terhadap objek diekspresikan dalam bentuk respon kognitif, afektif

(emosi), maupun perilaku (Katz & Stotland, 1959; Triandis, 1971 dalam Notoatmodjo 2005). Respon evaluatif dalam bentuk kognitif meliputi beliefs yang dimiliki individu terhadap objek sikap dengan berbagai atributnya. Respon evaluatif dalam bentuk afektif berupa perasaan individu terhadap objek sikap. Respon tersebut dapat berupa respon positif maupun respon negatif yang dapat diamati oleh orang lain. Namun, Greenwald (dalam Eagly & Chaiken, 1993); Triandis (1991); dan Zanna & Rempel (1988) mengemukakan bahwa proses-proses kognitif, afektif, dan perilaku adalah *antecedents* dari sikap.

Proses kognitif dapat terjadi pada saat individu memperoleh informasi mengenai objek sikap. Proses kognitif ini dapat terjadi melalui pengalaman langsung ataupun tidak langsung (Notoadmojo, 2005). Proses-proses lain yang dapat membentuk sikap adalah afektif dan perilaku. Proses afektif, dikemukakan oleh Zanna, Kiesler, dan Pilkonis (1990) dapat membentuk sikap pada individu. Contoh yang dikemukakan oleh Zanna *et. al.* bahwa objek sikap yang dihadirkan bersama-sama dengan kejutan listrik akan direspon negatif daripada objek yang tidak disertai kejutan listrik.

Sedangkan Bem (1992) mengemukakan bahwa perilaku sebelumnya dapat mempengaruhi sikap. Pendapat Bem ini lebih dikenal dengan *self perception*, yaitu individu cenderung akan menunjukkan sikap sesuai dengan perilaku sebelumnya. Menurut pandangan Bem dalam *Self Perception Theory* orang bersikap positif atau negatif terhadap sesuatu obyek sikap dibentuk melalui pengamatan pada perilaku dia sendiri. Sebagai contoh, orang mengatakan bahwa sikapnya sangat positif terhadap satu jenis makanan, setelah dia melihat dirinya memakan begitu banyak makanan tersebut.

2.4.5 Analisis terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi proses evaluasi

Oskamp (1991) mengemukakan bahwa sikap dipengaruhi oleh proses evaluatif yang dilakukan individu. Oleh karena itu, mempelajari sikap berarti perlu juga mempelajari faktor-faktor yang mempengaruhi proses evaluatif, yaitu:

a. Faktor-faktor genetik dan fisiologik

Sebagaimana dikemukakan bahwa sikap dipelajari, namun demikian individu membawa ciri sifat tertentu yang menentukan arah perkembangan sikap ini. Di lain pihak, faktor fisiologik ini memainkan peranan penting dalam pembentukan sikap melalui kondisi fisiologik, misalnya usia, atau sakit sehingga harus mengkonsumsi obat tertentu.

b. Pengalaman Personal

Faktor lain yang sangat menentukan pembentukan sikap adalah pengalaman personal atau orang yang berkaitan dengan sikap tertentu. Pengalaman personal yang langsung dialami memberikan pengaruh yang lebih kuat daripada pengalaman yang tidak langsung. Menurut Oskamp, dua aspek yang secara khusus memberi sumbangan dalam membentuk sikap. Pertama adalah peristiwa yang memberikan kesan kuat pada individu (*salient incident*), yaitu peristiwa traumatik yang merubah secara drastis kehidupan individu, misalnya kehilangan anggota tubuh karena kecelakaan. Kedua yaitu munculnya objek secara berulang-ulang (*repeated exposure*).

c. Pengaruh orang tua

Orang tua sangat besar pengaruhnya terhadap kehidupan anak-anaknya. Sikap orang tua akan dijadikan role model bagi anak-anaknya. Contoh peristiwa yang dapat digunakan untuk menjelaskan hal ini adalah orang tua pemusik, akan cenderung melahirkan anak-anak yang juga senang musik.

d. Kelompok sebaya/kelompok masyarakat memberi pengaruh kepada individu.

Ada kecenderungan bahwa seorang individu berusaha untuk sama dengan teman sekelompoknya (Ajzen menyebutnya dengan *normative belief*).

Seorang anak nakal yang bersekolah dan berteman dengan anak-anak santri kemungkinan akan berubah menjadi tidak nakal lagi.

e. Media massa adalah media yang hadir di tengah tengah masyarakat.

Berbagai riset menunjukkan bahwa foto model yang tampil di media masa membangun sikap masyarakat bahwa tubuh langsing tinggi adalah yang terbaik bagi seorang wanita. Demikian pula halnya dengan iklan makanan yang dihadirkan di media sangat mempengaruhi perilaku makan masyarakat. Oleh karena itu, media massa banyak digunakan oleh partai politik untuk mempengaruhi masyarakat dalam pemilihan umum. Dengan demikian, dalam konsep sikap terdapat beberapa hal penting, yaitu:

a. Keterkaitan ide dengan emosi yang mengawali tindakan terhadap situasi sosial tertentu (Triandis, 1971, p. 2)

b. Predisposisi yang dipelajari untuk merespon secara konsisten dengan sesuai atau tidak sesuai terhadap objek yang ditentukan (Fishbein & Ajzen, 1975, p. 6)

c. Kecenderungan psikologis yang diekspresikan dengan mengevaluasi entitas tertentu dengan derajat suka atau tidak suka (Eagly & Chaiken, 1993, p.1)

Definisi-definisi tersebut di atas menunjukkan bahwa secara garis besar sikap terdiri dari komponen kognitif (ide yang umumnya berkaitan dengan pembicaraan dan dipelajari), perilaku (cenderung mempengaruhi respon sesuai dan tidak sesuai), dan emosi (menyebabkan respon-respon yang konsisten).

2.5 Konsep *Golden Chain Methode* (GCM)

2.5.1 Mentoring

Halaqah merupakan istilah yang berhubungan dengan dunia pendidikan, khususnya pendidikan atau pengajaran Islam (*tarbiyah Islamiyah*). Dalam dunia kampus selama ini halaqah disebut juga mentoring. Lubis (2010:6) mengatakan bahwa istilah mentoring biasa digunakan untuk menggambarkan sekelompok kecil muslim yang secara rutin mengkaji ajaran Islam dengan jumlah peserta dalam kelompok kecil berjumlah 3-12 orang. Mereka mengkaji Islam dengan kurikulum tertentu, biasanya kurikulum tersebut berasal dari mentor/fasilitator yang mendapatkannya dari organisasi yang menaunginya.

Setiap minggu kegiatan ini dilakukan di tempat yang telah ditentukan sebelumnya antara guru/fasilitator dengan *mentee*/peserta secara rutin, setiap peserta dianjurkan untuk tidak berhenti mentoring. Untuk menghindari kejenuhan setiap kelompok harus siap ketika berganti teman atau kelompok, selain itu setiap peserta harus siap menjadi mentor/fasilitator sebagai perekrut dalam membentuk kelompok mentoring baru.

Menurut Hasan Al-Bana (Lubis, 2010: 141-146) terdapat 10 karakter pribadi muslim yang sholeh yang harus dicapai dalam proses mentoring, antara lain:

1. *Saliimul aqidah* (aqidah yang bersih dan lurus) yang merujuk kepada Al-Qur'an dan As-Sunnah
2. *Shahihul ibadah* (ibadah yang benar) sesuai dengan ajaran Islam
3. *Matinul Khuluk* (akhlak yang kokoh) sesuai dengan syari'at Islam
4. *Qadirun 'alal kasbi* (mandiri), tergambar dalam menjauhi sumber penghasilan yang haram, giat bekerja dan rajin zakat, menjauhi riba

5. *Mutsaqafatul fikri* (intelektual yang berkembang), bila pribadi yang cakap dalam membaca dan menulis, berwawasan luas, pandai menggunakan logika berfikir yang logis dan metode logis
6. *Qowiyyul jismi* (kebersihan ragawi) terlihat dari kebersihan badan dan pakaian
7. *Mujahdun linafsihi* (menjauhi segala yang haram, tempat hiburan dan segala maksiat)
8. *Manhazamu fi syu'nihi* tercermin bila peserta mentoring mulai memperbaiki penghasilan ke arah lebih Islami serta kualitas kerja yang rapid an professional
9. *Haristun 'ala waqtihi* (menjaga dan menghargai waktu)
10. *Nafi'un lighoirihi* (bermanfaat bagi orang lain), tergambar dari sifat berpartisipasi dalam kebaikan seperti aktif dalam bakti social, kerja bakti, membenatu orang yang membutuhkan.

Mentoring merupakan forum yang sangat efektif untuk proses kaderisasi. Forum ini menjadi andalan karena sifatnya yang khas dan sangat berbeda dengan forum-forum lainnya, seperti: majelis taklim, pengajian umum atau diskusi terbuka. sebagai sebuah forum yang strategis mentoring memiliki beban yang berat yang bukan hanya sebagai forum transfer pengetahuan, tetapi lebih dari itu merupakan "taman keluarga" yang akan memberikan arahan, bimbingan, sekaligus pemecahan persoalan yang dihadapi anggotanya.

2.5.1.1 Tujuan Mentoring

Tujuan utama pembinaan mentoring antara lain:

1. Menjadikan santri binaan yang memiliki kepribadian muslim (syakhsiyah Islamiyah) yang kuat.
2. Melahirkan kader-kader yang siap memikul amanah da'wah
3. Merajut anggota dalam satu shaf untuk beramal dan berorganisasi secara kolektif (berjamaah)

2.5.1.2 Fungsi Mentoring

1. *Muakhhoh*

Mentoring dalam Islam berfungsi sebagai sarana *muakhhoh* (mempersaudarakan). Dalam mentoring ini antara anggota yang satu dengan anggota yang lainnya merupakan sebuah keluarga, dimana terjadi hubungan yang intensif untuk saling mengenali (*ta'aruf*), saling memahami (*tafahum*), saling membantu (*ta'awun*), dan saling menanggung (*takافل*). Segala persoalan yang terjadi pada anggota mentoring secara dini dapat diketahui oleh anggota yang lain dalam mentoring, demikian pula penyelesaiannya.

2. *Tarbiyah*

Berfungsi sebagai sarana *tarbiyah*, yang mencakup kegiatan *tilawah* (pemahaman) ayat-ayat Allah dalam kehidupan nyata, *tazkiyatun* (pensucian hati) dan *ta'limatul kitab wa as-sunnah* (pengajaran) nilai-nilai al-Qur'an dan As-Sunnah (Al-Jumu'ah: 2).

3. *Tandzim*

Berfungsi sebagai sarana *tandzim* (pengorganisasian). Ini penting, agar peserta tidak hanya memahami ajaran Islam dan melaksanakannya secara

individual, tetapi dapat menegakkannya secara kaffah dengan cara hidup berjama'ah.

2.5.1.3 Manajemen Mentoring

a. *Murabbi*

Murabbi adalah seorang pemimpin dan pembimbing dalam mentoring. Peranan murabbi sangat menentukan kesuksesan sebuah mentoring. Adapun peran dan fungsi murabi halaqah meliputi:

- b. *Muallim*, yang bertanggungjawab untuk mendidik anggotanya agar dapat memahami dan melaksanakan ajaran Islam secara benar.
- c. *Mas'ul*, yang bertanggungjawab memimpin, mengkoordinir, mengarahkan serta mengevaluasi (mutaba'ah) perkembangan anggotanya dari waktu ke waktu.
- d. *Qudwah hasanah*, yang dituntut untuk memberikan contoh dan tauladan yang baik dalam kehidupan sebagai seorang mukmin.

Murabbi mentoring adalah seseorang yang memiliki kriteria sebagai berikut:

- e. Kader yang telah terbukti loyalitasnya.
- f. Memiliki kemampuan menterjemah Al-Qur'an dengan baik.
- g. Telah mengikuti program sosialisasi dan pelatihan menjadi Murabbi pandu Hidayatullah.
- h. Mampu berperan sebagai pembimbing dan menjadi teladan bagi santri .

b. *Anggota halaqah.*

Setiap halaqah beranggotakan antara 10-15 santri. Proses pembentukan mentoring seyogyanya mempertimbangkan berbagai faktor yang mempengaruhi efektifitas mentoring; seperti: usia, senioritas, domisili, tingkat pemahaman Islam,

tingkat pendidikan, dsb. Perpindahan anggota halaqah ke halaqah lainnya dimungkinkan jika memang terdapat suatu pertimbangan tertentu.

c. Materi Mentoring

Materi halaqah merupakan bahan-bahan yang diperlukan untuk proses pembinaan anggota secara terstruktur dan berkelanjutan, yang terdiri dari kurikulum dan buku-buku panduan. Silabus materi pembinaan halaqah dapat dilihat pada lampiran.

2.5.1.4 Sarana pendukung mentoring

Agar mentoring dapat berjalan secara optimal, diperlukan beberapa sarana penunjang; antara lain:

- a. Buku panduan kaderisasi, panduan mentoring, diktat modul kaderisasi, dan buku penunjang lainnya.
- b. Alat-alat peraga, seperti: gambar, skema, papan tulis, spidol, kapur, dsb.
- c. Administrasi mentoring, yang terdiri dari: data anggota, program kerja, buku *mahasabah yaumiyah*, dll.
- d. Tempat pertemuan mentoring, yang biasanya dilakukan di ruang kelas, kamar asrama, taman-taman sekolah/pesantren, di mushalla/ majid, kantor atau di tempat-tempat lain yang memungkinkan.

2.5.1.5 Kegiatan Mentoring

- a. Pertemuan mingguan

Pertemuan mentoring idealnya dilakukan sekali dalam seminggu. Jadwal waktu pertemuan halaqah ditentukan berdasarkan jadwal yang telah ditentukan oleh yang berwenang. Setiap pertemuan halaqah memerlukan waktu kurang lebih sekitar 60 – 90 menit. Tempat pertemuan sebaiknya dilakukan secara tetap atau pun bisa berpindah-pindah asalkan tidak mengurangi efektifitas

pelaksanaannya. Untuk menghindari terjadinya kejenuhan, sesekali tempat pertemuan dapat dilakukan ditempat-tempat lain, seperti di masjid, di taman, kebun raya atau di tempat-tempat yang memungkinkan dilakukan mentoring.

Agenda kegiatan dalam pertemuan halaqah, terdiri dari:

- *Pembukaan* oleh murabbi atau yang ditunjuk.
- *Tadarrus Al-Qur'an, Tarjamah & tafhimul Qur'an*

Seluruh anggota dipimpin oleh murabbi membaca satu halaman ayat-ayat Al-Qur'an dengan bacaan tartil secara bersamaan. Setelah itu hendaknya murabbi memilih salah satu anggota untuk membaca 3 s/d 5 ayat (tergantung panjang pendeknya ayat). Apabila terdapat bacaan yang kurang sesuai dengan hukum-hukum bacaan, maka murabbi/anggota yang dianggap lebih fasih bertugas meluruskannya. Selanjutnya membaca dan menterjemahkannya secara *lafdziyah* ataupun per-ayat. Saat dibacakan terjemahan, anggota halaqah memperhatikan dan menyimak bacaan dengan baik.

- *Kajian inti.*

Dalam memulai kajian inti sebaiknya murabbi memulainya dengan memberikan apersepsi (mengamati kondisi psikologis anggota dan memberikan pendasaran agar materi mudah diterima). Kajian inti diberikan oleh murabbi dengan materi yang sudah tercantum dalam paket modul kaderisasi pandu Hidayatullah. Kajian inti ini dapat juga mengambil referensi kitab-kitab tertentu yang sesuai dengan target dan sasaran halaqah, atau sesuai dengan referensi yang disarankan dalam modul kaderisasi. Dalam memberikan materi kajian ini sebaiknya disisihkan waktu untuk tanya jawab antar anggota untuk lebih mendapatkan pendalaman.

- *Muhasabah.*

Evaluasi terhadap amal-amal yaumiyah dan tugas-tugas yang telah diberikan oleh murabbi, dalam bentuk lisan.

- *Infaq fi sabilillah.*

Sebaiknya dalam mentoring mingguan, seluruh anggota diajak untuk senantiasa terbiasa berinfaq secara materi.

- *Penutup*

Penutup mentoring dilakukan dengan pembacaan do'a oleh murabbi atau salah seorang yang ditunjuk.

b. *Pembebanan tugas*

Diluar kegiatan pertemuan halaqah mingguan, setiap anggota halaqah memiliki beban tugas yang wajib dilakukannya di luar pertemuan halaqah.

Adapun tugas-tugas tersebut meliputi:

- Menunaikan kewajiban yang bersifat fardlu ain dengan penuh kedisiplinan, seperti: shalat berjama'ah di masjid Hidayatullah atau masjid terdekat, puasa Ramadhan, dsb.
- Menghidupkan ibadah nawafil (sunnah), seperti: membaca Al-Qur'an, shalat lail, sahat-shalat sunnah, dzikrullah, dsb.
- Melaksanakan da'wah fardiyah, dengan cara menghidupkan silaturrahim, amal ma'ruf nahyu munkar terhadap saudara, teman se-asrama, dan sesama muslim.
- Selalu menunjukkan akhlaqul karimah dalam pergaulan sehari-hari.
- Mengikuti majlis ilmu atau program-program pelatihan untuk meningkatkan kemampuan dan pemahaman, terutama bekal sebagai seorang mukmin dan seorang da'i yang menyeru orang lain ke jalan Allah.

2.5.1.6 Administrasi Mentoring

Untuk terwujudnya tujuan mentoring, diperlukan proses pengadministrasian. Adapun administrasi halaqah terdiri dari:

- Buku jurnal mentoring
- Buku catatan kegiatan mentoring .
- Tata tertib mentoring

2.5.1.7 Evaluasi Mentoring

- a. *Evaluasi mingguan*, dilakukan untuk mengetahui perkembangan pribadi anggota halaqah, dengan cara mencermati lembar muhasabah dan menanyakan secara lisan.
- b. *Evaluasi Semester*, dilakukan dalam Rakor murobbi halaqah pandu Hidayatullah untuk mengetahui realiasi program halaqah secara umum, kendala serta penyebabnya.

2.5.2 Definisi GCM

GCM (*Gold Chain Methode*) merupakan adopsi dari sistem mentoring dengan mengoptimalkan peran anggota fasilitator dan *Peer to peer education* yang dilakukan secara berkelompok (± 12 siswa) dengan posisi melingkar, terdiri dari leader, observer, fasilitator dan peserta. Metode ini dilaksanakan dalam lingkup sekolah dengan mengoptimalkan peran siswa dan guru sedangkan fasilitator mempunyai peran murni sebagai pendamping (BKNM, 2010). Diadopsi dari Panduan Penyelenggaraan *RES-Q (Recharge Emotional dan Spiritual Quotient)* di Universitas Brawijaya, kegiatan diawali dengan pemberian penyuluhan kesehatan kemudian dilanjutkan dengan kegiatan-kegiatan dalam kelompok kecil yang disebut SGD (*Small Group Discussion*) dengan mengaplikasikan materi dari yang didapatkan. SGD merupakan sentuhan awal

yang memberikan nilai positif dalam rangka membentuk kepribadian sesungguhnya yang religious, bermoral baik, berprestasi dan aktif.

Sesuai dengan silabus *RES-Q*, GCM juga berfokus terhadap peningkatan psikologis dan spiritual remaja dengan menambahkan motivasi terhadap visi dan misi hidup mereka. Aspek spiritual dan psikologis mempunyai peran penting dalam kehidupan, terutama untuk remaja yang memasuki masa peralihan. Dasar dari dalam diri yang kuat dapat dijadikan sebagai *barier* dalam lingkungan pergaulan dan pengaruh dari eksternal. Dengan adanya *barier* kuat dalam masa peralihan membuat manfaat dalam jangka panjang lebih bermakna apabila remaja sebagai penerus bangsa mampu mengaplikasikannya dalam kehidupan mereka (Priyatno 1996:8).

2.5.2.1 Visi-Misi

a. Visi

Membangun sosok intelektual siswa yang bekepribadian kuat (religius, moralis, berprestasi, serta aktif) yang mampu memadukan nilai-nilai dasar spiritual dengan potensi kompetensi (knowledge, skill dan attitude) serta minat bakat yang dimiliki → Mencetak Siswa Cerdas dan Berkepribadian Kuat (diadopsi dari BKMN, 2009)

b. Misi

a. Internal (sekolah):

1. Mempersiapkan dan meningkatkan sumber daya siswa yang berkualitas
2. Mengoptimalkan sarana dan prasarana sekolah dalam pelaksanaan kegiatan GCM
3. Mengoptimalkan peran GCM sebagai sarana membentuk kader kesehatan sekolah

b. Eksternal:

1. Melaksanakan kegiatan pencegahan penyalahgunaan NAPZA yang kreatif, inovatif dan inovatif
2. Mengoptimalkan peran GCM sebagai upaya dalam pencegahan NAPZA di lingkungan remaja

2.5.2.2 Target Kegiatan

Target Kegiatan GCM yang diadopsi dari buku Panduan penyelenggaraan mentoring kampus dan panduan mentoring universitas brawijaya, antara lain:

1. Meningkatnya motivasi dan kemampuan siswa dalam mencegah penyalahgunaan NAPZA dengan titik tekan di lingkungan sekolah
2. Terwujudnya sosok siswa yang berkepribadian dan berkompetensi dasar terutama ditekankan pada afektif, kognitif dan psikomotor
3. Terbentuknya pola komunikasi yang efektif antara siswa dengan civitas akademika SMAN 1 Ponggok
4. Terberdayakannya potensi kompetensi (*knowledge, skill, dan attitude*) yang dimiliki peserta GCM

2.5.2.3 Kurikulum**a. Karakteristik Kurikulum**

Karakteristik kurikulum GCM meliputi tiga aspek utama yaitu pembinaan potensi yang secara pedagogik pembinaan ini seperti halnya dalam taksonomi

Bloom dimana terdapat unsur *Kognitif*, *Afektif*, dan *Psikomotor*. Secara tidak langsung, kurikulum yang diberlakukan merupakan aplikasi dari ilmu yang dipelajari di sekolah dan dari penerapan (penyuluhan kesehatan), khususnya pada pelajaran Pendidikan Agama Islam dan PKN, namun dengan karakter penyampaian yang lebih 3 F (*Fun, Fresh, Focus*) dan mengedepankan unsur *kesetaraan*

b. Prinsip-prinsip Kurikulum

Prinsip kurikulum yang dilakukan oleh Program GCM adalah sebagai berikut:

- 1) Bermanfaat, merupakan materi-materi yang secara riil dibutuhkan oleh siswa untuk meningkatkan kapasitas kepribadiannya
- 2) Berbasis tujuan, ke-semua konsep, materi, ataupun silabus, semuanya dikembalikan pada tujuan awal, yakni membentuk karakter siswa religius, bermoral baik, berprestasi, dan aktif
- 3) Berbasis *Multimedia*, dimana dalam penyampaian materinya dibantu dengan program/aplikasi atau tampilan yang lebih menarik, tidak hanya penyampaian yang bersifat konvensional
- 4) Dinamis, disesuaikan dengan kebutuhan dan kemampuan siswa
- 5) Aplikatif, dapat dan mudah diterapkan dalam keseharian siswa
- 6) Menarik, memiliki nilai atraktif dan menyenangkan sehingga tidak menjadi beban bagi peserta untuk mengikutinya.
- 7) Mengedepankan proses, dan
- 8) Memperhatikan kompetensi siswa

2.5.2.4 Out Put kegiatan

Setelah mengikuti rangkaian kegiatan GCM diharapkan siswa:

1. Memiliki motivasi dan kesadaran akan potensi yang tinggi
2. Mempunyai kompetensi dan budaya aktif dalam aktifitas sehari-hari
3. Memiliki motivasi menjalankan peran sebagai kader kesehatan secara komprehensif
4. Memiliki etos kerja dan belajar yang tinggi, serta meningkatnya kepedulian terhadap sesama
5. Mempunyai kualitas soft skill dan akhlak yang sesuai dengan nilai-nilai keagamaan

a. Parameter Keberhasilan Pelaksanaan GCM

1. 90% siswa aktif dalam GCM di 5 kali pertemuan
2. 90% siswa aktif terfollow up di GCM lanjutan
3. Partisipasi aktif dari siswa/guru dalam kegiatan GCM
4. 70% siswa mengalami peningkatan pengetahuan dan sikap terhadap penyalahgunaan NAPZA
5. 50% siswa mampu menjadi kader kesehatan yang aktif

b. Monitoring dan Evaluasi

Hal ini dilakukan agar GCM dapat dipantau keberhasilannya berdasarkan data yang masuk dari masing-masing fasilitator karena dengan kondisi administrasi yang baik akan mampu mengontrol kegiatan dan kondisi siswa. Kegiatannya berupa evaluasi dan pengumpulan data perkembangan siswa serta pembagian lembar kontroling siswa oleh fasilitator..

