

Pencegahan Penyalahgunaan Narkotika dan Obat Terlarang

Hardiono D Puspongoro

Pencegahan penyalahgunaan narkotika dan obat terlarang bertujuan untuk mencegah, memperlambat atau mengurangi masalah yang terjadi akibat penyalahgunaan. Program pencegahan dirancang sesuai dengan populasi yang dituju. Program pencegahan universal berlaku untuk seluruh masyarakat, program pencegahan selektif ditujukan pada keluarga dan anak risiko tinggi, sedangkan pencegahan terindikasi ditujukan terhadap kasus khusus dalam suatu keluarga yang disfungsi. Masing-masing program tersebut dapat dilakukan di berbagai tempat misalnya di rumah, sekolah, komunitas, tempat kerja dan lain-lain. Program-program pencegahan terbaik dirancang dan dibuat berdasarkan teori dan data yang memperhatikan faktor risiko dan faktor protektif.

Kata kunci: remaja, narkotik, narkoba

Program pencegahan penyalahgunaan obat bertujuan untuk mencegah, memperlambat atau mengurangi timbulnya masalah yang akibat penyalahgunaan obat terlarang; misalnya timbulnya berbagai penyakit penyerta dan psikopatologi.¹ Dalam bidang narkotika dan obat terlarang, atau selanjutnya disebut sebagai 'obat', kepercayaan diri para profesional harus dibentuk atas keyakinan seperti yang dikatakan oleh Alan I Leshner, Direktur *National Institute on Drug Abuse*: "drug abuse is a preventable behaviour and drug dependence is a treatable disease." Bila kita setuju dengan pendapat tersebut, barulah kita dapat menyelami lebih jauh.

Perlu diketahui bahwa upaya pengobatan ketergantungan obat sangat sulit, terutama dalam fase pencegahan kekambuhan.² Oleh sebab itu, bila kita dapat mencegah sebelum terjadi ketergantungan, hasilnya akan lebih memuaskan, baik dari segi kesehatan maupun biaya. Upaya pencegahan komprehensif dengan kemauan politik yang kuat, dan

dilaksanakan oleh semua lapisan masyarakat baik di media masa, rumah, sekolah, pekerjaan, tempat rekreasi, dan berbagai tempat sosial disertai pemantauan dan pengobatan faktor personal-sosial masing-masing keluarga dan individu merupakan hal ideal. Sayangnya hal ini masih jauh dan sulit dicapai, bahkan di negara maju sekalipun. Apa yang dapat dilakukan saai ini di Indonesia? Dr. Sudirman, Direktur RSKO (RS Ketergantungan Obat) pernah menyampaikan pada saya "Saat ini yang dapat dilakukan adalah bahwa setiap keluarga harus menjaga keluarga dan anak-anak sendiri." Hal ini merupakan suatu tantangan. Apakah tidak mungkin kita membuat suatu program pencegahan yang baik?

Schools, churches, synagogues, community groups, law enforcement-all can help us turn the tide on drug and alcohol abuse. But none can take a parent's place. Drug education must begin at home and in the neighbourhood long before the classroom.

Statement from President Bush, the White House, February 26, 1990.

Dalam makalah ini akan dibahas mengenai dasar-dasar pencegahan penggunaan narkotika dan obat

Alamat korespondensi:

Dr. Hardiono D Puspongoro, Sp.A(K).
Kepala Subbagian Neurologi Anak. Bagian Ilmu Kesehatan Anak FKUI-RSCM. Jl. Salemba No. 6. Jakarta 10430.
Telepon: 021-314 9161. Fax. 021-391 3982.

terlarang. Untuk dokter anak, terlalu sulit untuk melakukan program pencegahan secara menyeluruh di ruang praktek pribadinya. Yang diperlukan untuk dokter anak adalah mengenal tahap perkembangan seorang anak, mengenal dan mendeteksi faktor risiko, dan mencoba mengurangi faktor risiko tersebut, atau merujuk pasien ke ahlinya.

Dipresentasikan pada Simposium deteksi dini dan penanggulangan penyalahgunaan narkoba pada anak. Bagian Anak RS Fatmawati dan IDI Cabang Jakarta Selatan. RS Fatmawati, 5 Agustus 2000.

