

Lingkungan Sosial Pasien Ketergantungan Obat di Rumah Sakit Ketergantungan Obat dan di Inabah

Sudibyo Supardi, Rini Sasanti Handayani, Max Joseph Herman
Pusat Penelitian dan Pengembangan Farmasi, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI, Jakarta

ABSTRAK

Ketergantungan obat (narkotik dan atau psikotropik) adalah suatu ketergantungan psikis dan atau fisik yang diakibatkan karena adanya interaksi antara organisme hidup dengan obat. Korban ketergantungan obat di kota-kota besar di Indonesia meningkat setiap tahunnya. Dalam upaya penyuluhan masyarakat untuk pencegahan meningkatnya korban ketergantungan obat, perlu informasi mengenai lingkungan sosial yang melatarbelakangi penyalahgunaan obat.

Informasi tersebut didapat melalui penelitian deskriptif dengan metoda wawancara berpedoman pada kuesioner. Sampel penelitian adalah semua korban ketergantungan obat (lama dan baru) yang telah dapat diwawancarai dan sedang dirawat di RSKO, Inabah 1 dan Inabah 13 antara bulan Agustus sampai dengan bulan Oktober 1990. Skoring variabel dilakukan terhadap keadaan ekonomi keluarga, komunikasi keluarga, kerukunan keluarga, pelaksanaan ibadah dan kebiasaan merokok/minum/menggunakan obat.

Hasil penelitian menunjukkan sebagai berikut :

1. Pasien ketergantungan obat persentase terbesar berasal dari keluarga : yang kedua orang tua tinggal bersamanya, mempunyai jumlah anak 3-5 orang, keadaan ekonominya tinggi, komunikasi dalam keluarga sedang atau buruk, keluarga tidak rukun, pelaksanaan ibadah cukup, dan mempunyai kebiasaan merokok/minuman keras/menyalahgunakan obat dalam keluarga sedang.
2. Pasien ketergantungan obat persentase terbesar berasal dari kota besar dan terpapar oleh teman mainnya.

Dalam upaya penyuluhan untuk mencegah penyalahgunaan obat, disarankan agar orang tua hendaknya dilibatkan secara aktif.

PENDAHULUAN

Penyalahgunaan obat adalah suatu penggunaan obat di luar pengawasan medik yang dapat menimbulkan keadaan yang tak terkuasai oleh individu, atau yang menimbulkan suatu keadaan yang dapat membahayakan/mengancam masyarakat⁽¹⁾. Golongan obat yang disalahgunakan umumnya narkotik dan psikotropik, diminum bersama minuman keras. Penyalahgunaan obat

dapat mengakibatkan ketergantungan obat⁽²⁾.

Ketergantungan obat adalah suatu ketergantungan psikis dan atau fisik yang diakibatkan karena adanya interaksi antara organisme hidup dengan suatu obat⁽¹⁾. Akibat lanjut dari ketergantungan obat berupa komplikasi medis seperti sindrom otak organik, malnutrisi, gangguan fisik, gangguan kejiwaan, di samping sering menimbulkan gangguan sosial/kriminal⁽³⁾.

Korban ketergantungan obat di kota-kota besar di Indonesia meningkat setiap tahunnya. Dalam upaya penyuluhan masyarakat, perlu informasi mengenai lingkungan sosial orang yang menyalahgunakan obat. Karena penyalahgunaan obat merupakan hal yang dilarang undang-undang dan agama, juga diagnosis-nya sering memerlukan konfirmasi laboratorium, maka informasi tersebut didapat melalui penelitian terhadap pasien ketergantungan that yang sedang dirawat secara medik di Rumah Sakit Ketergantungan Obat (RSKO) Jakarta dan secara tradisional di Inabah 1 Ciamis dan Inabah 13 Yogyakarta⁽⁴⁾.

METODE PENELITIAN

Faktor-faktor yang melatar belakangi pasien ketergantungan obat (PKO) dapat digambarkan dalam model berikut⁽⁵⁾.



Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif yang dibatasi pada lingkungan sosial atau sosiopatologik PKO dengan metoda wawancara berpedoman pada kuesioner. Populasi penelitian adalah semua pasien ketergantungan that (lama dan baru) yang telah dapat diwawancarai dan sedang dirawat di RSKO, Inabah 1 dan Inabah 13 antara bulan Agustus sampai dengan bulan Oktober 1990. Sampling dilakukan secara sensus; didapat 19 pasien di RSKO, 30 pasien di Inabah 1 dan 20 pasien di Inabah 13. Penelitian ini merupakan bagian dari "Penelitian Penyalahgunaan Obat Golongan Narkotika dan Psikotropik oleh Pasien Ketergantungan Obat" yang dilaksanakan oleh Puslitbang. Farmasi tahun anggaran 1990/1991.

Skoring dilakukan sebagai berikut :

1. Keadaan ekonomi

Keadaan ekonomi keluarga diukur berdasarkan pemilikan beberapa kelengkapan rumah tangga yang lazim terdapat path keluarga dengan pendapatan atau keadaan ekonomi yang baik di kota besar, yaitu :

- | | |
|-------------------------------|------------|
| 1. Memiliki rumah permanen | bobot = 2 |
| 2. Memiliki mobil | bobot = 1 |
| 3. Memiliki motor | bobot = 1 |
| 4. Memiliki telepon | bobot = 1 |
| 5. Memiliki televisi berwarna | bobot = 1 |
| | Jumlah = 6 |

Keadaan ekonomi dibuat skor; tinggi (4-6), sedang (2-3) dan rendah (0-1).

2. Komunikasi keluarga

Komunikasi keluarga dinilai berdasarkan seringnya kontak antar anggota keluarga, ditentukan dengan adanya :

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 1. Kebiasaan makan bersama minimal sekali dalam sehari | 1 |
| 2. Kebiasaan membicarakan masalah yang sedang dihadapi anggota keluarga | 2 |
| 3. Kebiasaan berkumpul bersama keluarga seperti nonton TV, olah raga atau kegiatan lain | 1 |
| | jumlah = 4 |

Komunikasi keluarga dibuat skor; baik (3-4), sedang (1-2) dan buruk (0).

3. Kerukunan keluarga

Kerukunan keluarga dinilai secara tidak langsung berdasarkan pendapat responden tentang:

- | | |
|----------------------------------------------------------|------------|
| 1. Sering terjadi pertengkaran antar orang tua | 1 |
| 2. Sering terjadi pertengkaran antar anggota keluarga | 1 |
| 3. Adanya perbedaan paham atau pendapat dengan orang tua | 2 |
| | jumlah = 4 |

Kerukunan keluarga dibuat skor; rukun (0), kurang rukun (1) dan tidak rukun (2-4).

4. Pelaksanaan ibadah

Pelaksanaan ibadah dinilai berdasarkan jawaban tentang:

- | | |
|----------------------------------------------------------|------------|
| 1. Pelaksanaan ibadah wajib/ritual oleh orang tua | 1 |
| 2. Keharusan setiap anggota keluarga melaksanakan ibadah | 1 |
| 3. Pelaksanaan ibadah wajib/ritual oleh responden | 1 |
| 4. Adanya kebiasaan saling mengingatkan aturan agama | 1 |
| | jumlah = 4 |

Pelaksanaan ibadah dibuat skor; baik (4), cukup (2-3) dan kurang (0-1).

5. Kebiasaan merokok/minum/menyalahgunakan obat

Kebiasaan merokok, minum minuman keras dan menyalahgunakan obat dinilai dengan:

- | | |
|--------------------------------------------------------|------------|
| 1. Adanya anggota keluarga yang sering merokok | 1 |
| 2. Adanya anggota keluarga yang sering meminum alkohol | 1 |
| 3. Adanya anggota keluarga yang sering mernakai obat | 2 |
| | Jumlah = 4 |

Kebiasaan minum dibuat skor; tinggi (3-4), sedang (1-2) dan rendah (0).