- Pelaksanaan:
 - 1 minggu 2X: Peneliti akan menanyakan fasilitator terkait kondisi perkembangan *SGD* (selama 2 minggu)

Evaluasi perkembangan peserta akan dilakukan akhir pekan kedua setelah siswa mendapat perlakuan oleh peneliti dengan menggunakan *pretest* terhadap tingkat pengetahuan dan sikap untuk memantau perkembangan peserta GCM dengan titik tekan penilaian pada hal berikut :

1. Pengetahuan tentang NAPZA dan pemahaman pencegahan penyalahgunaannya
2. Keaktifan dalam *Small Group Discussion*
3. Sikap & perilaku selama di sekolah (cara berpakaian, bertuturkata, sikap terhadap teman yang merokok, dsb)
 - Perangkat Evaluasi

Perangkat yang digunakan dalam mengukur perkembangan peserta GCM antara lain :

1. Fasilitator
2. Presensi Kegiatan
3. Silabus & kurikulum *Small Group Discussion*

Hasil *pretest* dan *posttest* terhadap tingkat pengetahuan dan sikap siswa dalam menghadapi penyalahgunaan NAPZA

2.5.2.5 Metode

Diadopsi dari buku "Panduan Penyelenggaraan Mentoring Kampus (2010)" terdapat Strategi untuk GCM ini, mencakup *fun*, *fresh* dan *focus*, sedangkan kegiatan dari GCM sebagai metode adalah:

- Tutorial

Merupakan usaha penyampaian materi kepada peserta yang sifatnya searah (komunikasi satu arah) sedangkan diskusi merupakan proses pertukaran

pendapat, perasaan dan pengalaman antara dua orang atau lebih tentang topic tertentu. Metode diskusi akan sangat efektif pada kelompok kecil karena memungkinkan setiap anggota menyumbangkan pikirannya. Dalam metode diskusi terjadi komunikasi dua arah antara peserta dengan fasilitator dan antar peserta sendiri.

- Pemberian tugas dan peran (termasuk peragaan dan simulasi)

Merupakan metode lain yang dimaksudkan untuk menempatkan seseorang pada situasi tertentu seolah-olah menggambarkan situasi yang sebenarnya, metode ini sangat bagus diterapkan karena fungsi kejiwaan peserta juga diuji.

- Pembinaan Keperibadian (termasuk *Outbound activity*-aktivitas diluar gedung dialam bebas)

Merupakan metode yang dilakukan di alam sekitar (*outdoor*) untuk mencari suasana baru dalam menyampaikan materi sekaligus untuk menjalin hubungan personal.

- Poster, leaflet, brosur, buku pedoman, Film, VCD

Merupakan penyampaian materi ke peserta melalui media elektronik yang didalamnya terdapat cerita film atau dokumenter yang berhubungan dengan materi.

- Pesan melalui seni, permainan secara individu/kelompok

Pada metode ini peserta diinta mengerjakan suatu bentuk pertunjukkan atau permainan yang didalamnya terdapat konsep materi yang akan disampaikan.

Dalam pelaksanaannya menurut Depkes RI (2006), umumnya pelaksanaan dalam promosi terutama untuk kesehatan akan lebih efektif dengan

melibatkan tidak hanya satu metode, melainkan gabungan dari beberapa metode, seperti: metode permainan yang dilanjutkan dengan metode diskusi dan ceramah atau metode ceramah dilanjutkan diskusi dan tanya jawab serta penugasan. Selain itu keberhasilan program juga didukung oleh SDM yang mendukungnya terutama pada fasilitator, sehingga sebelum terjun dalam program fasilitator harus mendapatkan bimbingan dan pelatihan.

2.5.2.6 Hubungan model pendekatan GCM dengan sikap siswa

Beberapa model pendekatan yang dapat digunakan dalam GCM yang diadopsi dari Badan Khusus Mentoring Nasional (2009) sehingga dapat terbentuk sikap barier terhadap Penyalahgunaan NAPZA:

a. Pendekatan pemberian informasi

Pendekatan ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan umum dengan disertai dasar agama dan moral yang disesuaikan dengan remaja.

b. Pendekatan edukasi afektif

Pendekatan ini ditujukan pada kombinasi pengembangan interpersonal dan sosial dalam mengatasi tekanan dari teman sebaya dengan meningkatkan:

- o Pengertian tentang diri sendiri dan menerimanya melalui kegiatan konseling
- o Kemampuan keterampilan hidup dan interpersonal (*life interpersonal skill*).

c. Pendekatan alternatif

Pendekatan ini bertujuan menjalin dan meningkatkan kerjasama dalam tim dengan meningkatkan rasa percaya diri melalui berbagai kegiatan seperti relaksasi, meditasi, olahraga dan pendidikan keterampilan. Ada 3 kegiatan pada pendekatan ini, yaitu:

1. Menyediakan berbagai macam aktivitas sesuai kebutuhan

2. Mendukung remaja untuk mengikuti kegiatan yang positif.
3. Memberikan kesempatan untuk mengembangkan inisiatif sendiri untuk beraktivitas.

Beberapa aktifitas yang dapat diberikan pada pendekatan ini:

1. Aktivitas dalam bidang hiburan
 2. Aktivitas akademik
 3. Aktivitas olahraga
 4. Aktivitas kegiatan keagamaan
 5. Aktivitas yang berhubungan dengan hobi.
- d. Pendekatan peningkatan kemampuan

Pendekatan ini dipusatkan pada interaksi diantara individu yang bersangkutan dan lingkungannya dengan menekankan pada pengembangan serta penggunaan keterampilan dalam bersosialisasi. Tujuannya adalah :

1. Mengajarkan individu untuk mengetahui bagaimana mengendalikan masalahnya secara sistematis dalam situasi tertentu.
2. Mengajarkan strategi untuk mengatasi stress dan kecemasan.
3. Mengembangkan keterampilan asertif (menyatakan dengan tegas) baik verbal maupun nonverbal

Dalam Panduan penyuluhan Kesehatan (DepKes, 2006) terutama mengenai permasalahan penyalahgunaan NAPZA pendekatan yang dilakukan dilengkapi dengan pendekatan ketahanan social, dimana pendekatan ini memperkenalkan situasi dimana penyalahgunaan terjadi karena pengaruh tekanan teman sebaya. Tujuan pendekatan ini adalah:

1. Meningkatkan keterampilan diri untuk mampu menolak tawaran NAPZA

2. Mampu menyatakan keinginan dengan cara yang baik dan dapat diterima oleh lingkungan
3. Mampu membina komunikasi yang lebih efektif dengan guru, orang tua dan teman sebaya.

Selain itu yang perlu diperhatikan adalah penggunaan bahasa dalam menyampaikan informasi tentang bahaya penyalahgunaan narkoba dan efeknya dengan menghindari informasi yang cenderung menakut-nakuti.

2.5.2.7 Sasaran

Sasaran dalam upaya pencegahan penyalahgunaan NAPZA menurut BNN (Badan Narkoba Nasional) adalah seluruh lapisan masyarakat yaitu individu (anak, remaja, dewasa, orang tua), keluarga, sekolah, kelompok masyarakat. Sasaran prioritas adalah: remaja dan kelompok risiko tinggi (*high-risk group*).

2.5.2.8 Fasilitator

Ketrampilan untuk memfasilitasi penting bagi setiap orang yang hendak membimbing sekelompok orang melalui suatu proses pembelajaran atau suatu perubahan melalui suatu cara pembimbingan yang mendorong setiap anggota kelompok untuk terlibat dalam proses itu. Setiap orang mempunyai sudut pandang yang unik serta pengetahuan yang berharga yang dapat ia bagi dengan orang lain. Peran seorang fasilitator adalah memunculkan pengetahuan dan gagasan dari anggota-anggota kelompok. Fasilitator dapat membantu anggota kelompok untuk belajar satu sama lain dan bertindak bersama. Inti dari hal memfasilitasi adalah memperlengkapi dan memampukan orang lain. Kelompoklah yang harus bertanggungjawab atas hasil suatu proses, bukan pembimbing kelompok (Ketrampilan bagi seorang fasilitator, 2009).

Fasilitator merupakan seseorang yang ditunjuk oleh guru atau penanggungjawab kegiatan. Fungsi dan peran fasilitator berbeda dengan mengajar terutama dikalangan remaja. Biasanya fasilitator/tutor merupakan kakak tingkat dari suatu tingkatan yang terlebih dahulu mendapat pembekalan materi dari BNK atau pihak yang bertanggungjawab. Dalam mencapai tujuan GCM, fasilitator berusaha agar peserta hadir secara rutin dalam pertemuan tanpa merasa jemu dan juga bosan serta penting artinya dalam menjaga kekompakan dan tetap produktif untuk mencapai tujuannya (Satria, 2006).

Menurut Satria Hadi Lubis dalam buku Menjadi Murabbi Sukses (2002) terdapat beberapa kriteria yang harus dimiliki oleh seseorang ketika akan menjadi fasilitator, antara lain:

- a) Bersikap positif, penuh perhatian dan menerima siswa apa adanya.
- b) Berempati (dapat memahami dan meraba rasakan masalahnya)
- c) Tidak menghina, mengkritik, menertawakan, mengejek, menyalahkan, karena hal ini akan menyebabkan siswa menjadi tertutup

Selain kriteria tersebut, terdapat kriteria lain yang harus dimiliki fasilitator antara lain:

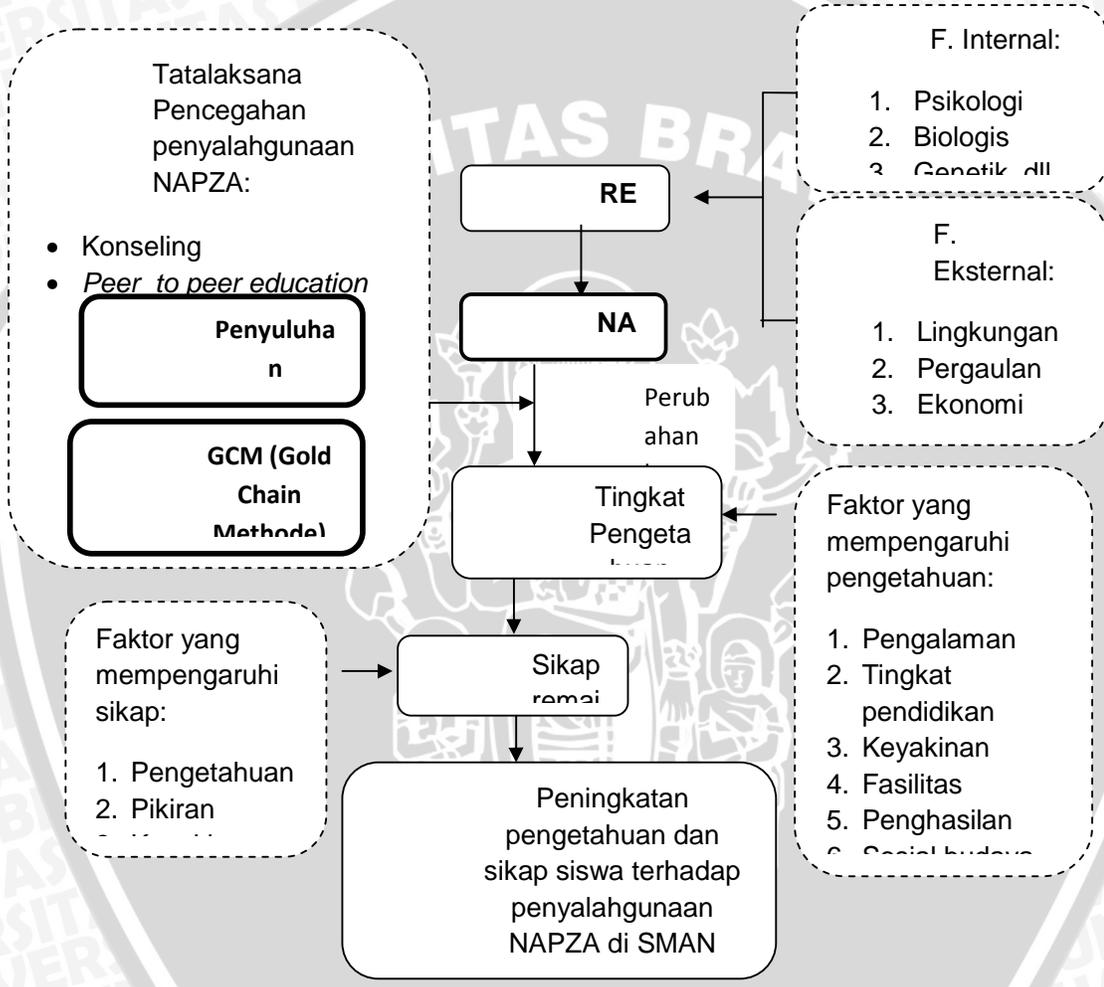
- a) membuat persiapan yang baik sambil tetap fleksibel
- b) berfikir dan bertindak secara kreatif
- c) dapat menangani hal-hal sensitif dan menangani perasaan orang
- d) mendorong terciptanya suasana penuh humor dan respek
- e) dapat berunding dan mempengaruhi orang lain tepati jadwal pelaksanaan kegiatan tanpa dikuasai oleh waktu (Panduan Pelatihan Fasilitator, 2009)

Sikap mental diatas diharapkan dapat menciptakan suasana hubungan terapeutik fasill dengan target.

BAB III

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

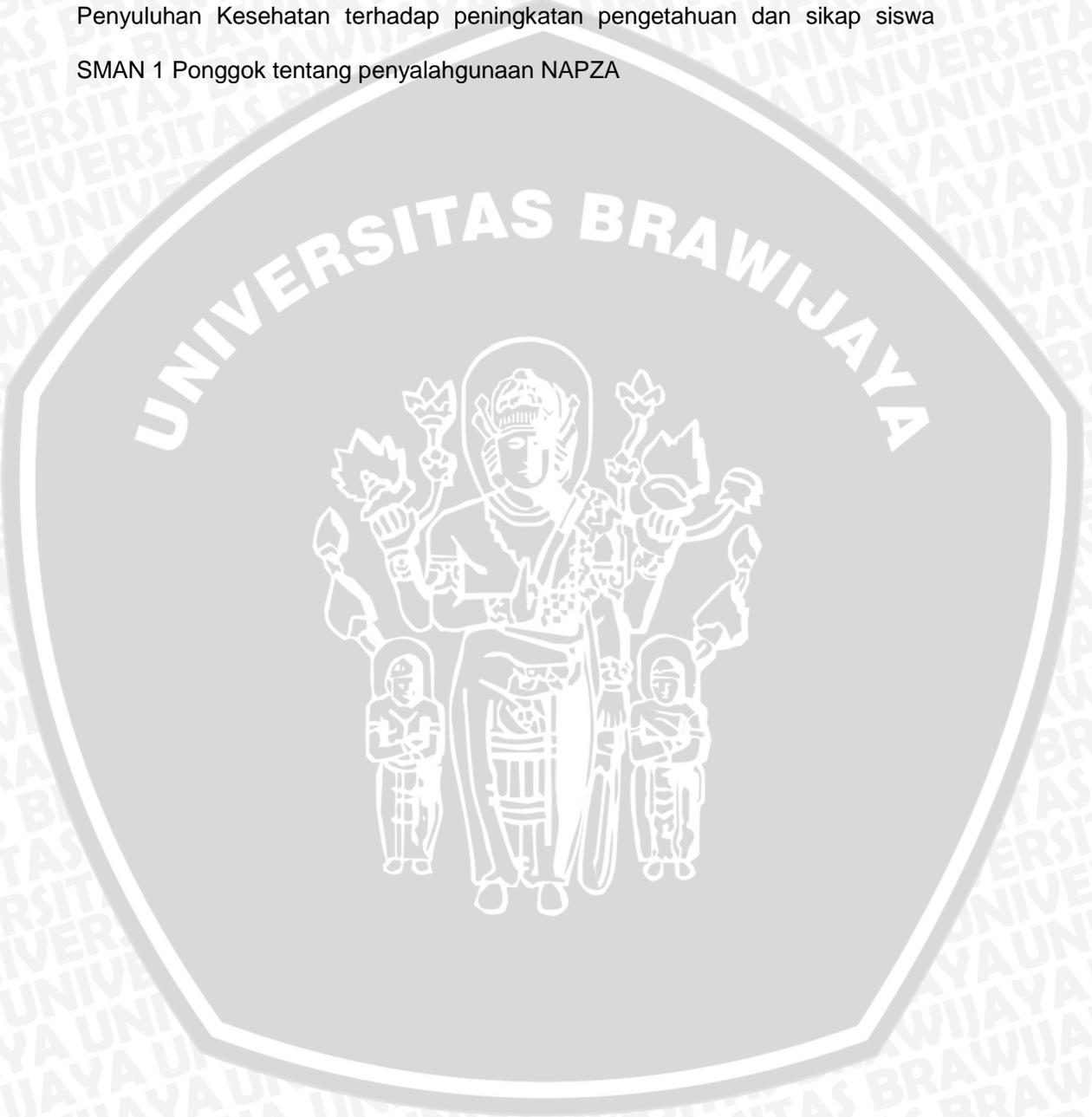
3.1 Kerangka Konsep



Keterangan : = Diteliti = Tidak diteliti

3.2 Hipotesis Penelitian

Ada perbedaan efektifitas antara *Gold Chain Methode* (GCM) dengan Penyuluhan Kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap siswa SMAN 1 Pongok tentang penyalahgunaan NAPZA



BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah *Quasy Experimental* atau eksperimen semu dengan Desain Kelompok Kontrol Non-Ekuivalen atau *Nonequivalent Control Group*. Paradigma penelitian *Nonequivalent Contro Group Design* adalah seperti gambar berikut ini (Sugiyono, 2009):

	Pre Test	Perlakuan	Post Test
Kelompok eksperimen	O ₁	X ₁	O ₂
Kelompok kontrol	O ₃	X ₂	O ₄

Gambar 4.1. Paradigma penelitian *Nonequivalent Control Group*

Keterangan : O₁ : Pengukuran tingkat pengetahuan dan sikap dalam pencegahan penyalahgunaan NAPZA pada kelompok eksperimen sebelum GCM

O₃ : Pengukuran tingkat pengetahuan dan sikap dalam pencegahan penyalahgunaan NAPZA pada kelompok kontrol sebelum penyuluhan kesehatan

X₁ : Intervensi Gold Chain Methode (GCM)

X₂ : Intervensi Penyuluhan Kesehatan

O₂ : Pengukuran tingkat pengetahuan dan sikap dalam pencegahan penyalahgunaan NAPZA pada kelompok eksperimen sesudah GCM

O₄ : Pengukuran tingkat pengetahuan dan sikap dalam pencegahan penyalahgunaan NAPZA pada kelompok kontrol sesudah penyuluhan kesehatan

4.2 Populasi, Sampel dan Teknik Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi menurut Sabri (2006), adalah keseluruhan dari unit di dalam pengamatan yang dilakukan. Sedangkan Sugiyono (2004), dalam Hidayat (2008) merumuskan populasi sebagai generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan.

Populasi dalam penelitian ini adalah siswa usia 15-18 tahun, adapun sesuai dengan fokus penelitian yang disesuaikan dengan kebijakan sekolah yang tidak memperbolehkan adanya kegiatan dari luar sekolah untuk kelas XII dalam rangka persiapan UAN dan UTS maka yang dipilih adalah siswa kelas X dan XI sebanyak 420 siswa. Kelas X berjumlah 210 siswa dalam 7 kelas dan kelas XI berjumlah 210 dengan 6 kelas.

4.2.2 Sampel

Sampel merupakan bagian dari populasi yang diamati, dimana sampel harus memiliki karakteristik yang sama dari populasi (*refresentatif*). Suatu sampel dikatakan *refresentatif* apabila memenuhi kriteria: besar sampel cukup, ciri populasi terwakili, asas probabilitas dan variasi antar unit populasi dibuat sekecil mungkin (Hidayat, 2008)

Sebelum menentukan subjek yang menjadi sampel penelitian ini harus ditentukan jumlah sampel yang dibutuhkan agar representative. Besar sampel dalam penelitian ini ditentukan berdasarkan estimasi (perkiraan) untuk menguji hipotesis beda proporsi 2 kelompok berpasangan dengan rumus sebagai berikut (Sastroasmoro & Ismail, 2008):

$$n = \frac{[Z_{\alpha} + Z_{\beta}]^2 \cdot f}{d^2}$$

Keterangan :

- n** = Besar sampel
- Z_α** = Harga kurva normal tingkat kesalahan yang ditentukan dalam penelitian pada CI 95% (α=0,05), maka Z_α = 1,96
- Z_β** = Bila α = 0,05 dan power 0,80 maka Z_β = 0,842
- f** = Kesalahan tipe II yang setara dengan 20% (= 0,2)
- d** = Beda proporsi yang klinis penting (*clinical judgement*) = 25% atau 0,25

Berdasarkan penghitungan jumlah sampel diatas, maka:

$$n = \frac{[1,96 + 0,824]^2 \cdot 0,2}{(0,25)^2} =$$

= 25, 123 dibulatkan menjadi 25

Berdasarkan hasil diatas maka pada penelitian ini dibutuhkan minimal 25 responden untuk setiap kelompok. Untukantisipasi dropout responden sebesar 10% maka jumlah sampel ditambah 3 responden. Peneliti menentukan jumlah responden yang digunakan untuk kelompok *kontrol* sebanyak 28 responden dan *treatment* 28 responden, sehingga total pada penelitian ini sebanyak 56. Dengan kondisi tiap kelas sebanyak ± 30 siswa maka peneliti menggunakan sample 60 siswa dengan 30 siswa untuk kontrol dan 30 siswa untuk perlakuan.