Tahapan Perkembangan Anak^{3,4}

Umur 5-8 tahun

Pada masa 5-8 tahun ini anak mengalami perubahan yang mencolok, dari seorang anak berumur 4 tahun yang belum matang secara sosial, fisik, dan emosi sampai menjadi anak berumur 9 tahun yang telah siap untuk memasuki fase adolesens. Hubungan dengan orangtua masih menjadi preokupasi, walaupun ia mulai menaruh minat kepada kawan sebayanya. Mereka sangat berkeinginan untuk belajar. Mereka belum dapat berpikir secara abstrak dan tidak mengetahui konsekuensi di kemudian hari dari suatu tindakan. Anak akan belajar dari contoh yang didapat, terutama dari orang tua. Mereka mulai sadar adanya orang tua yang merokok atau minum alkohol, dan mulai merasakan pengaruh dari media masa.

Umur 9-12 tahun

Pada umur 9-12 tahun mereka senang belajar dan sudah mempunyai bayangan mengenai pendidikan. Bila suasana di rumah tidak enak, mereka sudah mulai merasakannya. Pada akhir periode ini, anak sudah mulai mempunyai bayangan mengenai keputusan apa yang akan terjadi. Saat ini belum merupakan periode risiko penggunaan obat, tetapi kita sudah harus mengidentifikasi anak yang mengalami risiko. Perlu perhatian, oleh karena saat ini mereka sudah mulai berkawan, terutama dengan jenis kelamin yang sama.

Umur 12-14 tahun

Saat umur 12-14 tahun merupakan periode *storm and*

stress. Mereka mulai matang secara fisik dan seksual, tetapi belum matang secara emosi, kognitif dan moral. Mereka harus belajar mengenai cara mengembangkan rasa percaya diri dan kemampuannya, mengenal keharusan melanjutkan pendidikan, mengenal tekanan dari teman dan lingkungan, serta mengenal sumber untuk menolong orang lain. Pada kelompok umur ini mereka percaya bahwa teman dapat membantu mereka mengatasi *stress*. Mereka mulai banyak menghabiskan waktu dengan teman. Mereka menganggap bahwa orang dewasa tidak dapat mengerti masalah mereka. Mereka ingin tampil dan diterima dipergaulan. Saat ini merupakan periode yang sangat menentukan karena hubungan mereka dengan kawan dapat jauh melebihi hubungan dengan orang tua, sehingga komunikasi dengan orang tua mulai berkurang. Mereka senang melakukan sesuatu yang mengandung risiko dan terlihat hebat.

Umur 14-18 tahun

Umur 14-18 tahun merupakan fase yang cepat berubah antara imaturitas pada fase adolesen awal menjadi orang dewasa. Anak yang berumur 14 tahun sangat dipengaruhi oleh teman yang lebih tua, bahkan pengaruh teman lebih kuat dari pengaruh orang tua. Mereka terpapar pada nilai-nilai yang berbeda dari yang diperoleh di rumah. Saat ini orang tua dapat berperan untuk berkomunikasi dengan baik. Dua hal yang harus diperhatikan adalah tetap menjadi pemimpin keluarga tanpa terlalu memutuskan dan mendengarkan tanpa memberi nasehat kecuali diperlukan.

Sejarah Program Pencegahan⁵

1. Pencegahan berdasarkan intuisi

Program pencegahan dikembangkan oleh individu yang merasa terpanggil untuk melaksanakan program pencegahan, tanpa latar belakang akademik yang cukup. Umumnya program terfokus pada pemberian informasi obat misalnya bagaimana bentuknya, bagaimana cara menggunakannya dan bagaimana mereka mendapat obat, dan konsekuensi dari penggunaan obat. Salah satu ciri khas dari program ini adalah menggunakan testimonial, berupa menampilkan eks pengguna untuk mempresentasikan ceritanya serta menjelaskan kehancuran karena adiksi.

Secara intuisi dan logika, banyak orang berpendapat bahwa penggunaan obat disebabkan kurangnya rasa percaya diri, sehingga program pencegahan dilakukan untuk memperbaiki rasa percaya diri. Suatu program intuitif yang dilakukan secara besar-besaran misalnya proyek DARE (*drug abuse resistance education*) di Amerika, dilakukan oleh polisi tanpa seragam di sekolah-sekolah. Setiap tahun DARE dilakukan terhadap 51/2 juta anak di 50 negara bagian.

Dalam pelaksanaan program ini, banyak gagasan baik yang muncul, namun ternyata bahwa gagasan intuitif saja tidak cukup dan dapat berakibat timbulnya suatu pola pemikiran yang kaku yang menghalangi dilakukannya program yang lebih efektif. Berbagai penelitian melaporkan bahwa program DARE tidak efektif. Perbedaan dampak jangka pendek dan panjang tidak terlihat. Penggunaan obat di sekolah yang melaksanakan DARE dan yang tidak melaksanakan hampir serupa.