HASIL PENELITIAN

Lingkungan sosial atau sosiopatologik penyalahgunaan obat meliputi kelengkapan keluarga, besar keluarga, keadaan ekonomi keluarga, komunikasi keluarga, kerukunan keluarga, pelaksanaan ibadah, kebiasaan merokok, meminum minuman keras dan menyalahgunakan obat, kota pemaparan dan lingkungan pemaparan dari PKO.

1. Kelengkapan keluarga

Tabel 1. Distribusi frekuensi pasien berdasarkan kelengkapan keluarga

Kelengkapan keluarga	n	9b
Lengkap (tinggal dengan orang tua)	50	72,5
Tidak lengkap	19	27,5
Jumlah	69	100,0

2. Besar keluarga

Tabel 2. Dtribusi frekuensi pasien berdasarkan besar keluarga

Bear keluarga	n	96
Kecil (1-2 anak)	4	5,8
Sedang (3-S anak)	36	52,2
Besar (> S anak)	29	42,0
Jumlah	69	100,0

3. Keadaan ekonomi

Tabel 3. Distribusi frekuensi pasien berdasarkan keadaan ekonomi

Keadaan ekonomi	n	96
Tinggi	47	68,1
Sedang	17	24,6
Rendah	5	7,3
Jumlah	69	100,0

4. Komunikasi keluarga

Tabel 4. Distribusi frekuensi pasien berdasarkan komunikasi dalam keluarga

Komunikasi keluarga	n	96
Baik	29	42,0
Sedang	21	30,5
Buruk	19	27,5
Jumlah	69	100,0

5. Kerukunan keluarga

Tabel 5. Distribusi frekuensi pasien berdasarkan kerukunan keluarga

Kerukunan keluarga	n	96
Rukun	13	18,8
Kurang rukun	9	13,1
Tidak rukun	47	68,1
Jumlah	69	100,0

6. Pelaksanaan ibadah

Tabel 6. Distribusi frekuensi pasien berdasarkan pelaksanaan ibadah

Pelaksanaan ibadah	n	96
Baik	10	14,4
Cukup	38	55,1
Kurang	21	30,5
Jumlah	69	100,0

7. Kebiasaan merokok, minum dan menyalahgunakan obat

Tabel 7. Distribusi frekuensi pasien berdasarkan kebiasaan merokok, meminum minuman keras dan menggunakan obat dalam keluarga

Kebiasaan rokok/minuman keras/obat	n	9fo
Tinggi	6	8,7
Sedang	44	63,8
Rendah	19	27,5
Jumlah	69	100,00

8. Kota pemaparan

Tabel 8. Distribusi frekuensi pasien berdasarkan kota pemaparan

Kota pemaparan	n	96
Ibukou propinsi	45	65,2
Kota lainnya	24	34,8
Jumlah	69	100,0

9. Lingkungan pemaparan

Tabel 9. Paden berdasarkan lingkungan pemaparan

Ungkungan pemaparan	(n = 69)	96
Taman main	46	66,7
Taman sekolah	32	46,4
Teman kegiatan/Club	7	10,16

PEMBAHASAN

1. Kelengkapan keluarga

PKO sebagian besar berasal dari keluarga yang lengkap yaitu tinggal dengan kedua orang tuanya (**tabel 1**).

PKO belum mampu mandiri karena umumnya pelajar atau pengangguran dan berumur 16-25 tahun, namun kedua orang tuanya mungkin karena berbagai hal tidak mampu mengawasi anaknya. Juga tennasuk PKO yang mempunyai keluarga tidak lengkap, yaitu salah satu orang tuanya meninggal atau bertempat tinggal jauh.