Sedangkan untuk kriteria sampel dibagi menjadi dua yaitu :

- a. Kriteria inklusi
 - Remaja yang terdaftar sebagai siswa kelas X dan XI di SMAN Pongkok
 - Siswa yang berusia antara (15-18 tahun)
 - Siswa yang bersedia menjadi responden kegiatan (GCM atau penyuluhan kesehatan)
- b. Kriteria eksklusi
 - Siswa yang tidak masuk sekolah ketika dilakukan kegiatan (GCM atau penyuluhan kesehatan)
 - Siswa yang tidak berkomitmen mengikuti program sampai selesai

4.2.3 Teknik Sampling

Sebagai populasi adalah siswa kelas X dan XI SMAN 1 Pongkok, setelah dilakukan teknik sampling melalui *Probability Sampling* yaitu teknik pengambilan sampel yang memberikan peluang yang sama bagi setiap anggota populasi

untuk menjadi anggota sampel (Sugiyono, 2009). Salah satu teknik *Probability Sampling* adalah *Random Sampling* yaitu pengambilan anggota sampel dari populasi dilakukan secara acak tanpa memperhatikan strata yang ada dalam populasi (Sugiyono, 2009). Dengan menggunakan *Simple Random Sampling* pada kelas yang ada melalui undian maka terpilih dua kelas sebagai kelompok eksperimen dan sebagai kelompok kontrol.

4.3 Lokasi Dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di SMAN 1 Ponggok desa Gembongan, kecamatan Ponggok Kabupaten Blitar pada rentang waktu 14 Februari 2011 sampai 30 Maret 2012.

4.4 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian untuk variabel tingkat pengetahuan dan sikap siswa SMAN 1 Ponggok melalui kuesioner berdasarkan acuan penyuluhan kesehatan dari Departemen Kesehatan (2006) yang dimodifikasi oleh peneliti. Sebelum dilakukan penelitian terlebih dahulu kuesioner dilakukan uji validitas dan reliabilitas.

4.4.1 Uji Validitas Instrumen

Validitas (kesahihan) merupakan suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur. Ada 2 hal penting yang harus dipenuhi dalam menentukan validitas pengukuran, yaitu: instrument harus (1) relevan dengan isi instrument, (2) relevan cara dan sasaran. Untuk mengetahui apakah kuesioner yang disusun tersebut mengukur apa yang hendak kita ukur, maka perlu diuji dengan uji korelasi antara skor (nilai) tiap-tiap item (pertanyaan) dengan skor total kuesioner tersebut (Sugiyono, 2002). Bila semua pertanyaan

mempunyai korelasi yang bermakna (*construct validity*). Teknik korelasi yang dipakai adalah teknik korelasi "*product moment*" yang dirumuskan sebagai berikut:

$$r_{xy} = \frac{\sum XY}{\sqrt{\sum(X^2 Y^2)}}$$

Keterangan:

r_{xy} = korelasi antara variabel X dan Y

X = (X₁-X)

Y = (Y₁-Y)

Syarat minimum untuk dianggap valid jika $r=0,3$. Jadi jika korelasi antara poin pertanyaan dengan skor total kurang dari 0,3 maka pertanyaan dalam instrument tersebut tidak valid.

4.4.2 Uji Reabilitas Instrumen

Reabilitas (keandalan) merupakan adanya kesamaan hasil apabila pengukuran dilaksanakan oleh orang yang berbeda ataupun waktu yang berbeda. Untuk melihat reabilitas dalam pengumpulan data dibidang kedokteran harus berprinsip pada: (1) stabilitas, mempunyai kesamaan jika dilakukan berulang-ulang dalam waktu yang berbeda; (2) ekuivalen, pengukuran memberikan hasil yang sama pada kejadian yang sama; (3) homogenitas, instrument yang dipergunakan harus mempunyai isi yang sama. (Nursalam, 2002)

Cara pengujian instrument yang akan digunakan peneliti adalah dengan *internal consistency* dengan cara mencoba instrument sekali saja, kemudian akan dianalisis dengan menggunakan rumus Spearmen Brown. (Sugiyono, 2002)

Rumus:

$$r1 = \frac{2r_b}{(1+r_b)}$$

Keterangan:

r1= reabilitas instrument

rb= indeks korelasi antara dua belahan instrument

Penentuan bahwa instrument dikatakan reliabel apabila perhitungan lebih besar jika dibandingkan dengan r pada table r *product moment*. Bila hasil angka korelasinya sama atau lebih dari angka kritis pada derajat kemaknaan; p=0,05 maka alat ukur reliable. (Notoadmojo, 2005).

4.5 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
Independen GCM (Gold Chain Methode)	GCM merupakan adopsi dari mentoring/ <i>Peer to Peer Education</i> yang dilakukan secara berkelompok (± 12 siswa) dengan posisi lingkaran, terdiri dari leader, observer, fasilitator dan peserta.	GCM dilakukan 1x dengan kegiatan: penyuluhan kesehatan (NAPZA, komunikasi efektif, sikap dalam pencegahan NAPZA, konseling dan motivasi diri) pembagian kelompok kecil SGD (<i>Small Group Discussion</i>) dengan tindak lanjut 4x intervensi selama 2-4 minggu	SOP GCM yang dibuat oleh peneliti	Nominal	-
Independen Penyuluhan Kesehatan	Penyuluhan tentang NAPZA dengan metode ceramah dan tanya jawab	Penyuluhan kesehatan dilakukan hanya 1x intervensi, kegiatan yang dilakukan terdiri dari: pemberian materi dan tanya jawab.	SOP penyuluhan kesehatan yang dibuat oleh peneliti	Nominal	-
Dependen Tingkat pengetahuan dalam mencegah penyalahgunaan NAPZA	Tingkat pemahaman secara kognitif mengenai NAPZA dan pencegahan penyalahgunaannya yang didapatkan siswa	Pengetahuan tentang NAPZA: 1. Definisi NAPZA • Pengertian NAPZA • Jenis NAPZA • NAPZA yang disalahgunakan • Tingkat pemakaian	Kuesioner	Rasio	Nilai pengetahuan berkisar antara 10-20

		<p>NAPZA</p> <p>2. Faktor penyebab Penyalahgunaan NAPZA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Individu • Lingkungan • NAPZA itu sendiri <p>3. Dampak penggunaan NAPZA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fisik • Psikologis • Sosial <p>4. Deteksi dini penyalahgunaan NAPZA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kelompok resiko tinggi • Gejala klinis penyalahgunaan NAPZA <p>5. Cara untuk menanggulangi NAPZA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Penyuluhan • Konseling • <i>Peer to peer</i> 			
<p>Dependen Sikap siswa dalam mencegah penyalahgunaan NAPZA</p>	<p>Persepsi/pandangan yang diberikan siswa terhadap NAPZA dan pencegahannya</p>	<p>Siswa dapat menunjukkan sikap terhadap penyalahgunaan NAPZA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cara menolak NAPZA • Solusi menyelesaikan masalah • Mekanisme koping yang positif • Inisiatif untuk beraktivitas: bidang hiburan, akademik, olahraga dan keagamaan • Penyaluran hobi dan keinginan yang positif 	<p>Kuesioner</p>	<p>Rasio</p>	<p>Nilai sikap berkisar antara 10-50</p>

4.6 Prosedur penelitian/Pengumpulan Data

Langkah awal peneliti adalah menentukan jumlah populasi dari siswa yang terdaftar di SMAN 1 ponggok. Populasi adalah kelas X dan XI kecuali kelas XII, karena atas kebijakan sekolah kelas XII difokuskan untuk mengikuti persiapan UAN dan UAS. Sampel diambil dari populasi yang ada diambil dengan sistem *Simple Random Sampling* melalui undian pada tiap kelasnya sehingga terbentuk 2 kelompok, yaitu perlakuan (XI IPA I) dan kontrol (X B). Kelompok

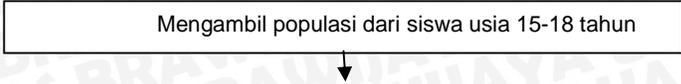
perlakuan diberikan GCM (*Gold Chain Methode*) sedangkan kelompok kontrol hanya diberikan penyuluhan kesehatan. Peneliti mengidentifikasi siswa yang sesuai dengan kriteria inklusi. Selanjutnya siswa tersebut dilakukan pretest dengan pedoman pada kuesioner yang telah dibuat peneliti dengan mengadopsi sistem mentoring dan dari Departemen Kesehatan (2006).

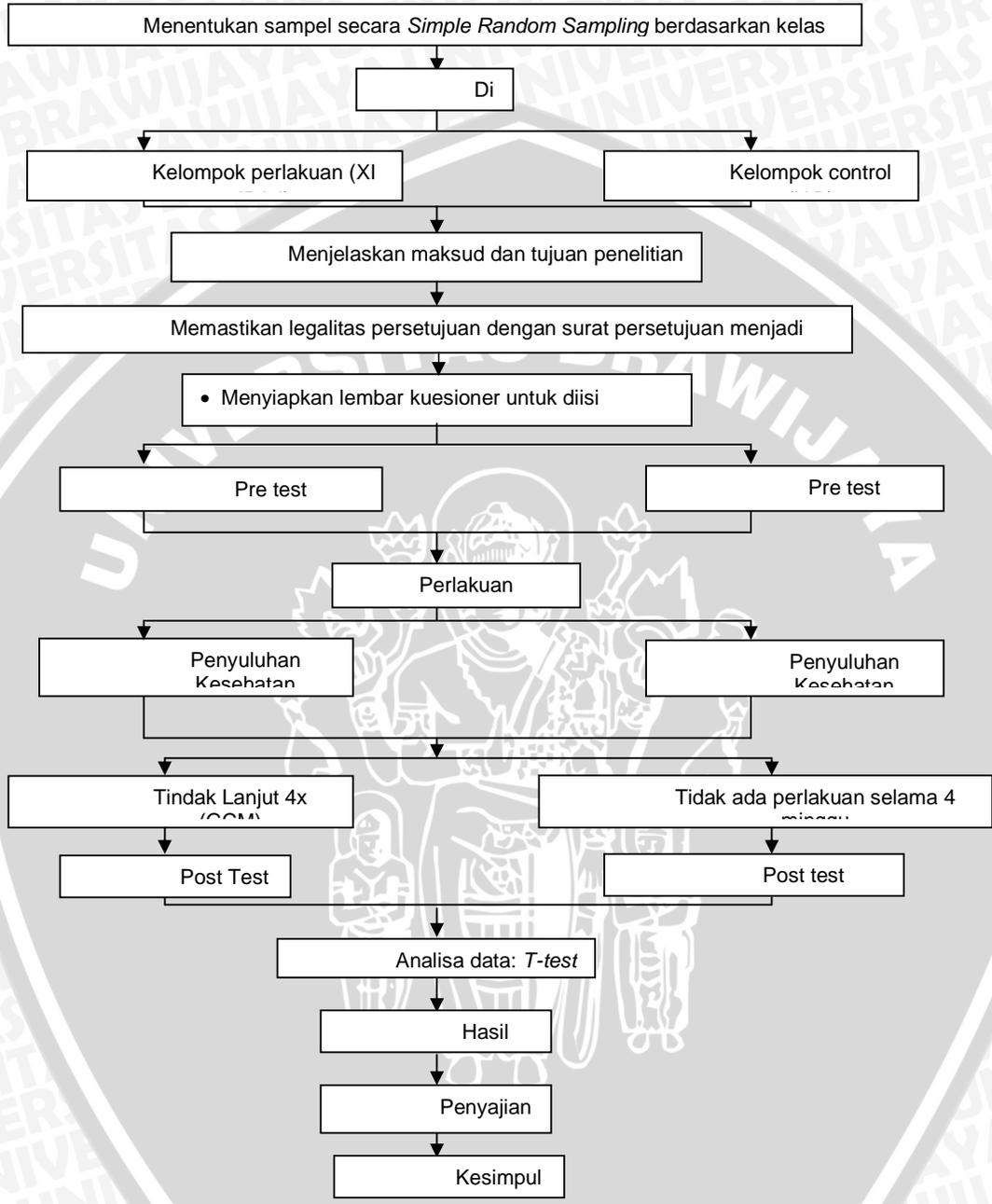
Pengumpulan data menggunakan instrument yang berupa kuesioner tertutup (*pretest dan posttest*). *Pretest* dilakukan 30 menit sebelum perlakuan dilakukan (GCM dan Penyuluhan Kesehatan) dengan waktu yang bersamaan diantara dua kelompok tersebut. *Pretest* dilakukan untuk mengetahui tingkat pengetahuan dan sikap siswa SMAN 1 Ponggok Kecamatan Ponggok Kabupaten Blitar sebelum diberikan perlakuan. Siswa diminta menjawab 30 pertanyaan yang dibuat oleh peneliti berdasarkan apa yang diketahuinya.

Setelah dilakukan *pretest*, peneliti memberikan intervensi penyuluhan kesehatan pada kedua kelompok dengan frekuensi 1x di hari jumat pada jam pelajaran BK (Bimbingan Konseling) selama 1,5 jam dan untuk kelompok perlakuan (GCM) selanjutnya dilakukan kegiatan lanjutan 4x pertemuan (setiap hari selasa dan jumat). Karena ada kendala dengan jadwal kurikulum maka kegiatan GCM dilakukan jangka waktu 4 minggu. Setelah siswa mendapatkan intervensi dan kegiatan lanjutan di GCM telah terlaksana 4x, peneliti langsung melakukan *posttest* secara bersamaan diantara dua kelompok dengan menggunakan kuesioner untuk mengetahui tingkat pengetahuan dan sikap siswa pada kelompok kontrol ataupun perlakuan. Setelah semua data terkumpul, dilakukan penyuntingan data, *coding* dan tabulasi data.

4.7 Alur Penelitian

Mengambil populasi dari siswa usia 15-18 tahun





4.8 Analisa Data

Analisis data merupakan suatu proses atau analisis yang dilakukan secara sistematis terhadap data yang telah dikumpulkan.

Secara garis besar analisis meliputi 3 langkah. Antara lain :

1. Persiapan

Kegiatan dalam langkah persiapan ini adalah :

1. Mengecek nomor responden dan kelengkapan identitas siswa dalam kuesioner pengukuran tingkat pengetahuan dan sikap siswa dalam mencegah penyalahgunaan NAPZA
2. Mengecek kelengkapan data artinya memeriksa isi instrument dalam kuesioner tingkat pengetahuan dan sikap siswa dalam mencegah penyalahgunaan NAPZA

2. Tabulasi

Kegiatan dalam tabulasi data adalah :

1. Memberikan skor terhadap item-item yang perlu diberikan skor
2. Memberikan kode terhadap item-item yang tidak diberi skor
 - 1). Untuk skoring tingkat pengetahuan

Tiap pertanyaan berisi opsi benar dan salah, yang harus dipilih salah satunya, untuk benar akan dinilai 1 dan salah dinilai 0. Maka tingkat pengetahuan terhadap penyalahgunaan NAPZA adalah:

1. Tingkat pengetahuan tahu dengan skor 0-9
2. Tingkat pengetahuan memahami dengan skor 11-15
3. Tingkat pengetahuan menerapkan dengan skor 16-20

- 2). Untuk skoring sikap siswa

Tiap pertanyaan berisi option sangat setuju, setuju, kurang setuju dan tidak setuju, yang harus dipilih salah satunya. Untuk sangat setuju akan dinilai 3, setuju dinilai 2 dan kurang setuju dinilai 1 dan tidak setuju dinilai 0. Maka hasil ukur sikap siswa:

1. Sikap menerima dengan skor 10-20
2. Sikap merespon dengan skor 21-30
3. Sikap menghargai dengan skor 31-40
4. Sikap tanggungjawab dengan skor 41-50

Hasil jawaban responden yang telah diberi bobot dijumlahkan dan dibandingkan dengan skor tertinggi dikalikan 100%.

Rumus yang digunakan adalah :

$$N = \frac{Sp}{Sm} \times 100\%$$

Keterangan:

N = Nilai prosentase

Sp = Skor yang didapat

Sm = Skor maksimal

(Arikunto, 2002).

1. Analisa data univariat

Analisa data univariat dengan menggunakan rerata (*mean*), median, simpangan baku (*standart deviation*), rentangan (*ranges*) serta nilai minimal dan maksimal untuk mengetahui perubahan tingkat pengetahuan dan sikap siswa.

2. Analisa data bivariat

Data yang dihasilkan dari penelitian ini adalah non parametrik yang berdistribusi tidak normal dibuktikan dengan uji *Shapiro-wilk* pada software SPSS versi 16. Dari hasil analisa normalitas data didapatkan *P-value* = lebih kecil dari $\alpha = 0,05$ sehingga dapat disimpulkan bahwa data berasal berasal dari populasi yang terdistribusi tidak normal. Selain itu sebagai prasyarat juga dilakukan uji kesetaraan sampel

(homogenitas) pada kedua kelompok responden, dimana hasil uji kesetaraan adalah $P\text{-value} = .$ Karena $P\text{-value}$ lebih kecil dari $\alpha = 0,05$ maka dapat disimpulkan bahwa data berasal dari populasi yang tidak homogen.

Data diambil sebelum dan sesudah diberikan perlakuan sehingga sifat data adalah berpasangan dan berjumlah dua. Teknik analisis yang digunakan adalah uji-t (*Dependent Sample Test*) dan uji-t (*Independent Sample Test*) dengan menggunakan program SPSS. *Dependent Sample T-Test* digunakan sebelum eksperimen pada kedua kelompok sedangkan *Independent Sample T-Test* digunakan untuk menguji pengaruh variable independen terhadap variable dependen.

	Pre Test	Post Test
Kel. Kontrol (Penyuluhan Kesehatan)	<i>Dependent Sample T-Test</i>	<i>Dependent Sample T-Test</i>
Kel. Perlakuan (GCM)	<i>Dependent Sample T-Test</i>	<i>Dependent Sample T-Test</i>
Post GCM dibandingkan Post Penyuluhan Kesehatan		<i>Independent Sample T-Test</i>

4.9 Etika Penelitian

Etika Penelitian yang harus diperhatikan oleh peneliti adalah :

- a. Surat persetujuan (*informed consent*)

Tujuannya ialah guru yang memberikan persetujuan pada siswa yang mengikuti penelitian mengetahui maksud dan tujuan penelitian serta dampak yang diteliti selama pengumpulan data. Jika guru yang memberikan ijin siswanya sebagai responden bersedia diteliti, maka

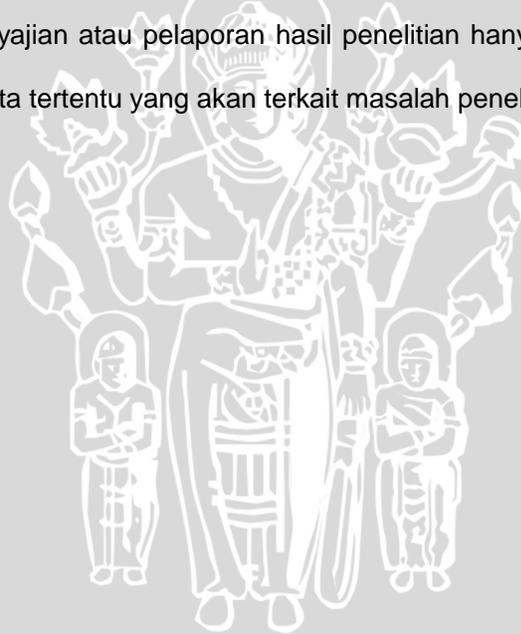
harus menandatangani lembar persetujuan. Jika menolak untuk diteliti, maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak klien.

b. Tanpa nama (*Anonimity*)

Untuk menjaga kerahasiaan identitas subyek, peneliti tidak akan mencantumkan nama subyek pada lembar pangumpulan data (kuisisioner) yang diisi oleh subyek. Lembar hanya diberi nomor kode tertentu.

c. Kerahasiaan (*Confidentially*)

Kerahasiaan informasi yang diberikan responden dijamin oleh peneliti. Penyajian atau pelaporan hasil penelitian hanya terbatas pada kelompok data tertentu yang akan terkait masalah penelitian.



BAB V

HASIL PENELITIAN DAN ANALISA DATA

Penelitian ini dilakukan di SMAN 1 Pongkok Blitar Jawa Timur pada tanggal 20 Februari 2012 sampai 30 Maret 2012. Jumlah responden 60 anak dari siswa kelas X B dan XI IPA 1, 30 anak pada kelompok perlakuan (XI IPA 1) dan 30 anak pada kelompok kontrol (X B).

5.1 Karakteristik Responden

Berdasarkan hasil pengkajian dan pengumpulan data pada saat di kelas didapatkan karakteristik responden sebagai berikut:

5.1.1 Berdasarkan jenis kelamin

Diagram 5.1 memperlihatkan bahwa distribusi responden terbanyak adalah berjenis kelamin perempuan dengan jumlah 36 siswa atau 60% dari 60 responden.

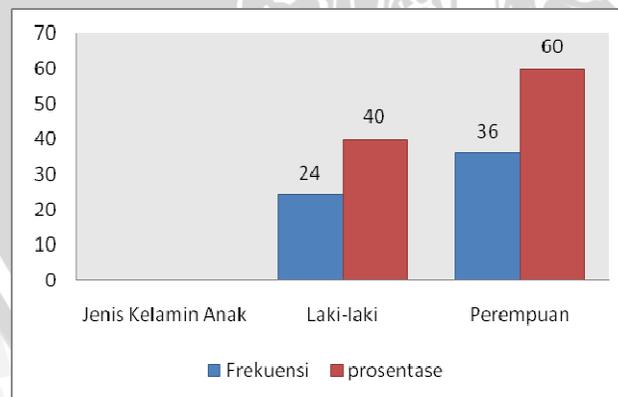


Diagram 5.1 Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di SMAN 1 Pongkok tahun 2012

5.1.2 Berdasarkan usia

Untuk mengetahui distribusi responden berdasarkan usia dapat terlihat pada diagram 5.2 dengan frekuensi responden terbesar adalah yang berusia 16 tahun dengan frekuensi 47% atau 28 siswa dari 60 responden. Sedangkan distribusi responden terkecil adalah yang berusia 14 tahun dan 18 tahun masing-masing sebesar 1% atau 1 siswa.