2. Pencegahan berdasarkan teori

Program pencegahan ini dibuat berdasarkan riset formal. Berbagai disiplin melaksanakan program pencegahan menurut teorinya masing-masing. Ahli psikologi sosial menggunakan teori pembelajaran sosial. Menurut teori ini, perilaku seseorang tergantung pada harapannya akan suatu hasil bila ia melakukan sesuatu. Faktor lingkungan sangat berpengaruh karena pengguna obat mempelajarinya melalui pergaulan sosial. Pencegahan berdasarkan teori ini menekankan perlunya membentuk kemampuan personal-sosial seseorang untuk melawan tekanan dari lingkungan dan teman untuk menggunakan obat. Mereka harus belajar norma yang benar, belajar menolak dan belajar keterampilan sosial. Model sosio-kultural dilakukan berdasarkan asumsi bahwa perubahan dalam pengetahuan akan menyebabkan perubahan norma sosial.⁶ Bila seseorang diberi pengetahuan mengenai penyalahgunaan obat, maka ia akan menghindari penggunaan obat terlarang. Selain kedua teori ini, masih banyak teori lainnya. Beberapa program yang memperhatikan pengaruh faktor sosial dan kemampuan menghadapi hidup relatif lebih efektif, misalnya *Project SMART*, *Project STAR*, dan *Life Skills Training*.

3. Pencegahan berdasarkan data

Setelah berbagai program berdasarkan teori diaplikasi-

kan, penelitian terfokus pada fakta yang didapat dari pelaksanaan program tersebut. Perbedaan pokok antara dasar teori dan dasar data adalah pada program berdasar data selalu dilakukan penelitian terhadap variabel yang bermakna secara empiris. Perhatian lebih ditujukan kepada variabel yang bermakna sedangkan variabel yang tidak bermakna dikeluarkan dari program atau tidak menjadi titik perhatian.

Berbagai Program Pencegahan

Tidak ada metode pencegahan yang sempurna, yang dapat diterapkan untuk seluruh populasi. Populasi yang berbeda memerlukan tindakan pencegahan yang berbeda pula. Pembagian metode pencegahan adalah,¹

1. Pencegahan universal, ditujukan untuk populasi umum baik untuk keluarga maupun anak.
2. Pencegahan selektif, ditujukan bagi keluarga dan anak dengan risiko tinggi. Risiko tersebut dapat berupa risiko demografis, lingkungan psiko-sosial dan biologis.
3. Pencegahan terindikasi, ditujukan terhadap kasus yang mengalami berbagai faktor risiko dalam suatu keluarga yang disfungsi.

Untuk masing-masing tipe pencegahan tersebut, upaya pencegahan dapat dilakukan di sekolah, keluarga, komunitas, tempat kerja, saat rekreasi, kegiatan agama, dan lain-lain. Usaha pencegahan dapat ditujukan untuk anak sendiri atau orang tua dan lingkungannya.

Tujuan Program Pencegahan

Penelitian menunjukkan bahwa program pencegahan ditujukan pada 12 bidang.⁵

- Kepercayaan normatif – Persepsi mengenai prevalens penggunaan obat. Persepsi ini sering dibesar-besarkan, sehingga anak berpikir bahwa penggunaan obat sangat sering, dan lebih dapat diterima.
- Perilaku/gaya hidup – Derajat persepsi anak mengenai obat sebagai bagian dari gaya hidup. Bila anak mempunyai persepsi bahwa gaya hidupnya tidak cocok dengan obat, mereka akan lebih

terproteksi.

- Komitmen – Merupakan komitmen pribadi mengenai penggunaan obat.
- Kepercayaan akan risiko – Anak harus mempunyai kepercayaan yang benar mengenai konsekuensi sosial, psikologis, dan kesehatan. Pada anak yang menjadi anggota suatu kelompok, mencari kesenangan, napas berbau, sakit, kemungkinan mengalami masalah.
- Kemampuan penolakan – Kesanggupan untuk mengidentifikasi dan menghindari tekanan kawan untuk menggunakan obat.
- Kemampuan untuk menetapkan tujuan – Kemampuan menetapkan tujuan dan perilaku, serta melakukan strategi untuk mencapai tujuan.
- Kemampuan untuk mengambil keputusan – Kemampuan ini juga perlu dilatih agar anak dapat mengambil keputusan yang tepat.
- Kegiatan alternatif – Partisipasi dalam aktivitas menyenangkan yang tidak melibatkan penggunaan obat.
- Percaya diri – Derajat rasa harga diri dan kepercayaan bahwa mereka mempunyai karakteristik yang positif.
- Kemampuan manajemen stress – Kemampuan untuk mengatasi stres, termasuk melakukan relaksasi atau menghadapi situasi yang berisiko.
- Keterampilan sosial – Kesanggupan untuk berkawan secara positif.
- Kemampuan membantu – Bagaimana mereka dapat membantu kawan yang mempunyai masalah, termasuk pula kemampuan mencari pertolongan bila terjadi masalah.