2. Besar keluarga

Sebagian besar PKO berasal dari keluarga yang mempunyai anak 3 orang atau lebih (**tabel 2**). Alasannya adalah bila anak banyak, orang tua mungkin akan lebih sulit untuk memberikan perhatian kepada semua anaknya. Anak yang merasa kurang mendapat perhatian orang tuanya dapat melarikan diri melalui penyalahgunaan obat.

3. Keadaan ekonomi keluarga

PKO terutama berasal dari keluarga yang keadaan ekonominya tinggi, minimal memiliki rumah tinggal, kendaraan roda dua dan televisi berwarna (**tabel 3**).

Ekonomi keluarga yang tinggi dapat meningkatkan kemampuan, mobilitas dan luasnya pergaulan anggota keluarganya, sehingga memudahkan mereka terpapar oleh obat. Keadaan ekonomi keluarga yang tinggi juga memungkinkan anak mendapat uang jajan yang cukup untuk membeli obat dan minuman keras; selain itu juga merupakan sasaran bagi para pengedar⁽⁵⁾.

Ada juga PKO yang berasal dari keluarga yang keadaan ekonominya rendah, sehingga melakukan berbagai tindak kriminal untuk mendapatkan obat yang disalahgunakan. Namun PKO ini jumlahnya kecil, karena mungkin tidak mampu untuk berobat ke RSKO atau Inabah.

4. Komunikasi keluarga

PKO terutama berasal dari keluarga dengan komunikasi yang sedang atau buruk, yaitu tidak ada acara makan bersama, kegiatan bersama dalam acara santai atau memecahkan masalah yang dihadapi anggota keluarga (**tabel 4**). Komunikasi yang baik dalam keluarga (akrab) memberikan rasa aman kepada anggota keluarga dan berkurangnya keakraban dapat menimbulkan perasaan kurang aman, kecemasan serta kesepian. Untuk mengatasi perasaan ini individu cenderung mencari komunikasi di luar keluarga (dengan teman sekolah atau teman main), atau melarikan diri dari kenyataan melalui penyalahgunaan obat⁽⁵⁾.

5. Kerukunan keluarga

PKO terutama berasal dari keluarga yang tidak rukun, yaitu sering terjadi pertengkaran antara anggota keluarga dan antara PKO dengan orang tua/ayahnya (**tabel 5**). Keluarga yang tidak rukun menyebabkan anggota keluarga merasa kurang mendapat dukungan, merasa kurang aman, serta mudah mengalami konflik dengan anggota keluarga yang lain. Salah satu cara untuk mengatasi kecemasan adalah dengan menyalahgunakan obat⁽⁵⁾.

6. Pelaksanaan ibadah

PKO kebanyakan berasal dari keluarga yang pelaksanaan ibadah ritualnya cukup, yaitu orang tua melaksanakan ibadah ritual secara rutin, namun PKO tidak melaksanakannya (**tabel 6**).

Ajaran agama merupakan sumber norma untuk perilaku yang benar dan yang salah, serta membantu penyesuaian diri dalam lingkungan sosial dan penyelesaian konflik dalam dirinya. Tanpa adanya norma agama, terlihat dari PKO yang umumnya tidak melaksanakan ibadah ritual, PKO kurang menyadari bahwa penyalahgunaan obat merupakan perilaku yang salah menurut agama⁽⁴⁾.

7. Kebiasaan merokok/minum/menyalahgunakan obat

PKO terutama berasal dari keluarga yang mempunyai kebiasaan minum sedang, yaitu orang tua atau kakak laki-laki PKO merokok, meminum minuman keras dan atau menyalahgunakan obat (**tabel 7**). Sebagai anggota keluarga, PKO senantiasa mengalami proses internalisasi norma sosial yang berlaku pada lingkungannya. Lingkungan yang paling dekat adalah keluarga, dan anak akan meniru perilaku keluarganya. Akibatnya

anggota keluarga yang dibesarkan dalam lingkungan keluarga yang biasa menyalahgunakan obat cenderung lebih mudah menyalahgunakan obat⁽⁵⁾.