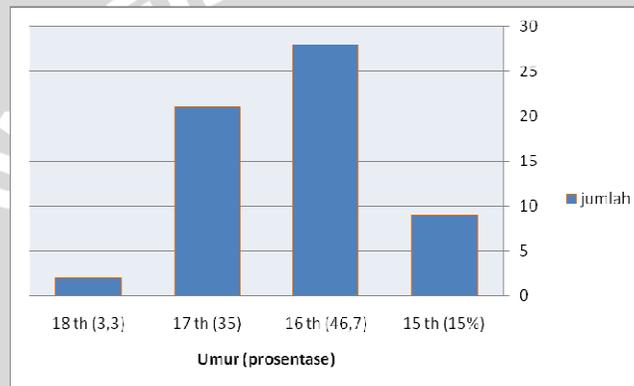


Diagram 5.2 Responden Berdasarkan Usia di SMAN 1 Pongkok tahun 2012

5.1.3 Berdasarkan asal sumber informasi mengenai NAPZA

Berdasarkan diagram 5.3 distribusi frekuensi berdasarkan asal sumber informasi mengenai NAPZA, sumber terbanyak berasal dari guru sejumlah 17 siswa atau 28% yang terkecil adalah berasal dari telepon genggam dengan 3% (2 siswa).

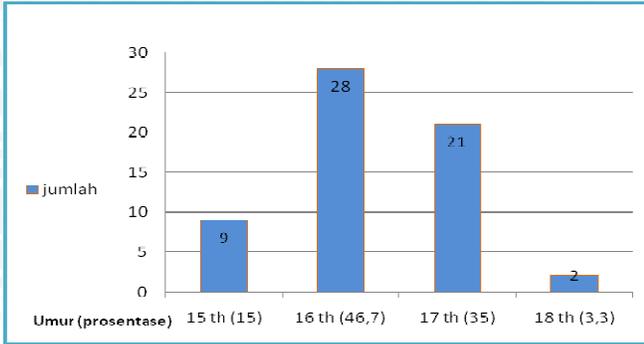


Diagram 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Asal sumber informasi mengenai NAPZA

5.1.4 Karakteristik responden berdasarkan lamanya waktu mendapatkan informasi mengenai NAPZA

Dari diagram 5.4 didapatkan bahwa sebagian besar siswa mendapat informasi dalam jangka waktu kurang dari 1 bulan sejumlah 53% (32 siswa) sedangkan terendah adalah 4-6 bulan sejumlah 5% (3 siswa).

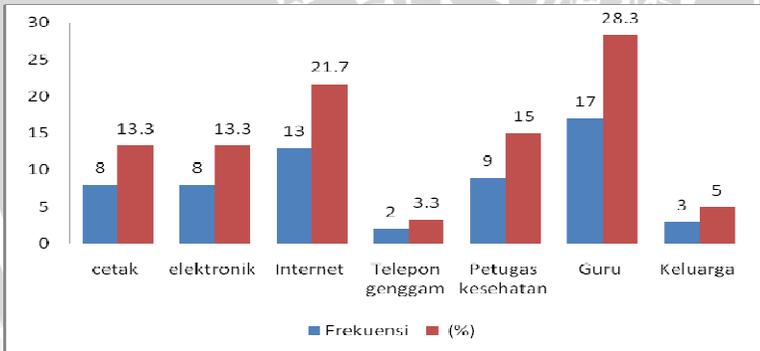


Diagram 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan waktu mendapatkan informasi mengenai NAPZA

5.2 Hasil Analisis Data

Penilaian pengetahuan dan sikap dilakukan sebelum dan sesudah dilakukan GCM (*Gold Chain Methode*) pada kelompok perlakuan dan memberikan penyuluhan pada kelompok kontrol dengan menggunakan pedoman modul yang memuat kegiatan tentang:

penyuluhan NAPZA dan SGD (*Small Group Discussion*) dengan menyampaikan materi, komunikasi efektif, sikap dan perilaku siswa dalam menghadapi NAPZA, konseling dan motivasi.

5.2.1 Hasil Uji Normalitas

Uji normalitas dilakukan untuk mengetahui apakah sebaran datanya normal atau tidak. Pada penelitian ini dipilih uji *Saphiro-Wilk* dengan pertimbangan jumlah sampel 30.

Tabel 5.1 Hasil uji normalitas variabel (sebelum perlakuan GCM bagi kelompok perlakuan dan penyuluhan kesehatan untuk kelompok control)

Variabel	Kelompok (nilai <i>p-value</i>)	
	Kontrol	Perlakuan
Tingkat pengetahuan	0,294	0,207
Sikap	0,390	0,189

Uji normalitas keduanya menunjukkan persebaran data normal dengan $p > 0,05$ sehingga untuk menguji hasil digunakan uji *T-test dependent* untuk uji 2 mean yang berpasangan dan *T-test Independent* untuk uji beda 2 mean tidak berpasangan.

5.2.2 Skor Tingkat Pengetahuan dan Sikap Sebelum adanya perlakuan

Tabel 5.2 Skor tingkat pengetahuan sebelum adanya GCM (*Gold Chain Methode*) pada kelompok perlakuan dan penyuluhan pada kelompok kontrol di SMAN 1 ponggok

Variabel (tingkat pengetahuan)	Kelompok (n=30)	
	Kontrol	Perlakuan
Min	11	11
Max	18	19
Mean	14,97	14,77
Std Dev	1,65	2,71

Pada table 5.2 terlihat bahwa nilai rata-rata skor tingkat pengetahuan terhadap NAPZA pada kelompok perlakuan sebelum dilakukan GCM adalah 14,77 dengan standar deviasi 2,712. Sedangkan pada kelompok kontrol rata-rata skor tingkat pengetahuannya adalah 14,97 dengan standar deviasi 1.650.

Tabel 5.3 Skor sikap sebelum adanya GCM (Gold Chain Methode) pada kelompok perlakuan dan pemberian penyuluhan pada kelompok kontrol di SMAN 1 ponggok

Variabel (tingkat pengetahuan)	Kelompok (n=30)	
	Kontrol	Perlakuan
Min	16	30
Max	46	46
Mean	38,7	37,93
Std Dev	6,9	4,07

Pada table 5.3 terlihat bahwa nilai rata-rata skor sikap terhadap pencegahan NAPZA sebelum dilakukan perlakuan adalah 38,7 dengan standar deviasi 6,9. Sedangkan pada kelompok kontrol rata-rata skor tingkat pengetahuannya adalah 37,93 dengan standar deviasi 4,07.

5.2.3 Skor Tingkat Pengetahuan dan Sikap Sebelum dan Sesudah dilakukan perlakuan

Tabel 5.4 Skor analisa tingkat pengetahuan dan sikap sampel sebelum dan sesudah dilakukan GCM (Gold Chain Methode) pada kelompok perlakuan dan penyuluhan pada kelompok kontrol

5.4.1 Tingkat Pengetahuan

Variabel	Kelompok	Mean			t	p-value
		pre	post	Pre-post		
Skor pengetahuan pre-post	perlakuan	14,77	19,2	1,87	-3,537	0,001
	kontrol	14,97	15,07	0,1		

5.4.2 Sikap

Variabel	Kelompok	Mean			t	p-value
		pre	post	Pre-post		
Skor sikap pre-post	perlakuan	37,93	41,63	3,7	-6,277	0,000
	kontrol	38,77	7,77	-0,93	0,512	0,779

Untuk melihat pengaruh pemberian perlakuan (GCM) terhadap tingkat pengetahuan dan sikap pada pencegahan NAPZA di SMAN 1 Pongok, peneliti menggunakan uji *Dependent T-test*. Pada table 5.4 terlihat pada kelompok perlakuan terdapat peningkatan skor pengetahuan rata-rata 1,87 dengan standar deviasi 0,999 ini menghasilkan P-value = 0,001. Untuk sikap pada kelompok perlakuan terdapat peningkatan 3,7 dengan standar deviasi -4,416 dengan P-value 0,000. Karena P-value < α (0,05) maka H₀ ditolak. Hal ini menyatakan ada pengaruh pemberian GCM terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap terhadap pencegahan NAPZA.

Sementara sebagai pembandingan pada kelompok kontrol yang hanya diberikan penyuluhan di kelas terjadi peningkatan skor tingkat pengetahuan rata-rata 0,1 dengan standar deviasi 1,36. Sedangkan sikap mengalami penurunan – 0,97 dengan standar deviasi 0,523. Hal ini menunjukkan bahwa memberikan materi dalam kelas pada kelompok kontrol juga terjadi peningkatan tingkat pengetahuan.walaupun tidak signifikan sedangkan sikap mengalami penurunan.

5.2.4 Analisa perbandingan skor tingkat pengetahuan dan sikap pada kelompok perlakuan dan kontrol setelah perlakuan

5.5 Tabel analisa perbandingan skor tingkat pengetahuan dan sikap sampel setelah dilakukan GCM (Gold Chain Methode) pada kelompok perlakuan dan penyuluhan kesehatan pada kelompok kontrol di SMAN 1

Variabel	Kelompok	Jumlah sampel	mean		t	P-Value
			post	Post perlakuan-post kontrol		
Skor pengetahuan post perlakuan-post kontrol	Perlakuan	30	19,2	1,87	-5,077	0,047
	Kontrol	30	15,07			

Pongkok

5.5.1 Pengetahuan

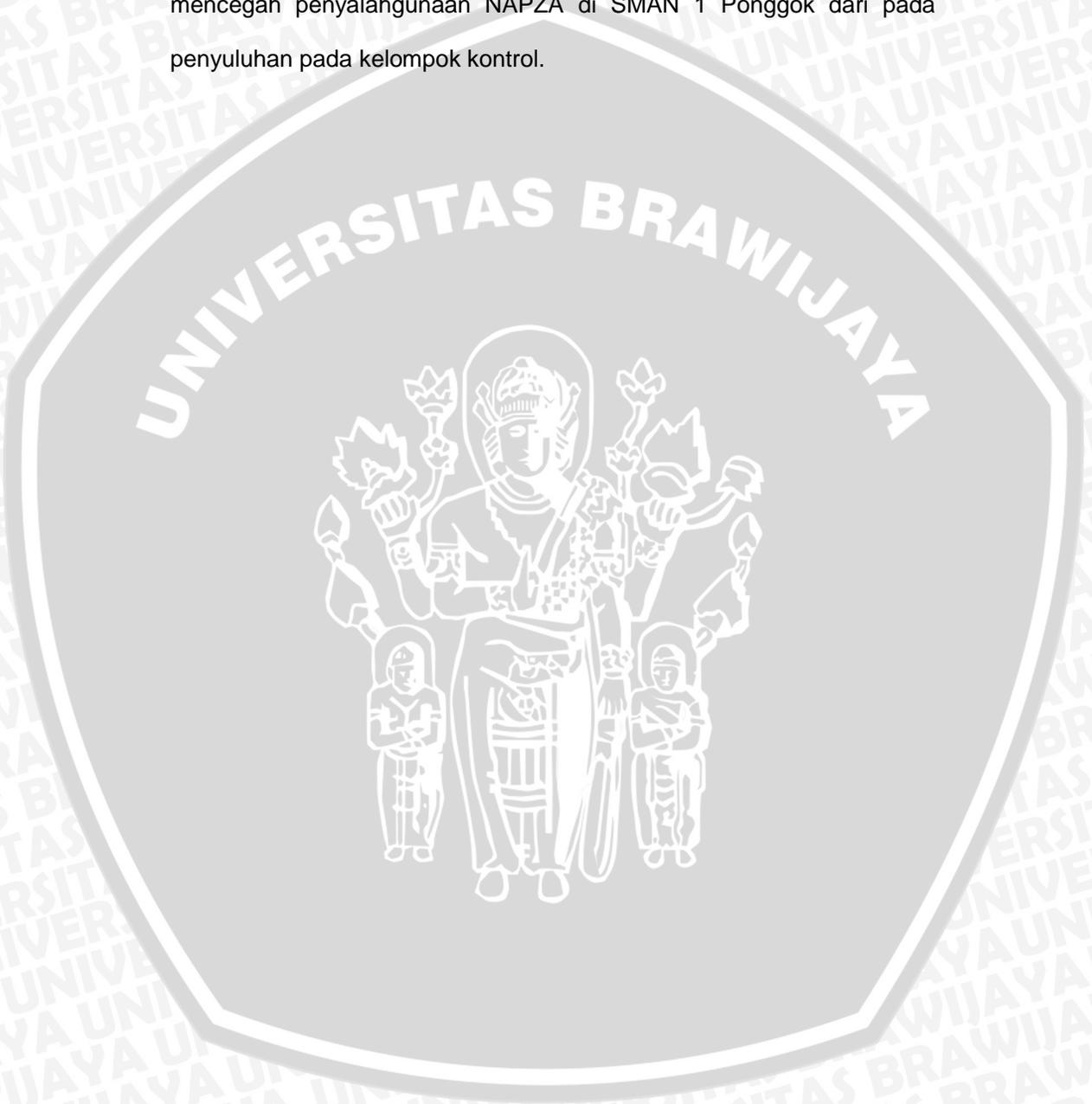
5.5.2 Sikap

Variabel	Kelompok	Jumlah sampel	mean		t	P-Value
			Post	Post perlakuan-post kontrol		
Skor sikap post perlakuan-post kontrol	Perlakuan	30	41,63	3,7	-4,416	0,000
	Kontrol	30	37,77			

Untuk menguji efektifitas antara pelaksanaan GCM (Gold Chain Methode) terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap antara kelompok kontrol dengan kelompok perlakuan maka dilakukan uji *Independent T-test* untuk melihat beda mean antara 2 kelompok yang tidak berpasangan.

Pada table 5.5.1 dan 5.5.2 menunjukkan hasil uji *Independent T-test* dengan *p-value* 0,047 pada pengetahuan dan 0,000 pada sikap karena peneliti menggunakan uji hipotesis satu sisi (one tailed) $H_1: \mu_1 < \mu_2$. Dan karena *p-value* lebih kecil daripada $\alpha = 0,05$ yang telah

ditetapkan maka $H_0 ; \mu_1 \geq \mu_2$ ditolak.. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan GCM pada kelompok perlakuan lebih efektif dalam mencegah penyalahgunaan NAPZA di SMAN 1 Ponggok dari pada penyuluhan pada kelompok kontrol.



BAB VI

PEMBAHASAN

Penelitian tentang pelaksanaan GCM (*Gold Chain Methode*) untuk mencegah penyalahgunaan NAPZA di laksanakan di SMAN Ponggok. Penelitian ini melibatkan 60 reponden yang terbagi menjadi 2 kelompok, yaitu kontrol dan perlakuan. Secara umum karakteristik responden yang diamati, ditemukan bahwa siswa SMAN 1 Ponggok sudah mulai mengenal dan mengetahui mengenai NAPZA mulai dari lingkungan, orang sekitar dan melalui materi kelas. Bahkan berdasarkan dari wawancara yang dilakukan peneliti dengan beberapa siswa kisaran usia 15-17 tahun, 40% menggunakan, misal: rokok, minuman beralkohol dan pil koplo

6.1 Tingkat pengetahuan dan sikap siswa SMAN 1 Ponggok sebelum dilakukan GCM (*Gold Chain Methode*) pada kelompok perlakuan dan penyuluhan pada kelompok kontrol

NAPZA (Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lain) merupakan bahan/zat/obat yang bila masuk kedalam tubuh manusia akan mempengaruhi tubuh terutama otak/susunan saraf pusat, sehingga menyebabkan gangguan kesehatan fisik, psikis, dan fungsi sosialnya karena terjadi kebiasaan, ketagihan (*adiksi*) serta ketergantungan (*dependensi*). Peredarannya dimasyarakat terutama remaja semakin meningkat sehingga dilakukan langkah pencegahan dalam mengurangi efek negatif yang ditimbulkan NAPZA. Argumentasi peneliti, langkah awal yang harus dilakukan adalah dengan meningkatkan pengetahuan

dan sikap terhadap NAPZA sehingga dapat terbentuk perilaku kuat yang dapat digunakan sebagai barier dalam bergaul.

Tingkat pengetahuan dan sikap pada kelompok perlakuan GCM dan kelompok kontrol pemberian penyuluhan, diukur menggunakan kuesioner. Dari pengukuran tersebut didapatkan pada kelompok perlakuan skor pengetahuan sebelum diberikan GCM, terendah 11 dan yang tertinggi 20 dengan rata-rata skor 14,77 .untuk skor sikap, terendah 31 dan tertinggi 46 dengan rata-rata 37,93. Sedangkan pada kelompok kontrol, skor pengetahuan sebelum diberikan penyuluhan terendah 12 dan tertinggi 18 yang memiliki rata-rata 14,97. Sedangkan untuk skor sikap adalah terendah 16 dan tertinggi 53 dengan skor rata-rata 38,7.

Dilihat dari faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan dan sikap, faktor pendidikan dan pengalaman menjadi hal yang menonjol. Dimana 28% dari 60 responden menerima informasi NAPZA dari materi yang ada di kelas dengan waktu kurang dari 1 bulan adalah 53%. Selain itu, dari karakteristik responden berdasarkan usia dan jenis kelamin , distribusi responden terbanyak adalah berumur 16 tahun (47%) dan berjenis kelamin perempuan (60%).

Dari hasil penelitian, informasi yang diterima mengenai NAPZA lebih banyak diberikan di lingkungan sekolah, yang merupakan rumah kedua dalam lingkungan pergaulan remaja. Hal ini didukung dengan penelitian Laili Rahayuwati (2006) yang membuktikan bahwa keterlibatan institusi sekolah (guru) yang berkompeten dalam pendidikan kesehatan di lingkungan sekolah diperlukan dalam membantu

pencegahan penyebaran Narkoba dan HIV. Sarana yang digunakan dalam pencegahan berupa penyuluhan kesehatan ataupun melalui materi di dalam kelas. Hal ini hanya berjalan beberapa saat dan dalam waktu yang singkat serta dengan audien yang banyak.

Argumentasi peneliti berdasarkan hasil penelitian, keefektifan pencegahan melalui sarana penyuluhan kesehatan perlu dikaji ulang. Hal ini terlihat dari hasil kuesioner dan pengamatan selama kurang lebih satu bulan, dimana respon yang terlihat tidak menunjukkan perubahan antara kelas yang menjalani penyuluhan kesehatan ataupun tidak. Menurut Arsyad, (2005) Dalam proses menerima informasi seseorang perlu melibatkan semua panca indera. Semakin banyak panca indera yang dilibatkan dalam menerima sesuatu, semakin kompleks pengetahuan yang didapatkan. Untuk mendapatkan pengetahuan yang kompleks dalam proses belajar diperlukan penggunaan media sebagai alat bantu yang disebut media komunikasi. Namun dalam penyuluhan yang pernah dilakukan hal ini belum dioptimalkan dalam penyuluhan di lingkungan SMAN 1 Ponggok.

Menurut Rogers (1971) dalam teori *Innovation Decision Process*, yang diartikan sebagai proses kejiwaan yang dialami oleh seorang individu, sejak menerima informasi/pengetahuan tentang suatu hal yang baru, sampai pada saat dia menerima atau menolak ide baru itu. Menurut Shoemaker (1971), proses adopsi inovasi itu melalui lima tahap, yaitu : 1) mengetahui/menyadari tentang adanya ide baru itu (*awareness*); 2) menaruh perhatian terhadap ide itu (*interest*); 3) memberikan penilaian

(*evaluation*); 4) mencoba memakainya (*trial*), dan kalau menyukainya; 5) menerima ide baru (*adoption*).

Dari hasil penelitian yang dilakukan di SMAN 1 Ponggok didapatkan data tingkat pengetahuan dan sikap pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan dalam tabel 5.2 menggambarkan bahwa informasi yang diterima hanya sekedar diterima namun belum dipahami dan diadopsi. Apabila disesuaikan dengan teori Roger (1971) maka dapat disimpulkan bahwa responden kebanyakan hanya bertahan pada tahap 1-3 dimana mereka hanya sebatas mengetahui hingga *interest* terhadap materi penyuluhan. Hal ini bila dibiarkan dan tidak dilakukan perubahan maka akan membahayakan remaja terutama siswa SMA terhadap perkembangan NAPZA

6.2 Tingkat pengetahuan dan sikap siswa SMAN 1 Ponggok setelah dilakukan GCM (*Gold Chain Methode*) pada kelompok perlakuan dan penyuluhan pada kelompok kontrol

Dari hasil pengukuran skor pengetahuan dan sikap setelah pelaksanaan GCM pada kelompok perlakuan, didapatkan peningkatan skor pengetauntuk pengetahuan dan sikap dengan rata-rata 1,87 dan 3,7. Untuk skor pengetahuan dari yang semula 14,77 menjadi 19,2, dan untuk skor sikap dari yang semula 37,93 menjadi 41,63. Hal ini dapat dijadikan alternative dalam mencegah pnyalahgunaan NAPZA di lingkungan remaja.

Dari hasil uji *dependen T-test* yang dilakukan untuk melihat kemaknaan penurunan beda rata-rata 2 mean berpasangan ini didapatkan nilai *p-value* 0,001 untuk skor pengetahuan dan *p-value*

0,000 untuk skor sikap. Hal ini berarti bahwa H_0 ditolak Karena p -value lebih kecil dari $\alpha(0,05)$ dan menunjukkan bahwa GCM memiliki pengaruh yang signifikan terhadap peningkatan tingkat pengetahuan dan sikap dalam mencegah penyalahgunaan NAPZA.

GCM merupakan termasuk salah satu adopsi dari sistem mentoring (kelompok kecil siswa dalam mengkaji Islam) dengan mengoptimalkan peran anggota fasilitator dan *Peer to peer education* yang dilakukan secara berkelompok (± 12 siswa) dengan posisi melingkar, terdiri dari leader, observer, fasilitator dan peserta. Metode ini dilaksanakan dalam lingkup sekolah dengan mengoptimalkan peran siswa dan guru sedangkan fasilitator mempunyai peran murni sebagai pendamping (BKNM, 2010).

Pelaksanaan GCM dalam mencegah penggunaan NAPZA adalah dengan menggabungkan beberapa metode, antara lain: tutorial, pemberian tugas dan peran, pembinaan kepribadian dan religious, serta *fun game* (permainan mendidik yang berhubungan dengan materi). Hal ini sesuai dengan definisi usaha promosi kesehatan yang sedang dilakukan oleh Depkes RI (2010) dimana umumnya pelaksanaan dalam promosi terutama untuk kesehatan akan lebih efektif dengan melibatkan tidak hanya satu metode, melainkan gabungan dari beberapa metode, seperti: metode permainan yang dilanjutkan dengan metode diskusi dan ceramah atau metode ceramah dilanjutkan diskusi dan tanya jawab serta penugasan.

Dalam mencegah NAPZA aspek spiritual dan psikologis mempunyai peran penting, terutama untuk remaja yang memasuki masa

peralihan. Argumentasi peneliti didukung dengan hasil penelitian dari Priyatno (1996) dimana dasar dari dalam diri yang kuat dapat dijadikan sebagai *barier* dalam lingkungan pergaulan dan pengaruh dari eksternal. Dalam proses pelaksanaan GCM terjadi proses kognitif saat individu memperoleh informasi mengenai objek sikap. Proses kognitif ini dapat terjadi melalui pengalaman langsung ataupun tidak langsung berdsrkan diskusi dan pengalaman (Eagly & Chaiken, 1993). Selain itu terjadi proses lain yang dapat membentuk sikap adalah afektif dan perilaku. Proses afektif, dikemukakan oleh Zanna, Kiesler, dan Pilkonis (1970) dapat membentuk sikap pada individu.