Menurut penelitian berdasarkan data, pengaruh masing-masing faktor tersebut tidak sama. Faktor yang paling bermakna adalah kepercayaan normatif, kepercayaan bahwa penggunaan obat dapat mengubah gaya hidup yang diinginkan, dan pembentukan komitmen pribadi untuk tidak menggunakan obat. Prediktor agak kuat adalah kemampuan menghadapi tekanan teman dan kepercayaan terhadap konsekuensi penggunaan obat.

Faktor Risiko dan Faktor Protektif

Semua upaya pencegahan pada umumnya ditujukan untuk memperbaiki/mengurangi faktor risiko dan

memperkuat faktor protektif dalam berbagai bidang. Faktor risiko mempermudah seseorang untuk menjadi pengguna sedangkan faktor protektif membuat seseorang cenderung tidak menggunakan obat.

Keberhasilan program ditentukan oleh kemampuannya mengubah karakteristik anak, keluarga, lingkungan dan sekolah secara bermakna. Dua hukum keberhasilan adalah (1) *the law of indirect effect*, program harus dapat mengubah variable risiko dan protektif. (2) *the law of maximum expected potential effect*, hanya program yang bertujuan dan mengubah karakteristik yang bermakna pada penggunaan obat mempunyai potensi untuk sukses. Program yang tidak menargetkan karakteristik yang dituju atau program yang tidak berhasil mengubah target tujuan tersebut pada umumnya akan gagal.⁵

Para peneliti telah berusaha mengidentifikasi variabel-variabel yang penting. Telah diteliti bahwa etiologi penyalahgunaan obat terlarang merupakan suatu kombinasi yang kompleks dari faktor genetik, biologis, dan sosial. Terdapat banyak faktor risiko namun beberapa faktor risiko yang terpenting misalnya.¹

- Faktor risiko genetik, apabila orang tua atau saudara kembar laki-laki pengguna obat terlarang. Faktor protektif misalnya intelegensi yang tinggi.
- Faktor kepribadian dan perilaku. Beberapa keadaan psikopatologik misalnya ansietas, perilaku menyimpang, penyakit konduk, kepribadian antisosial, gangguan afektif atau *attention deficit disorders/hyperactivity* telah diketahui merupakan faktor risiko. Penyandang kelainan ini seringkali menggunakan obat untuk mengurangi gejala psikiatrik (*self medication hypothesis*). Kurangnya rasa percaya diri dan perilaku mencari risiko juga berpengaruh. Faktor protektif adalah adanya nilai untuk kesehatan dan pencapaian tujuan.
- Faktor lingkungan rumah. Anak yang mempunyai orang tua dengan kepribadian antisosial lebih berisiko. Kemampuan orang tua untuk mengasuh anak juga menentukan faktor risiko, terutama pada masa adolesen saat anak mencari jati dirinya. Keluarga yang terlalu kaya, terlalu miskin, atau keluarga yang tidak mempunyai norma yang jelas juga berpengaruh. Faktor protektif misalnya sekolah yang baik, hubungan antar keluarga yang erat, dan orang tua yang sangat berminat membantu anak.

- Faktor lingkungan sekolah misalnya bila anak tidak menyukai sekolahnya, tidak mempunyai teman banyak atau berkawan dengan pengguna, tidak aktif mengikuti aktivitas ekstrakurikulum, sering membolos, dan lain-lain.
- Faktor kawan misalnya berkawan dengan perokok, pengguna narkotika, dengan kelompok yang menganggap bahwa penggunaan narkotika adalah hal biasa, kepribadian dan perilaku yang buruk sehingga sering melakukan kekerasan dan melawan hukum.

Suatu metaanalisis dari 242 penelitian telah dilakukan untuk mengidentifikasi variable yang penting yaitu penggunaan obat pada masa yang lampau, dorongan untuk menggunakan obat, faktor kognitif, kompetensi, kepribadian, pengaruh sekolah, penggunaan obat oleh orang lain, tekanan untuk menggunakan obat, karakteristik kawan bermain, faktor rumah dan demografi misalnya umur, kelamin dan etnis.⁵

Beberapa variable yang dapat dipengaruhi secara bermakna misalnya hasil penelitian pada *Midwest Prevention Project*. Ternyata faktor kepercayaan normatife dan kepercayaan terhadap konsekuensi penggunaan obat menunjukkan kemaknaan sedangkan kemampuan menolak tawaran obat tidak begitu bermakna. Program yang melakukan edukasi normatife ternyata lebih berhasil dibanding program yang menekankan kemampuan penolakan. Kemampuan penolakan dapat dilakukan, tetapi hanya bila anak menunjukkan motivasi untuk belajar.