8. Kota besar

PKO sebagian besar berasal dari kota besar/ibukota propinsi (**tabel 8**). Menurut pendapat ahli sosial, kota besar dan daerah *urban* yang padat merupakan tempat yang cocok untuk penyalahgunaan obat, kenakalan remaja dan kriminalitas. Pendapat lain adalah bahwa kota besar merupakan tempat yang mudah menimbulkan stres, dan penyalahgunaan obat merupakan salah satu jalan keluarnya⁽⁵⁾.

9. Lingkungan pemaparan

PKO sebagian besar terpengaruh/terpapar dari teman main atau teman sekolahnya (**tabel 9**). Alasannya adalah PKO umumnya remaja berumur 16–25 tahun yang masih menjalani proses pendewasaan diri, sehingga mudah terpengaruh lingkungan sosialnya. Teman main atau teman sekolah yang biasa menyalahgunakan obat sangat besar pengaruhnya⁽⁵⁾.

KESIMPULAN

- 1) Pasien ketergantungan obat persentase terbesar berasal dari keluarga : yang kedua orang tua tinggal bersamanya, mempunyai jumlah anak 3—5 orang, keadaan ekonominya tinggi, komunikasi dalam keluarga sedang atau buruk, keluarga tidak rukun, pelaksanaan ibadah cukup, dan mempunyai kebiasaan merokok/minuman keras/menyalahgunakan obat dalam keluarga sedang.
- 2) Pasien ketergantungan obat persentase terbesar berasal dari kota besar dan terpapar oleh teman mainnya.

Dalam upaya mencegah penyalahgunaan obat, disarankan agar orang tua hendaknya :

1. Mengusahakan agar anak dapat tinggal bersamanya, sehingga dapat mengawasi pergaulan anaknya sampai ia cukup dewasa.
2. Menyesuaikan jumlah anak dengan kemampuan mendidiknya, jangan banyak anak kalau tidak mampu mendidik.
3. Memelihara komunikasi yang baik dengan anak melalui kegiatan bersama, misalnya pada saat makan malam, nonton televisi, piknik atau berolah raga.
4. Membina kerukunan keluarga, sehingga terjadi hubungan yang harmonis antara suami dengan isteri, orang tua dengan anak, atau antar anak.
5. Menanamkan ajaran agama sedini mungkin melalui contoh langsung dan pendidikan, agar anak mempunyai pedoman untuk mengetahui perilaku yang benar dan yang salah.
6. Mengupayakan agar anak memilih teman main yang tidak terpapar oleh penyalahgunaan obat.

KEPUSTAKAAN

1. Kramer JF, Cameron DC. A Manual on Drug Dependence. Geneva: WHO, 1975.
2. Erwin Widjono. Masalah Ketergantungan Obat Dalam: Masalah Ketergan-

- tungan Obat Narkotik di Indonesia. Departemen Kesehatan RI, Jakarta, 5. 1976.
3. Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia edisi II, 1983 (revised). Direkiorat Kesehatan Jiwa Depkes, Jakarta, 1985.
 4. Hasun Nasution. Thoriqot Qodiriyyah Naqsabandiyyah. Sejarah. Asal-usul dan Perk Institut Agama Islam Latifah Mubarokiyah (IAILM), Tasikmalaya, 1990.
 5. Abdul Rahman Alwahdy. Studi tentang Psikopatologi dan Lingkungan Sosial pada Pasien Ketergantungan Obat di Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta. l'hesis Pascasarjana UI, Bidang Studi Kesehatan Masyarakat, Jakarta, 1985.
 6. Dinas Kesehatan DKI Jakarta. Usaha Pencegahan terhadap Pa an Obat. Dalam: Masalah Penyalahgunain Obel/Narkotika din Penang gulangannya. Dinkea DKI Jakarta, 1983.