Dengan adanya peningkatan pengetahuan dan sikap maka siswa dapat diorientasikan kepada hal-hal yang positif. Hal ini dapat dijadikan sebagai dasar menjadikan mereka menjadi kader kesehatan sekolah yang berupaya membantu pihak sekolah melalui bimbingan guru untuk memberantas NAPZA.

Pada kelompok kontrol diberikan penyuluhan kesehatan sebagai pembanding dan untuk memenuhi aspek etik penelitian. Dari hasil uji beda 2 mean berpasangan *pre-post* pelaksanaan penyuluhan kesehatan dalam menggunakan uji *dependen T-test* didapatkan mean untuk skor pengetahuan 0,1 dan sikap -0,93 dengan *p-value* 0,267 untuk tingkat pengetahuan dan 0,102 untuk sikap. Hal ini menunjukkan pelaksanaan penyuluhan kurang memberikan efek yang signifikan dalam pencegahan penyalahgunaan NAPZA.

Penyuluhan kesehatan merupakan penambahan pengetahuan dan kemampuan seseorang melalui tehnik praktek belajar atau instruksi

dengan tujuan mengubah atau mempengaruhi perilaku manusia secara individu, kelompok maupun masyarakat untuk dapat lebih mandiri dalam mencapai tujuan hidup sehat (Depkes, 2002). Dalam pelaksanaannya penyuluhan kesehatan lebih mengedepankan pengetahuan (aspek kognitif) sehingga peserta yang mengikuti penyuluhan lebih banyak tahu namun kurang paham aplikasinya.

Berdasarkan penelitian dan wawancara peneliti kepada beberapa guru dan siswa penyuluhan kesehatan yang dilakukan biasanya hanya 1x dalam setahun dan singkat. Padahal menurut Notoatmojo (2005) keberhasilan suatu penyuluhan kesehatan dapat dipengaruhi oleh faktor penyuluh, sasaran dan proses penyuluhan. Apabila salah satu aspek tidak terpenuhi maka tujuan penyuluhan kesehatan tidak akan tercapai.

Beberapa permasalahan yang dihadapi dalam penyuluhan kesehatan, antara lain: dimana penyuluhnya kurang persiapan, kurang menguasai materi yang akan dijelaskan, penampilan kurang meyakinkan sasaran, bahasa yang digunakan kurang dapat dimengerti oleh sasaran, suara terlalu kecil dan kurang dapat didengar serta penyampaian materi penyuluhan terlalu monoton sehingga membosankan. Selain itu mengenai faktor sasaran, misalnya tingkat pendidikan terlalu rendah sehingga sulit menerima pesan yang disampaikan, tingkat sosial ekonomi terlalu rendah sehingga tidak begitu memperhatikan pesan-pesan yang disampaikan karena lebih memikirkan kebutuhan yang lebih mendesak, kepercayaan dan adat kebiasaan yang telah tertanam sehingga sulit untuk mengubahnya,

kondisi lingkungan tempat tinggal sasaran yang tidak mungkin terjadi perubahan perilaku.

Proses dalam penyuluhan juga berpengaruh, misalnya waktu penyuluhan tidak sesuai dengan waktu yang diinginkan sasaran, tempat penyuluhan dekat dengan keramaian sehingga mengganggu proses penyuluhan yang dilakukan, jumlah sasaran penyuluhan yang terlalu banyak, alat peraga yang kurang, metoda yang digunakan kurang tepat sehingga membosankan sasaran serta bahasa yang digunakan kurang dimengerti oleh sasaran (Notoatmojo, 2005).

Hasil penelitian membuktikan bahwa penyuluhan yang telah dilakukan diSMAN 1 Ponggok belum menunjukkan perubahan yang optimal. Hal ini dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor diatas dan menjadi penting untuk diperhatikan ketika petugas kesehatan diminta untuk mengabdikan kepada masyarakat. Dengan mengupayakan berbagai model pencegahan dapat menjadi referensi asuhan keperawatan yang sesuai dengan sasarnya sehingga dapat terjadi perubahan dan adaptasi ide ataupun pelaksanaan.

6.3 Perbedaan efektifitas GCM (*Gold Chain Methode*) dan penyuluhan kesehatan

Telah dibahas di sub bab 6.2 sebelumnya, bahwa pemberian GCM memiliki signifikansi dalam meningkatkan tingkat pengetahuan dan sikap siswa SMAN 1 Ponggok dalam mencegah penyalahgunaan NAPZA. Hal ini dapat terlihat jelas dari hasil uji beda 2 mean tidak berpasangan atau yang lebih dikenal dengan *Independent t-test*.

Independent t-test bertujuan menguji perbedaan 2 mean kelompok data independen (Sabri, 2006)

Hal ini dimungkinkan karena GCM dalam pelaksanaannya terjadi berulang dengan media menarik dan dalam kelompok yang kecil. Penyampaian dan penerimaan informasi dalam pelaksanaan GCM lebih mudah dilakukan dengan memodifikasi dari proses penyuluhan kesehatan yang selama ini telah diterapkan. Sedangkan pada penyuluhan kesehatan, dengan waktu yang singkat dan monoton membuat siswa hanya sekedar mendengarkan. Selain itu mereka hanya dapat informasi dari materi dan guru didepan kelas tanpa adanya diskusi langsung tentang pembahasan NAPZA.

Dalam pelaksanaan GCM siswa dapat berbagi dan mencari ilmu dari teman sebayanya, dimana mereka lebih banyak aktif ketika berdiskusi dan berbagi pengalaman mengenai NAPZA di lingkungan mereka. Dari 30 siswa yang mendapatkan GCM dibagi menjadi 4 kelompok secara acak dimana masing-masing kelompok didampingi oleh fasilitator yang ahli dalam bidangnya. Dalam pelaksanaannya, dengan jumlah peserta yang sedikit maka pendekatan spiritual dan psikologis lebih mudah dilakukan dan dapat mempererat hubungan personal sehingga mudah tercipta lingkungan kondusif untuk berbagi. Selain itu dengan memosisikan sebagai teman maka informasi yang didapat oleh faslitator lebih banyak. Argumentasi ini didukung oleh hasil penelitian dimana dari pelaksanaan GCM siswa menjadi aktif dan saling berbagai mengenai pengalamannya “berkenalan” dengan NAPZA.

Selain itu dalam pelaksanaannya, guru lebih aktif dalam penyuluhan kesehatan sedangkan dalam GCM siswa yang harus menjadi aktif dan peran fasilitator hanya mendampingi serta meluruskan diskusi. Disinilah peran yang membedakan efektifitas antara GCM dengan penyuluhan kesehatan terhadap kondisi remaja di sekolah. Dimana GCM mampu membimbing melalui faktor kognitif, afektif, spiritual dan psikososial sedangkan penyuluhan kesehatan tidak dan efek yang ditunjukkan lebih pada faktor kognitif. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan GCM lebih efektif dan signifikan untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap dalam mencegah penyalahgunaan NAPZA.

6.4 Keterbatasan penelitian

Peneliti menyadari bahwa penelitian ini masih banyak memiliki keterbatasan yang tidak dapat dikontrol oleh peneliti, yang diantaranya adalah:

a. Keterbatasan dalam pengumpulan data dari responden

Peneliti mengkhususkan penelitian efektifitas pengaruh GCM dengan penyuluhan kesehatan terhadap tingkat pengetahuan dan sikap, maka perilaku yang ditampilkan tidak dimasukkan dalam variabel yang diteliti sebagai data pendukung. Selain itu beberapa faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi terjadinya peningkatan tingkat pengetahuan dan sikap seperti faktor dukungan keluarga, ekonomi, lingkungan dan tingkat pendidikan tidak peneliti masukkan kedalam variabel penelitian.

Untuk penelitian sejenis lainnya diharapkan keterbatasan ini dapat diminimalkan dengan memasukkan variabel-variabel lainnya seperti faktor perilaku sebagai pembanding dan penguat dari hasil penelitian ini. Dikarenakan pada pencegahan penyalahgunaan NAPZA yang diperlukan bukan hanya peningkatan tingkat pengetahuan dan sikap namun juga perubahan dalam tingkah laku.

- b. Keterbatasan dalam mengontrol faktor –faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan dan sikap

Peneliti berfokus pada peningkatan tingkat pengetahuan dan sikap terhadap pencegahan penyalahgunaan NAPZA, peneliti tidak mengintervensi penyebab dari perubahan yang terjadi. Dimana, walaupun secara umum respon siswa meningkat namun faktor penyebab penggunaan NAPZA semakin banyak dan canggih serta berpotensi menimbulkan serangan keinginan untuk mencoba NAPZA.

Diharapkan pada penelitian selanjutnya selain mencari dan menguji kebenaran hipotesis juga memberikan solusi terhadap treatment pada faktor yang menyebabkan terjadinya kasus penyalahgunaan NAPZA agar responden memiliki nilai tambah dalam mengikuti penelitian selanjutnya.

BAB VII PENUTUP

7.1 KESIMPULAN

Secara umum dari penelitian ini dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan GCM (*Gold Chain Methode*) memberi pengaruh berupa peningkatan tingkat pengetahuan dan sikap siswa SMAN 1 Ponggok dalam upaya mencegah penyalahgunaan NAPZA. Dengan mengacu pada hasil berikut:

1. Tingkat pengetahuan dan sikap sebelum pelaksanaan GCM memiliki skor rata-rata (mean) 14,7 untuk pengetahuan dan 37,93 untuk sikap. sedangkan pada kelompok kontrol sebelum pemberian penyuluhan kesehatan memiliki skor rata-rata 14,97 untuk pengetahuan dan 38,7 untuk sikap.
2. Tingkat pengetahuan dan sikap setelah pelaksanaan GCM memiliki skor rata-rata (mean) 19,2 untuk pengetahuan dan 41,83 untuk sikap. sedangkan pada kelompok kontrol setelah adanya penyuluhan kesehatan memiliki skor rata-rata 15,07 untuk pengetahuan dan 37,7 untuk sikap.
3. Hasil analisa ansietas pre-post kelompok perlakuan menghasilkan *p-value* 0,001 untuk tingkat pengetahuan dan 0,000 untuk sikap, karena nilai $p < \alpha$ (0,05) maka H_0 ditolak, ini berarti GCM berpengaruh terhadap peningkatan tingkat pengetahuan dan sikap sedangkan pada kelompok kontrol nilai *p-value* 0,267 untuk tingkat pengetahuan dan 0,102 untuk sikap, sehingga penyuluhan kesehatan belum menunjukkan perubahan

yang signifikan. Hal ini juga didukung dengan uji beda 2 mean bebas (*independent t-test*) didapatkan nilai $p = 0.047$ untuk tingkat pengetahuan dan $p = 0.000$ untuk sikap. Maka dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan GCM lebih efektif dan signifikan dalam penyalahgunaan NAPZA dibandingkan dengan penyuluhan kesehatan.

7.2 SARAN

1) Bagi Pengembangan Keilmuan

Kasus NAPZA yang semakin meningkat membuat berbagai pihak berupaya untuk mencegahnya, mulai dari keluarga, sekolah hingga pemerintahan. GCM dapat digunakan sebagai acuan atau alternatif pencegahan NAPZA yang dapat dimasukkan sebagai suplemen dalam bahasan permasalahan remaja pada bidang keilmuan keperawatan jiwa.

2) Bagi Penelitian

Penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar penelitian selanjutnya mengenai NAPZA maupun cara mengatasinya. Pada penelitian selanjutnya diharapkan peneliti yang berminat pada bahasan ini dapat meneliti tentang, pengaruh GCM terhadap perilaku siswa SMA dalam mencegah penyalahgunaan NAPZA di lingkungannya.

3) Bagi profesi Keperawatan

Berkembangnya masalah kesehatan bagi masyarakat terutama remaja mengenai NAPZA. GCM (*Gold Chain Methode*) dapat digunakan masukan dalam pengembangan praktek ilmu keperawatan sebagai proses pencegahan penyalahgunaan NAPZA dengan berdasarkan prinsip religious dan *peer to peer*.

4) Bagi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah referensi dalam menjalankan tugas perawat di lingkungan masyarakat, dimana tugas perawat salah satunya adalah mengabdikan untuk masyarakat. Selain itu, diharapkan dari penelitian ini dapat menjadi motivasi bagi calon perawat lainnya dalam menerapkan keilmuan di bidang keperawatan.

UNIVERSITAS BRAWIJAYA



DAFTAR PUSTAKA

Arsyad, Susanto S.1995. *Komunikasi Dalam Teori dan Praktik*. Universitas Pajajaran. Bina Cipta. Bandung.

Asril A. 1999. *Penyalahgunaan Narkotika, Alkohol, Psikotropika dan Zat Adiktif Lainnya*. Bandung : RSJP.Atmaja, TS. 2006. Narkoba dan Remaja, dikutip dari <http://www.bnn.co.id/> - Artikel.

Atmaja, TS. 2006. Narkoba dan Remaja, dikutip dari <http://www.bnn.co.id/> - Artikel.

Badan Khusus Mentoring Nasional. 2010. *Panduan penyelenggaraan mentoring Kampus*. Penerbit Musliformosis Publihsing, Bandung.

Badan Narkotika Nasional (BNN).2004. *Penelitian Penyalahgunaan dan Peredaran Gelap Narkoba di Indonesia Tahun 2003 dan 2004*. Jakarta: Badan Narkotika Nasional (BNN).

BKKBN. 2001. *Remaja Mengenai Dirinya*. Ditjen Binkesmas Depkes. Jakarta.

BNN. 2007. *Mengenal Penyalahgunaan Narkoba*. Ditjen Binkesmas Depkes. Jakarta.

BNN. 2009. *Narkoba di Indonesia*. Tim Data dan Info Artikel Litbang Info Badan Narkoba Nasional. Jakarta.

BNP Jatim. 2011. *Badan Narkotika Propinsi: Perbandingan Data Kejahatan penyalahgunaan Narkotika dan Psikotropika Tahun 2009 dan Tahun 2010 serta Trend Perkembangannya*. [http:// bnp.jatimprov.go.id](http://bnp.jatimprov.go.id). Surabaya.

Chaliq Abdul. 2010. *Penerapan Metode Halaqah dalam Kegiatan Pembelajaran di Pesantren (Studi Kasus di Lembaga Tinggi Pesantren Luhur Malang)*. Skripsi. Tidak diterbitkan. Fakultas Tarbiyah universitas Islam Negeri (UIN), Malang.

Clara R.P, Ajikusmo, dkk 2001, *Petunjuk Praktis Bagi Keluarga untuk Mencegah Penyalahgunaan Narkoba*. Jakarta.

DepKes RI 1999/2000, *Pedoman Penyebarluasan Informasi tentang Pencegahan Penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya*, Buku Pegangan bagi Pendidik. Ditjen Binkesmas Depkes. Jakarta.

Depkes.2001. *Pedoman Praktis Mengenai Penyalahgunaan NAPZA Bagi Petugas Puskesmas*. Dapat diakses di <http://dinkesjatim.go.id/erita-detail.html>, diakses pada tanggal 20 Oktober 2011.

Dinas Pendidikan Daerah. 2011. *Rekap Data Sekolah keseluruhan*. Dinas Pendidikan Kota/Kabupaten dan Sekolah se Indonesia. Blitar

DinKes Yogyakarta. 2011. Dinas Kesehatan: *Peran Keluarga dalam Menghadapi NAPZA*. dinkes.jogjaprov.go.id. Jogjakarta.

Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan. 2009. *70% Pengguna Narkoba di Indonesia adalah Anak Sekolah*, (online) http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:fcwvEhOyguQJ:www.facebook.com/note.php%3Fnote_id%3D113773073183+angka+penyalahgunaan+narkoba+di+Indonesia&cd=3&hl=id&ct=clnk&gl=id, diakses tanggal 15 Oktober 2011.

Dirjen Pendidikan Dasar dan Menengah Di Rektorat pendidikan Umum. 1994. *Kurikulum SMA: Petunjuk Pelaksanaan Bimbingan dan Konseling*. Depdikbud. Jakarta.

Harlina M, Lidia. 2008. *Peran orang tua dalam mencegah dan menanggulangi penyalahgunaan narkoba*, -cet 2-, Balai Pustaka, Jakarta.

Hawari, D. 2002. *Penyalahgunaan & Ketergantungan Napza (Narkotika, Alkohol dan Zat Adiktif)*. Fakultas Kedokteran UI. Jakarta.

Hawari, D. 2009. *Penyalahgunaan Narkotika dan Zat Adiktif*. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Jakarta.

Iyus Yosep, SKp., MSi. 2008. *Pengenalan dan Perawatan Klien dengan Masalah Narkoba*. Makalah disajikan dalam Seminar Loka Karya Narkoba dan HIV AIDS, Universitas Diponegoro Semarang, Desa Gudang Kecamatan Tanjungsari Sumedang, 17 Januari 2008.

Jayanti, Kartika, dkk. 2011. *Faktor-faktor penyebab dan Life History*. Laporan Studi lapangan di Lembaga Perumahan Anak Blitar, (online) <http://www.scribd.com/doc/61370657/Laporan-Studi-Lapang-Di-Lembaga-Perumahan-Anak-Blitar>, diakses tanggal 14 Oktober 2011.

Julaiha, Siti. 2000. *Penanggulangan Kenakalan Remaja (Studi atas teori Etika Ibnu Miskawaih)*. Skripsi Sarjana Tarbiyah. Perpustakaan Tarbiyah. Banjarmasin.

Keluarga & Narkotika, Tinjauan Sosial Psikologis. 2002. Penerbit Arcan. Jakarta.

Kilpatrick, D. G., R. Acierno, B. Saunders, H. S. Resnick, C. L. Best dan P. P. Schnurr (2000). "Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: Data from a national sample." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* **68**(1): 19-30.

Lubis H, Satria. 2006. *Buku Pintar Mengelola Halaqah*. Fatahillah Bina Alfikri (FBA). Jakarta

Luthfiani. 2011. *Pengaruh Pendidikan Kelompok Sebaya Terhadap Pengetahuan dan Sikap Remaja Tentang Resiko Penyalahgunaan Narkoba di SMA kecamatan Medan Helvetia Kota Medan*. (Abstract). Universitas Sumatra Utara, 14-17.

M. Ridwansyah. 2008. *Pembinaan Sikap Keberagaman Siswa Melalui program Mentoring Ekstrakurikuler Rohani Islam (ROHIS) di SMAN Unggulan 57 Jakarta*. Skripsi. Tidak diterbitkan, Fakultas Ilmu Tarbiyah dan Keguruan Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah, Jakarta.

Munir Rozy (Ketua Pengurus Besar Nahdlatul Ulama (PBNU)). 2006. *Cegah Narkoba dengan Pendidikan Agama*, "Disampaikan sebagai sambutan pembukaan pada *International Conference of Faith Based Organizations/Islamic Scholars on Drug Policies and Strategies*" di Hotel Sari Pan Pacific, Jakarta, Senin, 27 Februari.

Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta. Jakarta.

Notoatmodjo, Soekidjo. 2005. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Rineka Cipta. Jakarta.

PPK UI dan BNN RI. 2010. *Ringkasan Survei Narkoba Rumah Tangga Tahun 2010*. Pusat penelitian Kesehatan UI dan Badan Narkotika Nasional RI. Jakarta.

Rusmiyati, dkk. 2003. *Panduan Mentoring Agama Islam*. Iqra Club. Jakarta.

Ruswandi, M. 2004. *Games for Islamic Mentoring*. Syamil Cipta Media. Bandung.

Sukini. 2009. *Pengaruh Pendidikan Kesehatan tentang NAPZA Terhadap Pengetahuan dan Sikap Siswa Kelas III SMK Muhammadiyah Kartasura*. Skripsi tidak diterbitkan. Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah. Surakarta.

Supriyono, Arif. 2006. *Mencegah Narkoba dari Keluarga*. Di unduh dari http://www.bnn.go.id/portalbaru/portal/konten.php?nama=StandarTritmenRehab&op=detail_standar_tritmen_rehab&id=3&mn=2&smn=e), diakses tanggal 11 Oktober 2011.

Tim Mentoring Pusat UB. 2009. *Buku Panduan Mentoring UB*. UAKI Press. Malang.

Tom, Kus, dkk. 1999. *Bahaya NAPZA Bagi Pelajar*. Yayasan Al-Ghifari. Bandung.

UNBB. 2011. Universitas Negeri Bangka Belitung: *Remaja dan Narkoba*. <http://www.ubb.ac.id>, Bangka Belitung.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 22 Tahun 1997 tentang Narkotika.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 1997 tentang Psikotropika.

Widianti Efri, S.Kep., Ners. 2007. *Remaja dan Permasalahannya: Bahaya Merokok, Penyimpangan Seks pada remaja, dan Bahaya Penyalahgunaan minuman Keras/Narkoba*. Makalah disajikan dalam penyuluhan Sosial mengenai remaja dan permasalahannya. Tsanawiyah Banuraja dan Tsanawiyah Al Ihsan Batujajar Kabupaten Bandung.

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Aprillia Nur'Aida

Nim : 0810720014

Institusi : Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran
Universitas Brawijaya Malang

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa penelitian saya ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan plagiat karya orang lain. apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa penelitian ini merupakan plagiat orang lain maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Malang, 28 September 2012
Yang membuat pernyataan,

(Aprillia Nur'Aida)
NIM : 0810720014

**PERNYATAAN TELAH MELAKSANAKAN PENELITIAN DAN
MEMENUHI ETHICAL CLEREANCE**

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Aprillia Nur'Aida

NIM : 0810720014

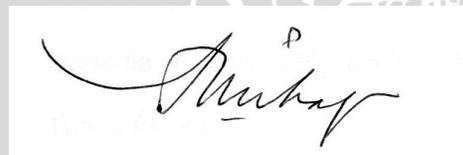
Jurusan : Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas
Brawijaya

Menyatakan bahwa saya telah melaksanakan proses pengambilan data penelitian sesuai dengan yang disetujui pembimbing dan telah memperoleh pernyataan kesediaan dan persetujuan dan kesediaan dari responden sebagai sumber data.