Bila anak telah sempat menggunakan obat, risiko untuk menggunakan obat lain menjadi berlipat ganda; terutama bila obat juga digunakan oleh kawan, saudara, dan orang tua yang dapat merupakan prediktor yang baik. Kepercayaan terhadap konsekuensi psikologis dan sosial berpengaruh, sebaliknya kepercayaan terhadap konsekuensi kesehatan tidak begitu berpengaruh. Beberapa karakteristik yang merupakan faktor prediksi yang lemah misalnya faktor rumah, kepribadian orang tua, hubungan orang tua-anak, status perkawinan orang tua, pendidikan orang tua, status sosio-ekonomi. Beberapa faktor lain misalnya perhatian orang tua, gaya pengasuhan, dan penggunaan obat oleh orang tua merupakan faktor yang penting. Beberapa hal lain yang penting misalnya kehadiran dalam pertemuan agama, partisipasi dalam olahraga dan kegiatan sosial lainnya.

Pencegahan yang dapat diupayakan oleh dokter anak

Umumnya pencegahan ditujukan untuk mengurangi faktor risiko dan meningkatkan faktor proteksi dari individu, keluarga dan lingkungannya. Tugas dari seorang dokter anak adalah mengawasi adanya faktor risiko tersebut, mengatasinya atau merujuknya kepada ahli lain. Harus diingat bahwa faktor risiko dan faktor proteksi dapat berlainan dan berubah-ubah sesuai nilai sosial-budaya dan fase pertumbuhan-perkembangan anak.

Bagaimana dokter anak mempunyai kesempatan untuk mengenal faktor risiko dengan mudah dan cepat? Gunakanlah kuesioner baku yang dapat diisi orang tua untuk mencari data. Bila keluarga atau anak menunjukkan kelainan, dapat diperiksa lebih lanjut. Beberapa kuesioner baku yang dapat digunakan misalnya At Risk Inventory.⁹ Dengan mengisi 140 pertanyaan, dapat diperoleh data mengenai:

- Faktor risiko genetik
- Faktor risiko dalam kehamilan
- Kepribadian dan ciri risiko tinggi
- Faktor risiko rumah
- Faktor risiko sekolah
- Faktor risiko kawan
- Faktor risiko komunitas

Selain itu, dokter anak yang berminat juga dapat meningkatkan kemampuan dengan bekerjasama dengan sekolah untuk menyebarluaskan informasi, mendeteksi faktor risiko, bersama guru membuat kurikulum pencegahan dan aturan main di sekolah, dan lain-lain. Di lingkungan rumah, dokter anak juga dapat berperan dalam hal tersebut. Dokter anak sebagai orang tua juga wajib melindungi keluarganya sendiri, mempraktekkan teori pencegahan dengan kurikulum yang baku untuk anak mereka.

Daftar Pustaka

1. Ashery RS, Robertson EB, Kumpfer KL. Drug abuse prevention through family intervention. NIDA Research Monographs 177, 1998.
2. Puspongoro HD, Mustafa I, Kairupan R. Pencegahan kambuh jangka panjang adiksi heroin dengan antagonis opiat. Makalah dipresentasikan pada KONIKA XI, Bukittinggi, 1999.
3. US Department of Education. Learning to live drug free, a curriculum model for prevention, 1992.
4. Schowalter JE. Normal adolescent development. Dalam:

- Kaplan HI, Saddock BJ penyunting. Comprehensive Textbook of Psychiatry VI, edisi ke-6. William & Wiskins, Baltimore, 1995.
5. Hansen WB. Prevention programs: What are the critical factors that spell success? National conference on drug abuse prevention research: Presentation, papers, and recommendations. NIDA, 1999.
 6. Gonzales GM, Clement VV. Preventing substance abuse in higher education. US Department of Education, 1994.
 7. American Academy of Pediatrics. Policy statement on the role of school and pediatrician in combating substance abuse. Pediatrics 1995; 95:784-5.
 8. Liepman MR, Keller DM, Bothello RJ dkk. Adolescent medicine. Understanding and preventing substance abuse by adolescent. Primary care, clinics on office practice 1998; 25:137-62.
 9. Rahrer JS. Fail safe parenting. A personalized foolproof plan to prevent or stop your child's alcohol or drug abuse. Pharos Consulting Publications, Fort Wayne, 1998.