PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH
No. DAFTAR : 006/PER-UMP/2012
TANGGAL : 29-3-2012

# HUBUNGAN TINGKAT PENYALAHGUNAAN NARKOBA DENGAN KEJADIAN DEPRESI PADA SANTRI DI PUSAT REHABILITASI NARKOBA PSMP DHARMA PALA DAN AR-RAHMAN PALEMBANG

**SKRIPSI**

Sebagai Salah Satu Syarat Memperoleh Gelar
Sarjana Kedokteran (S.Ked)

Oleh:
**ALHAM WAHYUDIN**
**NIM : 702008055**

**FAKULTAS KEDOKTERAN**
**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG**
**2012**

## HALAMAN PENGESAHAN

# HUBUNGAN TINGKAT PENYALAHGUNAAN NARKOBA DENGAN KEJADIAN DEPRESI PADA SANTRI DI PUSAT REHABILITASI NARKOBA PSMP DHARMA PALA DAN AR-RAHMAN PALEMBANG

Dipersiapkan dan disusun oleh
**Alham Wahyudin**
**NIM : 702008055**

Sebagai Salah Satu Syarat Memperoleh Gelar
Sarjana Kedokteran (S.Ked)

Pada tanggal 8 Maret 2012

**Menyetujui :**

**dr. Achmad Junaidi, Sp.S**
Pembimbing Pertama

**dr. Hibsah Ridwan, M.Sc**
Pembimbing Kedua

**Dekan**
**Fakultas Kedokteran**

**Prof. Dr. KHM. Arsyad, DABK, Sp.And**
**NIDN. 0002064803**

# PERNYATAAN

Dengan ini Saya menerangkan bahwa :

1. Karya Tulis Saya, skripsi ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik, baik di Universitas Muhammadiyah Palembang, maupun Perguruan Tinggi Lainnya.
2. Karya Tulis ini murni gagasan, rumusan dan penelitian Saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain, kecuali arahan Tim Pembimbing.
3. Dalam Karya Tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini Saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka Saya bersedia menerima sanksi akademik atau sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Perguruan Tinggi ini.

Palembang, 8 Maret 2012

Yang membuat pernyataan

METERAI TEMPEL

650BDAAF498446158

ENAM RIBU RUPIAH

6000 DJP

Alham Wahyudin

NIM : 702008055

## HALAMAN PERSEMBAHAN DAN MOTTO

*Jangan menunggu karena tak akan ada waktu yang tepat. Mulailah dari sekarang, dan berusahalah dengan segala yang ada. Seiring waktu, akan ada cara yang lebih baik asalkan tetap berusaha*

Skripsi ini penulis persembahkan kepada :
Ibu dan Ayah yang selalu memberikan semangat, motivasi dan memberikan inspirasi, Kakakku yang memberikan ide dan meluangkan waktu untuk menjawab pertanyaan dan kekasihku yang setia membantu dalam menyelesaikan skripsi ini.

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG**
**FAKULTAS KEDOKTERAN**

**SKRIPSI, MARET 2012**
**ALHAM WAHYUDIN**

**HUBUNGAN TINGKAT PENYALAHGUNAAN NARKOBA DENGAN KEJADIAN DEPRESI PADA SANTRI DI PUSAT REHABILITASI NARKOBA PSMP DHARMA PALA DAN AR-RAHMAN PALEMBANG**

**xi + 58 halaman + 8 tabel**

# ABSTRAK

**Latar belakang :** Prevalensi penyalahgunaan narkoba terus meningkat. Dampak utama dari penyalahgunaan narkoba adalah adanya potensi yang dapat menyebabkan terganggunya fungsi mental. Beberapa penelitian menyebutkan penyalahguna narkoba mengalami gangguan psikiatrik dan yang paling sering ditemukan adalah depresi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui adakah hubungan tingkat penyalahgunaan narkoba dengan kejadian depresi pada penyalahguna narkoba yang menjalani rehabilitasi.