Malang, 28 September 2012

Pembimbing,

Yang membuat
pernyataan,

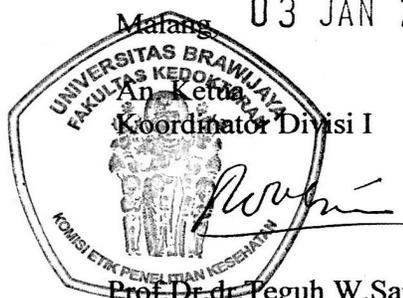


Drs. Psi Asmika, SKM. M Kes
NIP.194 909031 982032 001

Aprillia Nur'Aida
NIM. 0810720014

Mengetahui,
Tim Etik Penelitian Kesehatan FKUB

Malang, 03 JAN 2012



Prof. Dr. Teguh W. Sardjono, DTM&H, MSc, SpParK
NIP. 19520410 198002 1 001



**KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS BRAWIJAYA**

**KETERANGAN KELAIKAN ETIK
("ETHICAL CLEARANCE")**

No. /KEPK-FKUB/ EC / / /2007

Setelah Tim Etik Penelitian Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya mempelajari dengan seksama rancangan penelitian yang diusulkan :

Judul : Perbedaan Efektifitas Gold Chain method (GCM) dengan Penyuluhan Kesehatan Terhadap Tingkat Pengetahuan dan Sikap Siswa SMAN 1 Ponggok dalam Upaya pencegahan Penyalahgunaan NAPZA

Peneliti : Aprillia Nur'Aida

NIM : 0810720014

Unit / Lembaga : Jurusan Keperawatan

Tempat Penelitian : SMAN 1 Ponggok desa Gembongan, kecamatan Ponggok Kabupaten Blitar

Maka dengan ini menyatakan bahwa penelitian tersebut telah memenuhi syarat atau laik etik.

Malang,
An. Ketua
Koordinator Divisi I,

Prof..Dr.dr. Teguh Wahyu Sardjono DTM& H, MSc, SpPark
NIP.19520410 198002 1 001





FORMULIR ETIK PENELITIAN KESEHATAN

1.	<p>Peneliti :</p> <p>Dibawah bimbingan komisi pembimbing</p> <p>a. Drs. Psi Asmika, SKM. M Kes</p> <p>b. Ns.Lilik Supriati, S. Kep., M Kep</p>
2.	<p>Judul Penelitian :</p> <p>Perbedaan Efektifitas Gold Chain method (GCM) dengan Penyuluhan Kesehatan Terhadap Tingkat Pengetahuan dan Sikap Siswa SMAN 1 Ponggok dalam Upaya pencegahan Penyalahgunaan NAPZA</p>
3.	<p>Subyek :</p> <p>Siswa kelas X dan XI SMAN 1 Ponggok Kecamatan Ponggok Kabupaten Blitar, yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi yang terdapat di dalam proposal.</p>
4.	<p>Perkiraan waktu Penelitian</p> <p>Penelitian dilakukan 3 minggu, 1x pretest dan mendapat perlakuan Penyuluhan Kesehatan yang dilakukan oleh (Badan Narkotika Kabupaten) dilanjutkan dengan kegiatan tindak lanjut 4x pertemuan dalam 2 minggu pada kelompok perlakuan GCM (Gold Chain Methode) setelah itu langsung dilakukan posttest pada kedua kelompok dan setiap kali pertemuan selama \pm 1 jam.</p>
5.	<p>Ringkasan usulan penelitian yang mencakup objektif/tujuan penelitian, manfaat/relevansi dari hasil penelitian dan alasan/motivasi untuk melakukan penelitian.</p> <p>Objektif/tujuan umum yang ingin dicapai adalah:</p> <p>Mengetahui perbedaan efektifitas GCM dengan Penyuluhan Kesehatan terhadap tingkat pengetahuan dan sikap siswa SMAN Ponggok dalam mencegah penyalahgunaan NAPZA</p> <p>Manfaat/relevansi dari hasil penelitian dan alasan/motivasi untuk melakukan penelitian</p>



	<p>Bagi profesi Keperawatan Sebagai masukan dalam pengembangan praktek ilmu keperawatan sebagai proses pencegahan penyalahgunaan NAPZA bahan dalam membantu pemerintah menanggulangi NAPZA.</p> <p>Bagi peneliti Hasil penelitian diharapkan dapat menambah pengetahuan dan wawasan peneliti tentang pengaruh GCM terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap mahasiswa dalam menanggulangi NAPZA sebagai bahan masukan atau sumber data penelitian selanjutnya dan mendorong pihak yang berkepentingan melakukan penelitian lebih lanjut.</p> <p>Bagi pihak sekolah dan aparat pemerintah Hasil penelitian diharapkan dapat membantu upaya pemerintah dan pihak sekolah dalam mencegah penyalahgunaan NAPZA/narkoba serta mampu membentuk kader yang eksis dalam jangka panjang.</p> <p>Alasan/motivasi untuk melakukan penelitian Mengembangkan dan mengaplikasikan Ilmu dalam Keperawatan Jiwa yang berhubungan dengan remaja karena GCM (<i>Gold Chain Methode</i>) dapat dilakukan dengan mudah, murah dan berefek panjang sehingga dapat dimasukkan kedalam proses pembelajaran di sekolah.</p>
<p>6.</p>	<p>Masalah etik (nyatakan pendapat anda tentang masalah etik yang mungkin dihadapi)</p> <p>Apabila subyek penelitian telah diberikan penjelasan mengenai tujuan, manfaat, prosedur, risiko yang mungkin ditimbulkan dan yang bersangkutan tetap bersedia menjadi subyek penelitian, diharapkan tidak dijumpai masalah etik. Untuk mengatasi rasa jenuh dan bosan serta meningkatkan semangat dalam mengikuti perlakuan, siswa mendapatkan <i>reward</i> berupa kue dan minuman. Agar prinsip <i>justice</i> tetap terjaga, maka pada pelaksanaan penelitian kelompok kontrol diberikan intervensi berupa penyuluhan kesehatan dengan metode yang sama dengan kelompok perlakuan.</p>
<p>7.</p>	<p>Bila penelitian ini menggunakan subyek manusia, apakah percobaan pada hewan sudah dilakukan?Bila belum, sebutkan alasan untuk pemulai penelitian ini pada manusia</p> <p>Belum, karena pada hewan coba tidak dapat mengukur tingkat</p>

	pengetahuan dan sikap, maka langsung dilakukan pada manusia.
8.	<p>Prosedur penelitian yang dilakukan :</p> <p>Sebelum melakukan penelitian, peneliti mengajukan permohonan ijin kepada Kepala Sekolah SMAN 1 Ponggok Kecamatan Ponggok Kabupaten Blitar. Setelah mendapatkan persetujuan peneliti mulai melakukan penelitian dengan memperhatikan masalah etika yang meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Pengajuan surat penelitian kepada Kepala sekolah SMAN 1 Ponggok Kecamatan Ponggok Kabupaten Blitar2) Mengajukan lembar persetujuan menjadi responden (<i>informed consent</i>) Sebelum lembar persetujuan diberikan kepada subyek penelitian, peneliti mengenalkan identitas peneliti, menjelaskan maksud dan tujuan, lama dalam partisipasi , dampak, keuntungan yang mungkin terjadi selama dan sesudah pengumpulan data. Selain itu peneliti juga menjelaskan kepada siapa subyek penelitian bertanya jika ada pertanyaan, dan juga menjelaskan bahwa partisipasi dalam penelitian ini adalah sukarela. Setelah diberi penjelasan, lembar persetujuan ini diberikan pada subyek yang akan diteliti. Jika subyek bersedia untuk diteliti maka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika menolak maka peneliti tidak memaksa dan tetap menghormati hak-hak subyek. Pengajuan lembar persetujuan menjadi responden kepada Siswa kelas X dan XI SMAN 1 Ponggok Kecamatan Ponggok Kabupaten Blitar3) <i>Right to Self – Determination</i> (hak untuk ikut atau tidak menjadi responden) Responden mempunyai hak memutuskan apakah mereka bersedia menjadi subyek ataupun tidak dan boleh menjadi responden di tengah–tengah pengumpulan data tanpa adanya sangsi apapun. Dalam hal ini penulis membagikan lembar kuesioner tentang tingkat pengetahuan dan sikap kepada subyek penelitian, dengan tujuan

	<p>supaya subyek mengetahui identitas peneliti, maksud, tujuan, manfaat, serta dampak penelitian selama dilakukannya pengumpulan data</p> <p>4) <i>Confidentiality</i> (kerahasiaan) Kerahasiaan identitas responden pada penelitian ini terjaga dengan cara penulis tidak mencantumkan nama responden pada lembar kuesioner tetapi diganti dengan inisial. Kerahasiaan informasi yang dikumpulkan penulis dijamin kerahasiaannya. Lembar kuesioner tentang tingkat pengetahuan dan sikap yang sudah terisi akan disimpan dalam arsip dan hanya penulis yang bisa mengaksesnya.</p> <p>5) <i>Benefience</i> (manfaat) Penelitian ini akan mengutamakan manfaatnya untuk kelompok perlakuan dan kontrol tanpa harus merugikan kelompok kontrol baik sebelum maupun sesudah intervensi.</p> <p>6) <i>Non Maleficience</i> (kerugian) Penelitian ini tidak akan menimbulkan kerugian terhadap subyek penelitian dari intervensi yang diberikan karena tanpa melakukan suatu perlukaan fisik maupun psikologis</p> <p>7) <i>Justice</i> (keadilan) Setelah pengambilan data selesai, peneliti memberikan intervensi GCM (<i>Gold Chain Methode</i>) pada kelompok perlakuan dan Penyuluhan Kesehatan pada kelompok kontrol dengan materi sama supaya prinsip keadilan terjaga.</p> <p>8) Pembagian kuesioner kepada responden untuk pengukuran <i>pretest</i></p> <p>9) Pemberian perlakuan tentang GCM (<i>Gold Chain Methode</i>) dan Penyuluhan Kesehatan</p> <p>10) Pemberian intervensi tindak lanjut pada kelompok GCM (<i>Gold Chain Methode</i>)</p> <p>11) Pengukuran setelah intervensi</p> <p>12) Setelah data terkumpul dilakukan tabulasi</p> <p>13) Menganalisa data yang telah ditabulasi</p> <p>14) Mengambil kesimpulan dari hasil penelitian</p>
9	Bahaya potensial yang langsung atau tidak langsung, segera atau

	<p>kemudian dan cara-cara untuk mencegah atau mengatasi kejadian (termasuk rasa nyeri dan keluhan lain)</p> <p>Pada penelitian ini tidak ada bahaya potensial yang langsung atau tidak langsung karena hanya diberikan perlakuan Penyuluhan Kesehatan.</p>
10.	<p>Pengalaman terdahulu (sendiri atau orang lain) dan tindakan yang hendak diterapkan.</p> <p>Pada penelitian ini tindakan yang sudah dilakukan oleh peneliti lain adalah dengan menggunakan metode mentoring (penanggulangan dengan meningkatkan kualitas agama), antara lain:</p> <ol style="list-style-type: none"> Julaiha, Siti, <i>Penanggulangan Kenakalan Remaja (Studi atas teori Etika Ibnu Miskawaih)</i>, Skripsi Sarjana Tarbiyah, Perpustakaan Tarbiyah, Banjarmasin, 2000. Abdul Choliq. 2010. <i>Penerapan Metode Halaqah dalam Kegiatan Pembelajaran di Pesantren (Studi Kasus di Lembaga Tinggi Pesantren Luhur Malang)</i>. Skripsi. Tidak diterbitkan. Fakultas Tarbiyah universitas Islam Negeri (UIN), Malang. Luthfiani. 2011. <i>Pengaruh Pendidikan Kelompok Sebaya Terhadap Pengetahuan dan Sikap Remaja Tentang Resiko Penyalahgunaan Narkoba di SMA kecamatan Medan Helvetia Kota Medan</i>. (Abstract). Universitas Sumatra Utara, 14-17. M. Ridwansyah. 2008. <i>Pembinaan Sikap Keberagaman Siswa Melalui program Mentoring Ekstrakurikuler Rohani Islam (ROHIS) di SMAN Unggulan 57 Jakarta</i>. Skripsi. Tidak diterbitkan, Fakultas Ilmu Tarbiyah dan Keguruan Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah, Jakarta. <p>Sedangkan peneliti menggunakan metode adopsi dari mentoring dan promosi kesehatan yang dimiliki oleh DepKes dengan memanfaatkan proses <i>peer to peer</i> sehingga dapat meningkatkan potensi yang dimiliki remaja dengan membekali mereka berupa pengetahuan terhadap NAPZA.</p>
11.	<p>Bila penelitian ini menggunakan orang sakit dan dapat memberi manfaat untuk subyek yang bersangkutan, uraikan manfaat itu ?</p> <p>Tidak ada</p>

12.	<p>Bagaimana memilih pasien/sukarelawan sehat</p> <p>Subyek penelitian dipilih dengan menggunakan <i>Simple Random Sampling</i> yaitu tehnik penetapan sampel yang dilakukan secara acak tanpa memperhatikan strata yang ada pada kelas X dan XI melalui undian</p>
13.	<p>Bila penelitian ini menggunakan subyek manusia, jelaskan hubungan antara peneliti dengan subyek yang diteliti</p> <p>Hubungan antara peneliti dengan subyek yang diteliti adalah hubungan sukarela berdasarkan kepentingan penelitian, pengembangan ilmu pengetahuan dan profesionalisme. Jadi hubungan antara peneliti dan subyek penelitian saling bebas.</p>
14.	<p>Bila penelitian ini menggunakan orang sehat, jelaskan cara pemeriksaan kesehatannya</p> <p>Tidak ada</p>
15.	<p>Jelaskan cara pencatatan selama penelitian, efek samping dan komplikasi bila ada</p> <p>Semua informasi subyek penelitian akan dimasukkan dalam pembahasan. Dalam penelitian ini tidak ada efek samping dan komplikasi.</p>
16.	<p>Bila penelitian ini menggunakan subyek manusia, jelaskan bagaimana cara memberitahu dan mengajak subyek (lampirkan contoh surat persetujuan subyek) Bila pemberitahuan dan kesediaan subyek bersifat lisan atau bila karena sesuatu hal subyek tidak dapat atau tidak perlu dimintakan persetujuan, berilah alasan yang kuat untuk itu</p> <p>Permintaan untuk menjadi subyek penelitian dilakukan secara lisan dan tulisan dengan cara menjelaskan tujuan, manfaat dan prosedur penelitian. Setelah selesai mendapat penjelasan dan/atau membaca surat permohonan menjadi subyek penelitian (terlampir), maka selanjutnya Wali kelas dipersilahkan untuk membuat persetujuan/pernyataan untuk ikut atau menolak terlibat dalam penelitian dengan tanpa tulisan nama. Bagi subyek yang bersedia terlibat dalam penelitian, selanjutnya dimintai bukti tanda persetujuannya pada lembar persetujuan disertai kesaksian.</p>

17.	Bila penelitian ini menggunakan subyek manusia, apakah subyek mendapat ganti rugi bila ada efek samping? Berapa banyak? Bagi subyek tidak ada ganti rugi dan tidak diasuransikan karena pelaksanaan penelitian tidak bersifat invasif
18.	Bila penelitian ini menggunakan subyek manusia, apakah subyek diasuransikan? Tidak ada program asuransi bagi subyek

Peneliti

1. Aprillia nur'Aida

Pembimbing :

1. Drs. Psi Asmika, SKM. M Kes
2. Ns.Lilik Supriati, S. Kep., M Kep

Telah diperiksa dan disetujui pada tanggal 29 September 2011



PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN

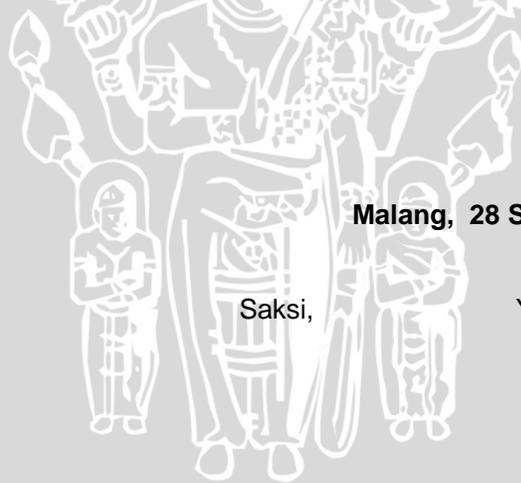
1. Saya Aprillia Nur'Aida adalah mahasiswa Jurusan Ilmu Keperawatan dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul Perbedaan *Efektifitas Gold Chain method* (GCM) dengan Penyuluhan Kesehatan Dalam Meningkatkan Pengetahuan dan Sikap Siswa SMAN 1 Ponggok Tentang Penyalahgunaan NAPZA
2. Tujuan dari penelitian ini Mengetahui perbedaan efektifitas GCM dengan Penyuluhan Kesehatan terhadap tingkat pengetahuan dan sikap siswa SMAN Ponggok dalam mencegah penyalahgunaan NAPZA, dapat memberi manfaat untuk mengetahui cara yang efektif dalam mencegah penyalahgunaan NAPZA dari individu, sekolah maupun pihak pemerintah. Penelitian ini akan berlangsung selama 3 minggu dengan 5x kali pertemuan dan sampel berupa siswa kelas X dan XI yang akan diambil dengan cara *Simple Random Sampling* melalui undian kelas
3. Prosedur pengambilan sampel adalah *Simple Random Sampling* berdasarkan undian kelas cara ini mungkin menyebabkan peluang untuk dijadikan sampel berbeda tetapi anda tidak perlu kuatir karena peneliti akan mendampingi anda bila ada pertanyaan bagi kelompok yang tergolong kelompok kontrol yang tidak diberi perlakuan tindak lanjut 4x pertemuan
4. Keuntungan yang anda peroleh dengan keikutsertaan anda adalah dapat memberi manfaat untuk mengetahui cara yang efektif dalam mencegah penyalahgunaan NAPZA
5. Seandainya anda tidak menyetujui cara ini maka anda boleh tidak mengikuti penelitian ini sama sekali. Untuk itu anda tidak akan dikenai sanksi apapun
6. Nama dan jati diri anda akan tetap dirahasiakan

Peneliti

**Pernyataan Persetujuan untuk
Berpatisipasi dalam Penelitian**

Saya yang bertandatangan dibawah ini meyakini bahwa :

1. Saya telah mengerti tentang apa yang tercantum dalam lembar persetujuan diatas dan telah dijelaskan oleh peneliti
2. Dengan ini saya menyatakan bahwa secara sukarela bersedia / tidak bersedia*) untuk ikut serta menjadi salah satu subyek penelitian yang berjudul Perbedaan Efektifitas Gold Chain method (GCM) dengan Penyuluhan Kesehatan Dalam Meningkatkan Pengetahuan dan Sikap Siswa SMAN 1 Ponggok Tentang Penyalahgunaan NAPZA



Malang, 28 September 2012

Peneliti
pernyataan

Saksi,

Yang membuat

(Apillia Nur'Aida) (.....) (.....)
NIM. 0810720014



Tabel Randomisasi Responden

No	Inisial	Kelas	Umur (th)	Jenis Kelamin	Keterangan	pengetahuan		sikap	
						pre	post	pre	post
1	An. A	XI IPA 1	16	L	Perlakuan	15	16	33	39
2	An. B	XI IPA 1	17	P	Perlakuan	14	17	30	39
3	An. C	XI IPA 1	17	L	Perlakuan	20	16	40	43
4	An. D	XI IPA 1	17	P	Perlakuan	14	19	40	42
5	An. E	XI IPA 1	17	P	Perlakuan	16	18	37	40
6	An. F	XI IPA 1	16	P	Perlakuan	17	17	43	43
7	An. G	XI IPA 1	17	P	Perlakuan	18	17	39	40
8	An. H	XI IPA 1	17	P	Perlakuan	14	17	33	40
9	An. I	XI IPA 1	16	P	Perlakuan	16	18	34	41
10	An. J	XI IPA 1	17	P	Perlakuan	15	15	43	44
11	An. K	XI IPA 1	17	P	Perlakuan	16	19	43	46
12	An. L	XI IPA 1	17	P	Perlakuan	10	18	41	40
13	An. M	XI IPA 1	17	L	Perlakuan	17	16	31	40
14	An. N	XI IPA 1	16	L	Perlakuan	20	17	34	40
15	An. O	XI IPA 1	17	L	Perlakuan	20	17	36	41
16	An. P	XI IPA 1	17	L	Perlakuan	15	16	37	45

17	An. Q	XI IPA 1	16	P	Perlakuan	14	15	36	41
18	An. R	XI IPA 1	17	L	Perlakuan	12	17	42	43
19	An. S	XI IPA 1	17	L	Perlakuan	12	17	42	45
20	An. T	XI IPA 1	17	L	Perlakuan	12	16	40	43
21	An. U	XI IPA 1	16	L	Perlakuan	15	16	34	41
22	An. V	XI IPA 1	17	L	Perlakuan	15	16	34	41
23	An. W	XI IPA 1	16	P	Perlakuan	11	17	37	42
24	An. X	XI IPA 1	16	L	Perlakuan	10	16	34	38
25	An. Y	XI IPA 1	17	P	Perlakuan	15	16	37	39
26	An. Z	XI IPA 1	18	P	Perlakuan	14	16	39	42
27	An. Ab	XI IPA 1	17	P	Perlakuan	13	16	39	39
28	An. Ba	X B	15	P	Perlakuan	16	16	42	41
29	An. Bc	X B	14	P	Perlakuan	11	16	46	45
30	An. Bd	X B	16	P	Perlakuan	16	16	42	39
31	An. Be	X B	16	P	Kontrol	14	14	36	33
32	An. Bf	X B	17	P	Kontrol	16	16	33	30
33	An. Bg	X B	16	P	Kontrol	11	15	36	40
34	An. Bh	X B	15	P	Kontrol	15	17	31	40
35	An. Bi	X B	16	L	Kontrol	15	16	44	37
36	An. Bj	X B	16	L	Kontrol	15	16	40	43
37	An. Bk	X B	17	P	Kontrol	12	14	32	39
38	An. Ca	X B	16	L	Kontrol	14	15	42	33

39	An. Cb	X B	15	L	Kontrol	12	15	32	34
40	An. Cd	X B	15	L	Kontrol	15	14	37	43
41	An. Ce	X B	16	P	Kontrol	15	18	36	43
42	An. Cf	X B	17	P	Kontrol	17	18	36	41
43	An. Cg	X B	16	P	Kontrol	15	14	40	31
44	An. Ch	X B	16	P	Kontrol	15	16	43	34
45	An. Ci	X B	16	L	Kontrol	16	16	38	36
46	An. Cj	X B	15	P	Kontrol	17	12	43	37
47	An. Ck	X B	16	L	Kontrol	16	12	36	36
48	An. Da	X B	15	P	Kontrol	16	16	37	42
49	An. Db	X B	16	P	Kontrol	13	16	38	42
50	An. Dc	X B	16	P	Kontrol	12	15	16	40
51	An. Dd	X B	15	L	Kontrol	16	14	49	34
52	An. De	X B	16	P	Kontrol	18	14	42	34
53	An. Df	X B	15	L	Kontrol	14	15	39	37
54	An. Dg	X B	16	L	Kontrol	16	15	47	34
55	An. Dh	X B	16	P	Kontrol	16	15	46	37
56	An. Di	X B	16	P	Kontrol	16	15	48	39
57	An. Dj	X B	16	P	Kontrol	16	15	34	39
58	An. Dk	X B	16	L	Kontrol	16	15	41	42
59	An. Dl	X B	15	P	Kontrol	14	15	53	46
60	An. Dm	X B	16	L	Kontrol	16	14	36	42



Data Peserta GCM

No	Nama	Jenis Kelamin	Keterangan
1	Setyo Adi Saputro	L	Perokok aktif, pernah memakai pil koplo dan minum arak atau alcohol di warung, pernah bolos
2	Devi Novitasari	P	
3	Aliq Prasetyo	L	Ketua kelas, perokok aktif (2-10 batang perhari), pernah bolos
4	Irkhas Dani Arum W.S	P	-
5	Vela Sicilia	P	Pernah bolos
6	Yoppy D Sunaryanti	P	Kesulitan berkomunikasi karena kurang PD
7	Inayatul P.K	P	-
8	Revi Maretika	P	-
9	Windy Yunitasari	P	Pernah bolos
10	Diah Viana Sari	P	-
11	Sayyidatul Mutoharoh	P	-
12	Aristya Nurdiana P	P	Bolos dan tidak mengerjakan PR
13	Deni Sandri	L	Perokok (1-2batang perhari)
14	M. Sahari	L	Pernah bolos
15	Bagus Eko	L	Perokok, pernah minum-minuman keras(arak)
16	Reza Nur solikin	L	Perokok
17	Putri Lestari	P	-
18	Faris Afif A	L	Pernah bolos dan mai judi (kartu)
19	Kurnia Angga P	L	Pernah membolos dan sering ke ruang BK
20	Kabib Asrori	L	Pernah bolos
21	Bhaskoro P	L	Perokok, pernah minum minuman keras, pernah memakai pil koplo
23	Andrean P	L	Pernah merokok
24	Naila I Yain S	P	-
25	Dimas Adi Samodra	L	Perokok aktif
26	Farida Uswatun KH	P	-
27	Ratna Nur MD	P	-
28	Diah Restaningrum	P	Pernah bolos
29	Dyah Puji Rahayu	P	-
30	Dewi Yuniati	P	Main kartu domino
31	Intan Septy P	P	Tidak mau melanjutkan kuliah dan ingin bekerja
32	Okti Handayani	P	Pernah membolos dan sering ke ruang BK
33	Erna Fitriana	P	-
34	Lailatul Fitria	P	Saudara banyak yang merokok dan main kartu
35	Hadea Kansa Putri	P	Pernah bolos dan main kartu remi
Jumlah		35	

 ⇒ Tidak ikut pre test dan post test

**KUESIONER TINGKAT PENGETAHUAN DAN SIKAP SISWA SMAN 1
PONGGOK DI DALAM MENCEGAH PENYALAHGUNAAN NAPZA
TAHUN 2012**

Tanggal : Waktu/Jam :
No. kode :

A. Karakteristik responden

1. No. responden :
2. Umur :
3. Jenis kelamin :
4. Kelas :

Berilah tanda (X) sesuai yang anda ketahui dan alami, untuk pertanyaan pengetahuan boleh menjawab lebih dari satu

B. Sumber Informasi

1. Apakah anda pernah mendapatkan informasi mengenai NAPZA?
 - a. Pernah
 - b. Tidak Pernah
2. Jika pernah, darimanakah anda mendapatkan informasi tersebut?
 - a. Media cetak, sebutkan.....
 - b. Media elektronik, sebutkan.....
 - c. Internet
 - d. Telepon genggam
 - e. Petugas kesehatan
 - f. Guru
 - g. Keluarga
3. Kapan terakhir kali anda mendapatkan informasi mengenai NAPZA?
 - a. <1 bulan
 - b. 2 bulan
 - c. 3 bulan
 - d. 4-6 bulan
 - e. >6 bulan

C. Tingkat Pengetahuan

NO	PERNYATAAN	B	S
1	NAPZA merupakan segala jenis zat yang peredarannya dilarang oleh pemerintah ataupun masyarakat		
2	Tembakau dan nikotin termasuk jenis NAPZA		
3	Rokok dan alkohol merupakan jenis NAPZA yang diperbolehkan dikonsumsi dengan batasan umur		
4	Seseorang yang menyalahgunakan NAPZA pasti mengalami ketergantungan NAPZA		
5	Remaja belum siap mental untuk menghadapi tekanan pergaulan sehingga sulit mengambil keputusan untuk menolak tawaran NAPZA dengan tegas		
6	Lingkungan yang berpengaruh terhadap penyalahgunaan NAPZA hanya lingkungan keluarga dan sekolah		

7	NAPZA dapat dengan mudah didapatkan dengan harga yang terjangkau		
8	Merokok dapat membuat kerusakan fungsi tubuh secara permanen		
9	Heroin merupakan jenis NAPZA yang sering disalahgunakan di Indonesia		
10	Pemahaman dan penghayatan nilai-nilai agama penting dalam mempengaruhi perilaku remaja		
11	Perkiraan usia 12-22 tahun masih termasuk remaja yang mencari jati diri dan belum bisa menentukan pilihan		
12	Anak-anak lebih beresiko terhadap peredaran NAPZA daripada remaja		
13	Penampilan dan perilaku seseorang yang menggunakan NAPZA dapat dibedakan dengan yang tidak menggunakan		
14	<i>Peer to peer</i> merupakan istilah untuk pembelajaran dengan mengoptimalkan peran remaja dan anak-anak sebagai sasaran dan pelaksananya		
15	Konseling hanya dapat dilakukan dalam lingkup formalitas antara guru dan murid		
16	Penyuluhan kesehatan merupakan usaha pencegahan NAPZA yang berorientasikan pada peran aktif remaja		
17	Kelebihan pencegahan oleh dan untuk remaja dibandingkan dengan program lain adalah mereka mampu lebih aktif dengan membentuk kader kesehatan		
18	Badan Narkotika Kabupaten (BNK) merupakan lembaga milik pemerintah yang mengurus permasalahan NAPZA yang dibentuk tahun 2008		
19	Tindakan pencegahan NAPZA di sekolah dikatakan berhasil jika sekolah mampu terbebas dari tindakan penyalahgunaan NAPZA		
20	Prosedur dalam pelaporan penyalahgunaan NAPZA di lingkungan sekolah adalah: lapor guru BK → lapor kepala sekolah → lapor polisi → tindakan		

D. Sikap

PERNYATAAN	SIKAP			
	Sangat Tidak Setuju	Tidak Setuju	Setuju	Sangat Setuju
1. Saya bisa mendapat dari sumber mana pun mengenai NAPZA dan pencegahan penyalahgunaannya				
2. Jika saya tidak mau merokok saya dijauhi teman				
3. Saya tidak mengikuti program pencegahan yang dilakukan oleh sekolah walaupun saya belum tahu mengenai NAPZA				

4. Saya harus bebas dari NAPZA meskipun lingkungan sekitar saya kebanyakan adalah pengguna NAPZA				
5. Belajar mengenai NAPZA lebih mudah bila dilakukan di luar kelas dengan sharing antar teman disertai dengan narasumber				
6. Mendekati teman yang mempunyai masalah pribadi atau sosial merupakan hal yang sulit diaplikasikan				
7. Kegiatan ekstrakurikuler mampu meningkatkan potensi siswa dalam mengoptimalkan usaha untuk menghindari penyalahgunaan NAPZA				
8. Agar terhindar dari bahaya dampak buruk penyalahgunaan NAPZA saya harus selektif memilih teman				
9. Agar terhindar dari ketergantungan alkohol (missal: bir, tuak, dll) saya hanya perlu meminimalkan penggunaannya				
10. Saya bisa menyelesaikan permasalahan pribadi tanpa bantuan NAPZA				
11. NAPZA membuat saya lebih percaya diri dan mampu bergaul dengan baik				
12. Nilai akademik saya mampu meningkat setelah saya bergaul dengan teman yang sering keluar malam				
13. Penanaman nilai keagamaan diperlukan dalam upaya pencegahan penyalahgunaan NAPZA				
14. Bertanya/berkonsultasi dengan teman sebaya merupakan tindakan yang tepat dalam mengatasi penyalahgunaan NAPZA				
15. Teman lebih mampu membantu menyelesaikan masalah daripada orang lain				
16. Berinteraksi secara langsung dengan orang lain yang baru dikenal semudah berinteraksi dengan teman sekelas				
17. Fasilitas di sekolah mampu menyalurkan hobi saya				
18.Orang tua harus lebih meningkatkan pemantauan terhadap pergaulan anaknya				
19. Remaja seharusnya bersikap lebih terbuka dan mau bercerita kepada orang tua				
20. Teman yang baik adalah yang mau ikut				

campur dalam urusan pribadi ketika dibutuhkan				
---	--	--	--	--

Keterangan:

Benar = 1

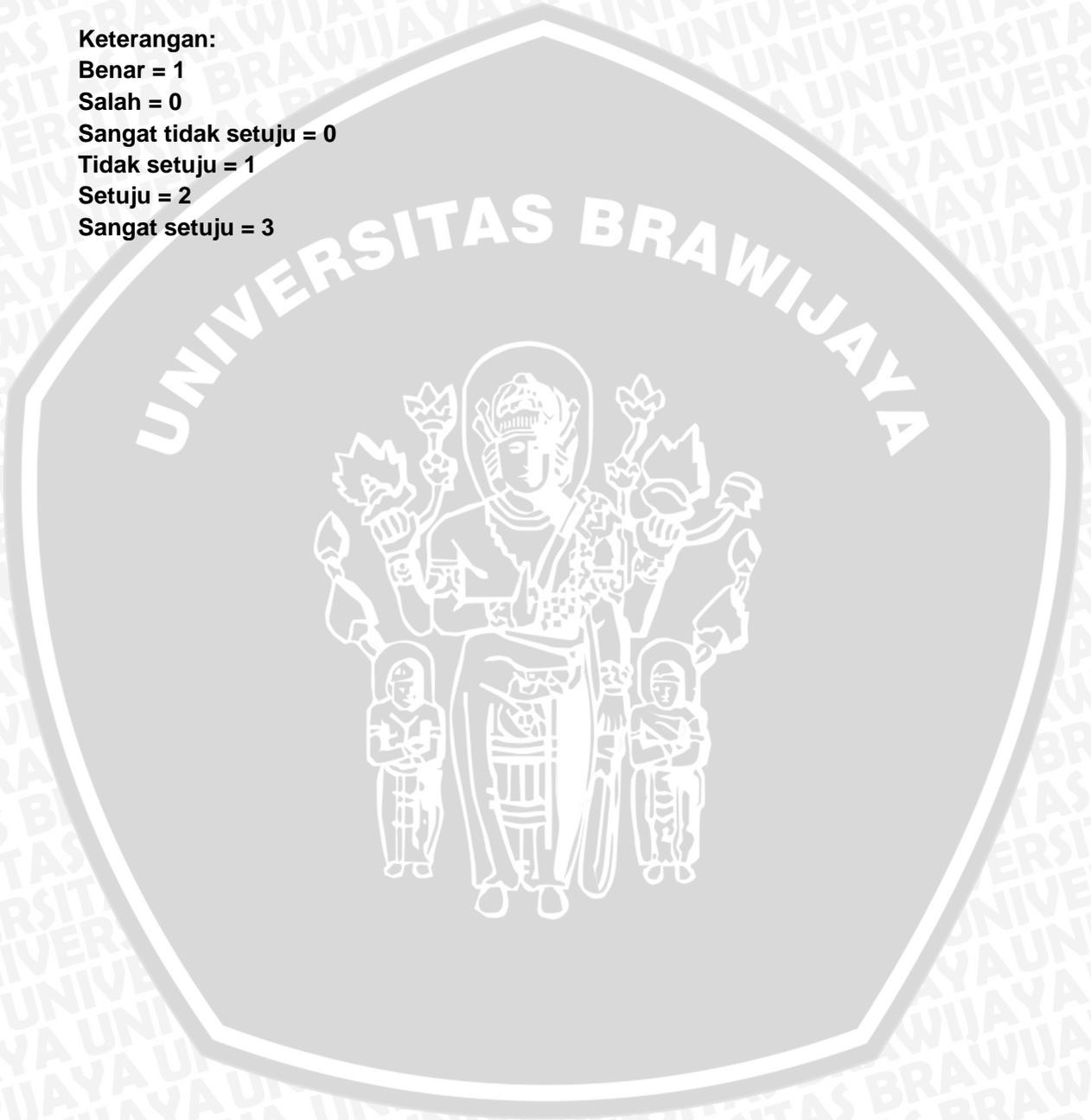
Salah = 0

Sangat tidak setuju = 0

Tidak setuju = 1

Setuju = 2

Sangat setuju = 3



Uji Normalitas dan Homogenitas

```
EXAMINE VARIABLES=kontrol perlakuan
/PLOT BOXPLOT STEMLEAF NPLOT
/COMPARE GROUP
/STATISTICS DESCRIPTIVES
/CINTERVAL 95
/MISSING LISTWISE
/NOTOTAL.
```

Explore

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
kontrol	30	83.3%	6	16.7%	36	100.0%
perlakuan	30	83.3%	6	16.7%	36	100.0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error	
kontrol	Mean	15.37	.506	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	14.33	
		Upper Bound	16.40	
	5% Trimmed Mean	15.41		
	Median	15.50		
	Variance	7.689		
	Std. Deviation	2.773		
	Minimum	10		
	Maximum	20		
	Range	10		
	Interquartile Range	3		
	Skewness	-.201	.427	
	Kurtosis	-.392	.833	
perlakuan	Mean	14.77	.495	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	13.75	
		Upper Bound	15.78	
	5% Trimmed Mean	14.74		
	Median	15.00		
	Variance	7.357		
	Std. Deviation	2.712		
	Minimum	10		
	Maximum	20		
	Range	10		
	Interquartile Range	3		

Skewness	.186	.427
Kurtosis	-.169	.833

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
kontrol	.114	30	.200	.959	30	.294
perlakuan	.125	30	.200	.953	30	.207

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

kontrol

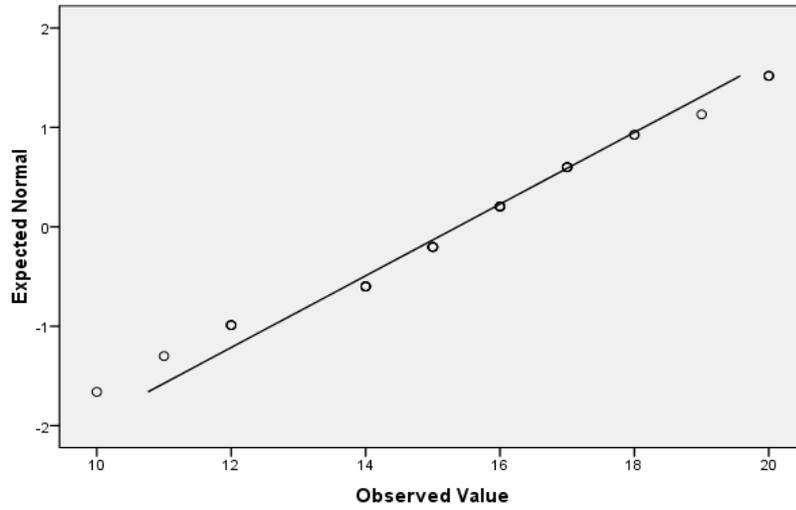
kontrol Stem-and-Leaf Plot

Frequency	Stem & Leaf
2.00	10 . 00
1.00	11 . 0
3.00	12 . 000
.00	13 .
4.00	14 . 0000
5.00	15 . 00000
5.00	16 . 00000
4.00	17 . 0000
2.00	18 . 00
1.00	19 . 0
3.00	20 . 000

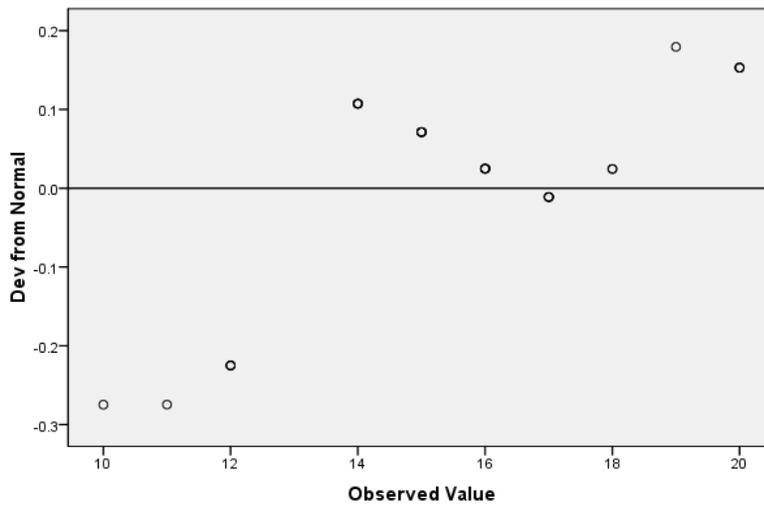
Stem width: 1
Each leaf: 1 case(s)

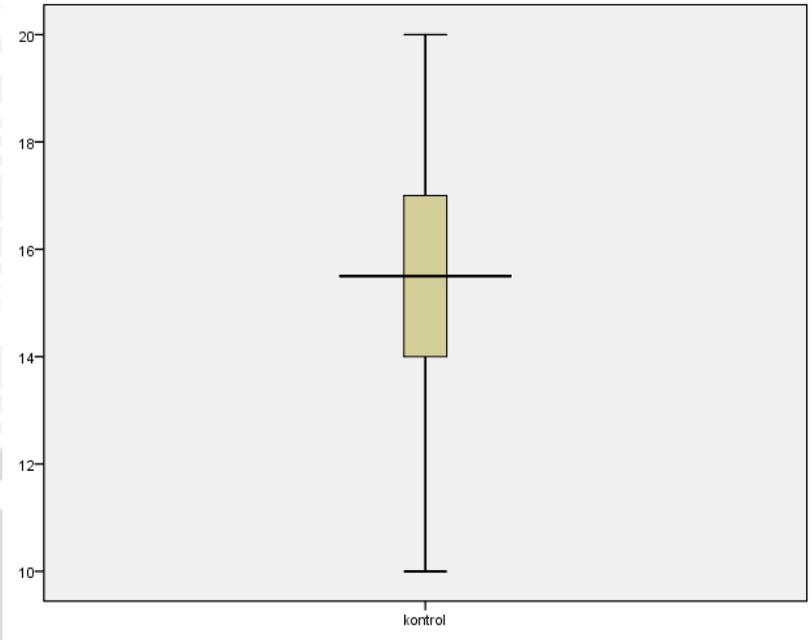


Normal Q-Q Plot of kontrol



Detrended Normal Q-Q Plot of kontrol





perlakuan

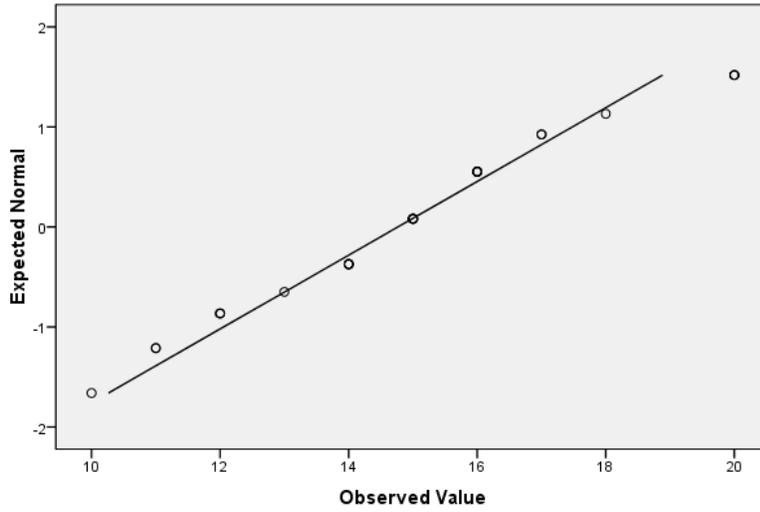
perlakuan Stem-and-Leaf Plot

Frequency	Stem & Leaf
2.00	10 . 00
2.00	11 . 00
3.00	12 . 000
1.00	13 . 0
5.00	14 . 00000
6.00	15 . 000000
5.00	16 . 00000
2.00	17 . 00
1.00	18 . 0
.00	19 .
3.00	20 . 000

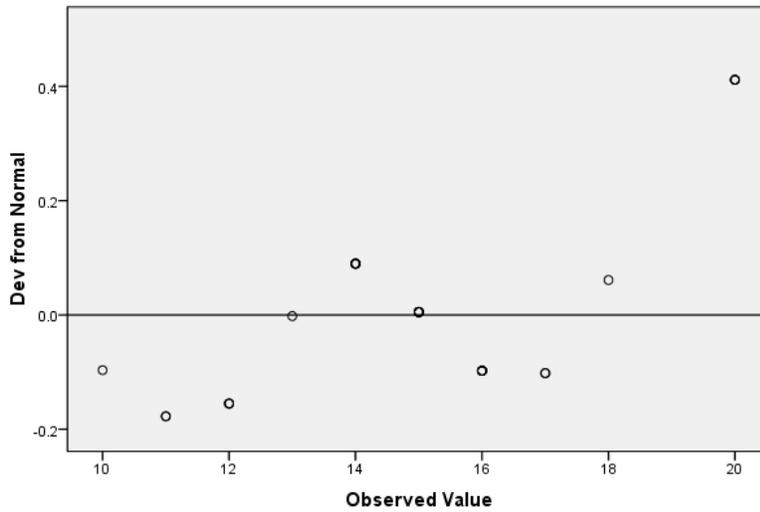
Stem width: 1
Each leaf: 1 case(s)

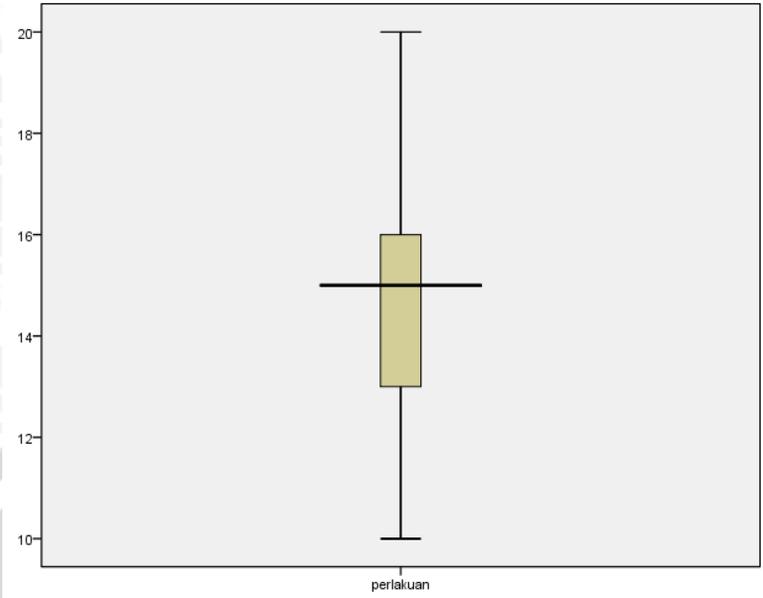


Normal Q-Q Plot of perlakuan



Detrended Normal Q-Q Plot of perlakuan





Homogenitas
group

Case Processing Summary

		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
pengetahuan	kontrol	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%
	perlakuan	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
pengetahuan	Based on Mean	4.937	1	58	.030
	Based on Median	4.478	1	58	.039
	Based on Median and with adjusted df	4.478	1	47.752	.040
	Based on trimmed mean	5.102	1	58	.028

SIKAP

```
EXAMINE VARIABLES=VAR00001 VAR00002
/PLOT BOXPLOT STEMLEAF NPLOT
/COMPARE GROUP
/STATISTICS DESCRIPTIVES
/CINTERVAL 95
/MISSING LISTWISE
/NOTOT
```

Explore

[DataSet0]

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
VAR00001	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%
VAR00002	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error	
VAR00001	Mean	37.9333	.74422	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	36.4112	
		Upper Bound	39.4554	
	5% Trimmed Mean	37.9630		
	Median	38.0000		
	Variance	16.616		
	Std. Deviation	4.07628		
	Minimum	30.00		
	Maximum	46.00		
	Range	16.00		
	Interquartile Range	8.00		
	Skewness	-.083	.427	
	Kurtosis	-.858	.833	
VAR00002	Mean	41.6333	.38502	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	40.8459	
		Upper Bound	42.4208	
	5% Trimmed Mean	41.5926		
	Median	41.0000		
	Variance	4.447		
	Std. Deviation	2.10882		
	Minimum	38.00		
	Maximum	46.00		
	Range	8.00		
	Interquartile Range	3.00		

Skewness	.285	.427
Kurtosis	-.681	.833

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
VAR00001	.133	30	.188	.964	30	.390
VAR00002	.151	30	.077	.952	30	.189

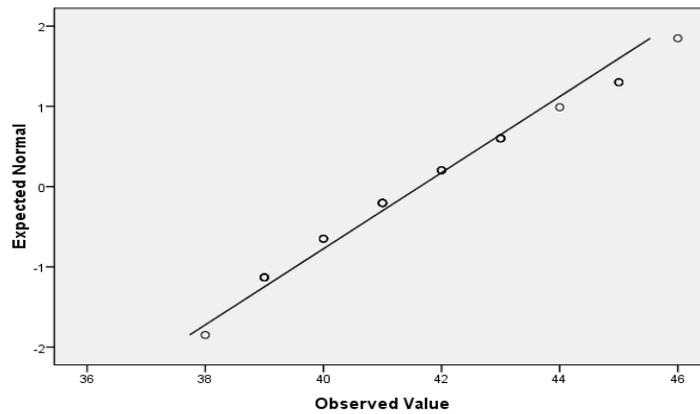
a. Lilliefors Significance Correction

VAR00002

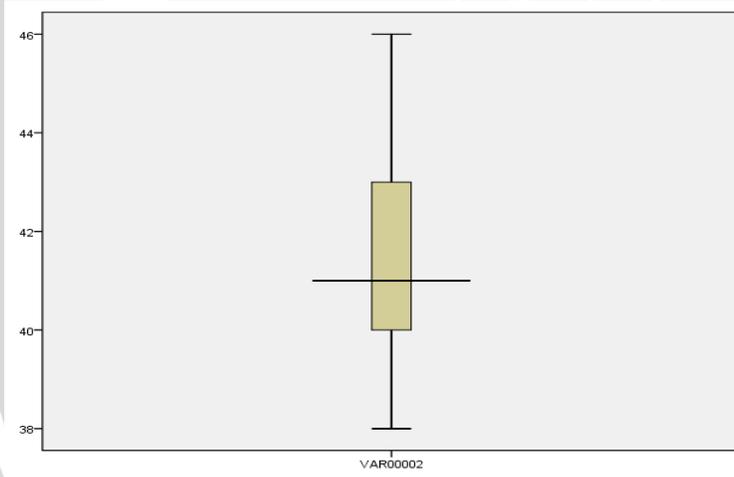
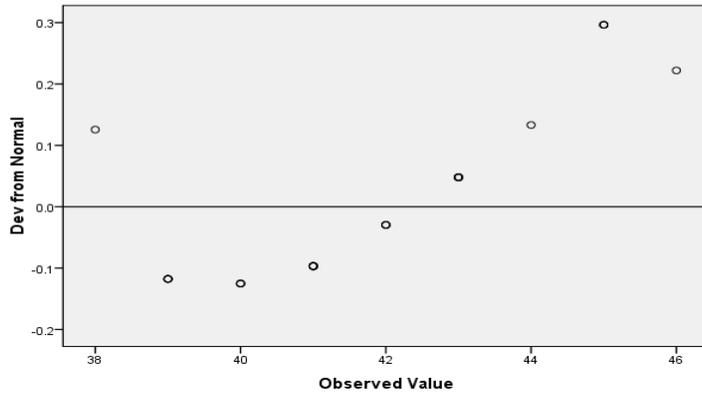
VAR00002 Stem-and-Leaf Plot

Frequency	Stem & Leaf
1.00	38 . 0
5.00	39 . 00000
3.00	40 . 000
7.00	41 . 0000000
3.00	42 . 000
6.00	43 . 0000000
1.00	44 . 0
3.00	45 . 000
1.00	46 . 0
Stem width:	1.00
Each leaf:	1 case(s)

Normal Q-Q Plot of VAR00002



Detrended Normal Q-Q Plot of VAR00002



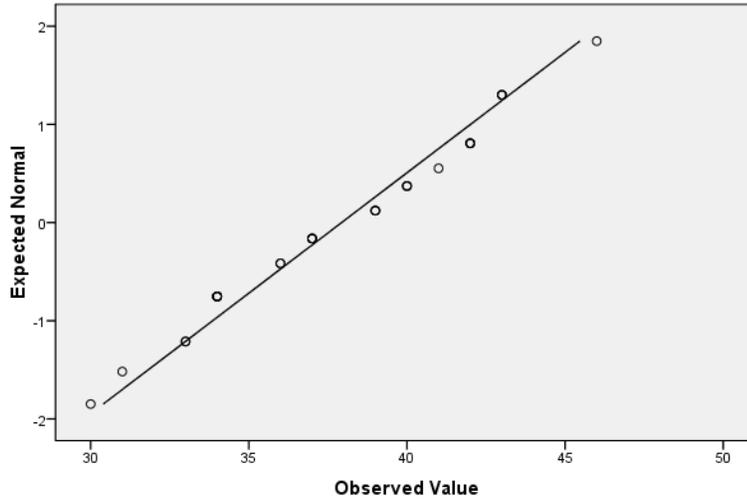
VAR00001

VAR00001 Stem-and-Leaf Plot

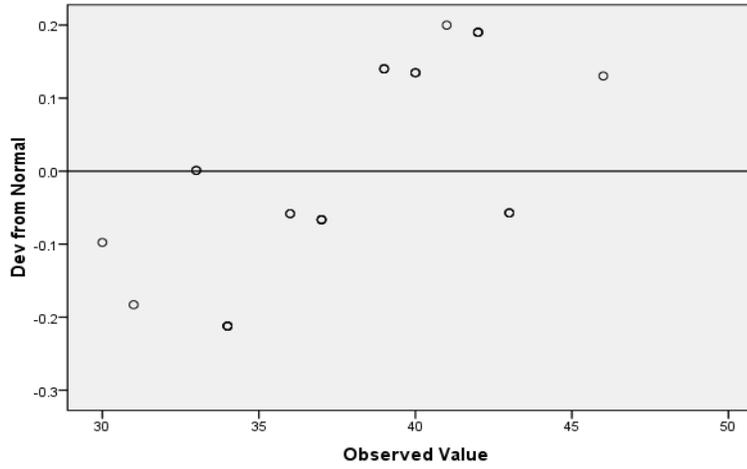
Frequency	Stem & Leaf
2.00	3 . 01
2.00	3 . 33
5.00	3 . 44444
6.00	3 . 667777
3.00	3 . 999
4.00	4 . 0001
7.00	4 . 2222333
.00	4 .
1.00	4 . 6

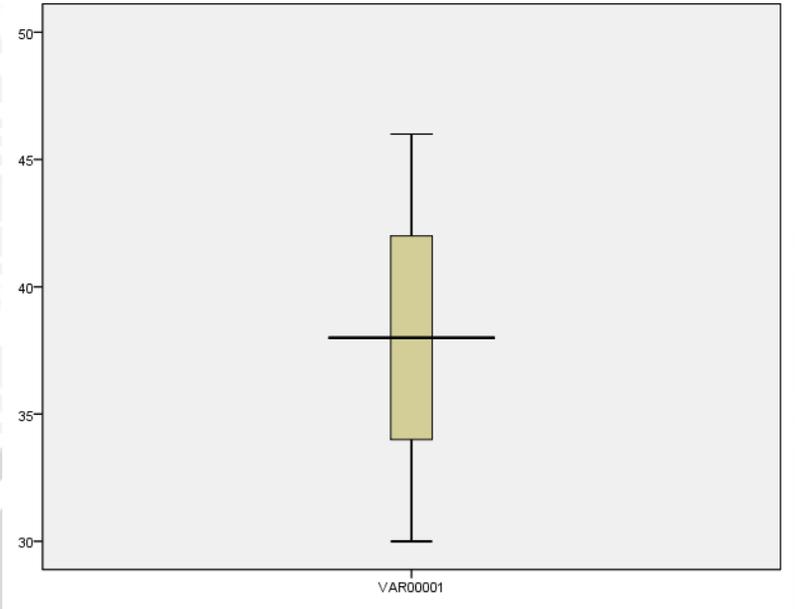
Stem width: 10.00
 Each leaf: 1 case(s)

Normal Q-Q Plot of VAR00001



Detrended Normal Q-Q Plot of VAR00001





group

Case Processing Summary							
group		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
sikap	kontrol	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%
	perlakuan	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%

Test of Homogeneity of Variance					
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
sikap	Based on Mean	2.769	1	58	.102
	Based on Median	2.508	1	58	.119
	Based on Median and with adjusted df	2.508	1	39.340	.121
	Based on trimmed mean	2.844	1	58	.097



Post-post pengetahuan

Group Statistics

group	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
x kontrol	30	15.07	1.363	.249
perlakuan	30	16.63	.999	.182

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower		Upper
x	Equal variances assumed	.523	.473	-5.077	58	.000	-1.567	.309	-2.184	-.949
	Equal variances not assumed			-5.077	53.193	.000	-1.567	.309	-2.186	-.948

Post-post sikap

Group Statistics

group	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
x kontrol	30	37.93	4.076	.744
perlakuan	30	41.63	2.109	.385

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
x Equal variances assumed	16.247	.000	-4.416	58	.000	-3.700	.838	-5.377	-2.023
Equal variances not assumed			-4.416	43.485	.000	-3.700	.838	-5.389	-2.011



PANDUAN PELAKSANAAN GCM

TIME LINE PELAKSANAAN GCM

METODE PEMBINAAN

Metode pembelajaran yang kreatif dan efektif adalah dengan mengumpulkan fasilitator dan peserta dalam kelompok, membuat suasana yang menarik,

No	Tanggal/pertemuan	Agenda / Aktivitas	Tujuan
1	Pertemuan 1	(Pre Test)	Mengetahui kemampuan awal peserta sebelum dilakukan perlakuan (Penyuluhan Kesehatan/ GCM)
		Pengelompokan SGD (<i>Small Group Discussion</i>)	Memudahkan dalam melakukan monitoring dan pembinaan
		Perlakuan : GCM	Meningkatkan pengetahuan dan kemampuan siswa (NAPZA dan penyalahgunaannya, konseling, kemampuan berkomunikasi, dll)
2	Pertemuan 2	Tindak Lanjut 1	Mengaplikasikan kemampuan dalam berkomunikasi dengan orang lain (teman, guru, dll)
3	Pertemuan 3	Tindak Lanjut 2	Mengaplikasikan sikap siswa dalam bentuk perilaku untuk menolak dalm penyalahgunaan NAPZA
4	Pertemuan 4	Tindak Lanjut 3	Mengaplikasikan siswa dalam memberikan konseling terhadap teman sebaya
5	Pertemuan 5	Tindak Lanjut 4	Mempraktekan cara untuk memberikan motivasi kepada diri sendiri dan orang lain
6	Pertemuan 6	Evaluasi	Mengetahui tingkat pengetahuan dan sikap siswa dalam upaya pencegahan penyalahgunaan NAPZA

nyaman dan menyenangkan bagi peserta, waktu yang intens dan menggunakan alat/sarana pendukung dalam penyampaian materi. Prinsip Menarik didukung oleh 2 komponen : **Fasilitator** (terkait dengan kemampuan komunikasi) dan **Materi** (Silabus). Bagaimana caranya agar silabus yang telah disusun disampaikan secara menarik oleh Fasilitator. Beberapa metode yang dapat digunakan dalam kegiatan GCM adalah sebagai berikut :

KONSEP PENYAMPAIAN GCM

Konsep Penyampaian GCM					
No	Kegiatan	Cara Penyampaian	Tujuan	Tools	Paramater Keberhasilan
1	Penyuluhan Kesehatan	Disampaikan dalam bentuk komunal dalam jumlah besar, menggunakan multimedia dan sound system, seperti <i>ceramah dan Tanya jawab</i>	Memperoleh basic tentang NAPZA dan pencegahan penyalahgunaannya Membangun paradigma (mencegah penyalahgunaan NAPZA → mudah, simple dan menarik)	<ul style="list-style-type: none"> Handout materi PPT Alat peraga 	90 % siswa mengikuti penyuluhan kesehatan & mempunyai kesan positif terhadap kegiatan tersebut
2	Metode <i>Small Group</i>	Disampaikan pada saat SGD (<i>Small group discussion</i>)	Pendalaman metode cepat dengan pendekatan yang lebih intensif (<i>face</i>	Program (flash/video) Buku Panduan/ SOP	80% siswa aktif dalam pelaksanaan <i>Small Group Discussion</i>

	<i>Discussion</i>	bersama seorang fasilitator. Aplikasi dari materi dengan praktek secara langsung (komunikasi efektif, konseling, sikap dan perilaku menolak NAPZA dan menjadi motivator handal)	<i>to face</i>) Memungkinkan adanya diskusi dan pemecahan masalah yang dihadapi siswa Meningkatkan hubungan diantara siswa/ siswa dengan fasilitator	Alat Peraga	
Materi Penyuluhan Kesehatan lebih ditekankan terhadap NAPZA dan pencegahannya <i>Small Group Discussion</i> lebih menekankan terhadap aplikasi dari materi yang didapatkan siswa dalam penyuluhan kesehatan					

SOP GCM

Pertemuan	Materi	Waktu Kegiatan (menit)	Targetan
3.	Aplikasi Materi utama dan Dialog	: 40 menit	
4.	Penutup	: 5 menit	

Waktu setiap pertemuan dialokasikan minimal sekitar (±) 1 jam, dengan rincian waktu:
 1. Pembukaan : 5 menit
 2. Refresh materi : 10 menit

1	<p>Penyuluhan kesehatan Materi Bahasan: NAPZA dan Pencegahan Penyalahgunaannya, Konseling, dan Motivasi Training</p>	<p>5' : pembukaan 10' : pretest 30'' : training motivasi dan materi 10 : tanya jawab 5' : penutup</p>	<p>Siswa mempunyai kesan positif terhadap potensi diri sendiri dan tertarik dalam proses kegiatan penyalahgunaan NAPZA</p>
2	<p>Materi: Komunikasi Efektif Aplikatif: <u>Komunikasi dengan sebaya</u></p>	<p>5' : pembukaan 10' : refresh materi 45' : praktek + diskusi 5' : penutup</p>	<p>Siswa mampu berbicara, mengungkapkan pendapat dan memberikan <i>advice</i> secara bertahap kepada teman ataupun guru</p>
3	<p>Materi: Sikap dan perilaku siswa dalam menghadapi NAPZA Aplikatif: <u>Sikap dalam pencegahan penyalahgunaan NAPZA</u></p>	<p>5' : pembukaan 10' : refresh materi 45' : praktek + diskusi 5' : penutup</p>	<p>Siswa mampu mempertimbangkan dan mengungkapkan pikirannya terhadap sesuatu serta mampu melakukan penolakan yang efektif</p>
4	<p>Materi: Konseling Aplikatif : <u>Konseling dari, oleh dan untuk peer to peer</u></p>	<p>5' : pembukaan 10' : refresh materi 45' : praktek + diskusi 5' : penutup</p>	<p>Siswa mampu menjadi seorang konselor yang mampu dipercaya dan aktif diantara teman sebayanya</p>
5	<p>Materi: Menjadi Motivator Gaul Aplikatif: <u>Memotivasi diri sendiri dan orang lain</u></p>	<p>5' : pembukaan 10' : refresh materi 45' : praktek + diskusi 5' : penutup</p>	<p>Siswa mampu menjadi pribadi yang unggul dan memanfaatkan potensi untuk membantu dirinya sendiri atau orang lain</p>

SILABUS MATERI GCM (Gold Chain Methode)

Materi	Judul Materi	Kisi-kisi Materi	Tujuan Materi	Referensi
NAPZA dan pencegahannya	BAHAYA PENYALAHGUNAAN napza	<p>Pengetahuan tentang NAPZA: 6. Definisi NAPZA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pengertian NAPZA • Jenis NAPZA • NAPZA yang disalahgunakan • Tingkat pemakaian NAPZA <p>Faktor penyebab Penyalahgunaan NAPZA 8. Dampak penggunaan NAPZA</p>	<p>Siswa dapat memahami dan menjelaskan kembali makna dan urgensi mengenai pencegahan penyalahgunaan NAPZA</p> <p>Siswa dapat memahami dan menjelaskan kembali faktor penyalahgunaan NAPZA</p> <p>Siswa dapat memahami dan menjelaskan kembali dampak</p>	<p>Asril A. 1999. <i>Penyalahgunaan Narkotika, Alcohol, Psikotropika dan Zat Adiktif Lainnya</i>. Bandung : RSJP.Atmaja, TS, 2006. Narkoba dan Remaja, dikutip dari http://www.bnn.co.id / - Artikel Depkes.2001. <i>Pedoman Praktis Mengenai Penyalahgunaan</i></p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Fisik • Psikologis • Sosial <p>9. Deteksi dini penyalahgunaan NAPZA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kelompok resiko tinggi • Gejala klinis penyalahgunaan NAPZA <p>10. Cara untuk menanggulangi NAPZA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Penyuluhan • Konseling • <i>Peer to peer</i> 	<p>penggunaan NAPZA</p> <p>Siswa dapat memahami dan menjelaskan kembali cara mendeteksi dan penanggulangan penyalahgunaan NAPZA</p>	<p><i>NAPZA Bagi Petugas Puskesmas.</i> Dapat diakses di http://dinkesjatim.go.id/erita-detail.html diakses pada tanggal 20 Oktober 2011</p> <p>DepKes RI 1999/2000, <i>Pedoman Penyebarluasan Informasi tentang Pencegahan Penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya</i>, Buku Pegangan bagi Pendidik.</p> <p>BNN, 2007. <i>Mengenal Penyalahgunaan Narkoba.</i> Jakarta</p> <p>Iyus Yosep, SKp., MSi. 2008. <i>Pengenalan dan Perawatan Klien dengan Masalah Narkoba.</i> Makalah disajikan dalam Seminar Loka Karya Narkoba dan HIV AIDS, Universitas Diponegoro Semarang, Desa Gudang Kecamatan Tanjungsari Sumedang, 17 Januari 2008.</p>
Komunikasi efektif	Berkomunikasi dengan Remaja	<p>Makna dan cara berkomunikasi dengan remaja</p> <p>Menghadapi konflik dan mengelola stres</p>	<p>Siswa mampu menyebutkan bermacam-macam gaya komunikasi</p> <p>Siswa mampu menyebutkan hambatan komunikasi</p> <p>Siswa mampu menyebutkan bagaimana cara-cara berkomunikasi dengan rekannya</p> <p>Siswa memahami syarat-syarat yang harus mereka miliki untuk membicarakan NAPZA dengan rekannya</p> <p>Siswa mampu mempraktekkan komunikasi efektif dengan rekannya</p>	<p>Drs. Riyono Pratikno (1987). <i>Berbagai Aspek Ilmu Komunikasi.</i> Bandung. Remamadja Karya CV.</p> <p>Dr. Astrid, S. Susanto (1974). <i>Komunikasi Dalam Teori dan Praktik.</i> Universitas Pajajaran. Bina Cipta.</p>
Konseling		<p>Makna dan cara melakukan konseling dengan remaja</p>	<p>Siswa mampu menyebutkan dan</p>	<p>Depdiknas. 2002. <i>Panduan Pelayanan Bimbingan dan</i></p>

		Melakukan konseling yang efektif dan efisien	memahami makna konseling Siswa mampu menyebutkan bagaimana cara-cara melakukan dengan rekannya Siswa memahami syarat-syarat yang harus mereka miliki untuk mampu melakukan konseling yang efektif Siswa mampu berperan menjadi konselor	Konseling Berbasis Kompetensi SMA, Madrasah, Tsanawiyah dan Sederajat. Jakarta: Pusat Kurikulum Balitbang Depdiknas. Dirjen Pendidikan Dasar dan Menengah Di Rektorat pendidikan Umum. 1994. Kurikulum SMA: Petunjuk Pelaksanaan Bimbingan dan Konseling. Jakarta: Depdikbud Syamsudin, Abin. 2003. Panduan Studi Psikologi pendidikan. Bandung: PT Remaja Rosda Karya
Motivator muda	Sang Idola	Meningkatkan aktualitas diri Kepribadian motivator unggul	Memberikan pemahaman tentang potensi diri dalam memotivasi orang lain dan menempatkan posisinya secara tepat.	Whandi. 2010. Pengertian Belajar. http://whandi.net/pengertian-belajar.html . Diakses 7 November 2011 Fuddin. 2008. Psikologi Pendidikan. http://fuddin.wordpress.com/2008/02/28/psikologi-pendidikan/ . Diakses 7 November 2011. Belajar Psikologi. 2010. Macam-macam Motivasi Belajar. http://belajarpsikologi.com/macam-macam-motivasi-belajar/ . Diakses 7 November 2011. Basuki, Heru. 2008. <i>Psikologi Umum</i> . Jakarta. Gunadarma. Puspitawati, I. Dwi Riyanti, Hendro Prabowo. 1996. <i>Seri Diktat Kuliah Psikologi Umum I</i> . Jakarta. Gunadarma.
Sikap dan perilaku siswa dalam	Solusi mengatasi tekanan lingkungan	Membantu anak berkata "tidak" Pengendalian diri dan mengatasi tekanan lingkungan	Siswa mampu memahami suasana tekanan kelompok yang dihadapi remaja Siswa mampu membedakan sikap	

menghadapi NAPZA

asertif, agresif dan submisif
Siswa memahami cara-cara
menyampaikan pesan dengan sikap
asertif