**Metode :** Penelitian ini bersifat deksriptif analitik dengan rancangan *cross sectional* terhadap 68 subjek peserta rehabilitasi di pusat rehabilitasi narkoba PSMP Dharma Pala dan Ar-Rahman Palembang. Alat yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner dan HDRS (*Hamilton Depression Rating Scale)* untuk mengukur derajat depresi. Selanjutnya dilakukan analisis statsistik antara variabel tingkat penyalahgunaan narkoba dengan kejadian depresi.

**Hasil :** Dari penelitian sebanyak 68 subjek didapatkan 50% subjek memiliki tingkat penyalahgunaan coba pakai, 36,8% subjek memiliki tingkat penyalahgunaan menengah dan 13,2% subjek memiliki tingkat penyalahgunaan berat. Status depresi didapatkan 72,1% subjek mengalami depresi dan 27,9% subjek tidak mengalami depresi. Terdapat hubungan antara tingkat penyalahgunaan narkoba dengan kejadian depresi pada peserta rehabilitasi dengan nilai $p = 0{,}012$ ($p < 0{,}05$)

**Diskusi :** Penyalahguna narkoba dengan tingkat penyalahgunaan menengah dan berat mempunyai resiko lebih tinggi mengalami depresi. Depresi yang diderita oleh penyalahguna zat merupakan masalah yang perlu diperhatikan secara serius, karena jika tidak ditatalaksana dengan baik, maka depresi tersebut dapat menjadi salah satu alasan untuk mengulangi kebiasaannya.

**Referensi: 33 (1975-2011)**
**Kata kunci : depresi, tingkat penyalahgunaan narkoba, penyalahguna narkoba yang menjalani rehabilitasi**

**UNIVERSITY OF MUHAMMADIYAH PALEMBANG**
**MEDICAL FACULTY**

**RELATIONSHIP OF DRUG ABUSE INCIDENT WITH DEPRESSION IN DRUG REHABILITATION CENTER AT PSMP DHARMA PALA AND AR-RAHMAN PALEMBANG**

**SKRIPSI, MARCH 2012**
**ALHAM WAHYUDIN**

**xi + 58 page + 8 table**

## *ABSTRACT*

***Background*** *:The prevalence of drug abuse continues to increase. The main impact of drug abuse is a potential that can cause disturbance of mental functions. Several research states drug abusers have psychiatric disorders at the most commonly found in depression. This research aimed to determine the level of drug abuse is there relationship with the incidence of depression in drug abusers who had rehabilitation.*

***Method :*** *This research was cross sectional design with 68 subjects on participants at the rehabilitation of drug rehabilitation center PSMP Dharma Pala and Ar-Rahman Palembang. The instrument used in this research is a questionnaire and HDRS (Hamilton Depression Rating Scale) to measure the scale of depression. Analysis statistic performed a between the variable levels of drug abuse with incidence of depression.*

***Result :****From the total 68 research subjects found 50% of the subjects had try to use level of abuse, 36,8% of the subjects had medium level of abuse and 13,2% of the subject had severe levels of abuse. Depression status obtained 72,1% of the subject were depressed. There is a relationship between levels of drug abuse with the incidence of depression on rehabilitation participants with p-value = 0,012 (p<0,05).*

***Discussion :****Drug abuser with medium and severe level of abuse had higher risk of depressed. Depression suffered by drug abuse is a problem that needs to be taken seriously, because if it does not treated by properly, so depressed may become one of reason for repeated drug abuse.*

***Reference: 33 (1975-2011)***
***Keyword : Depression, level of drug abuse, drug abusers in drugs rehabilitation***

# KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Allah SWT karena atas rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul "*Hubungan Tingkat Penyalahgunaan Narkoba dengan Kejadian Depresi Pada Santri di Pusat Rehabilitasi Narkoba PSMP Dharma Pala dan Ar-Rahman Palembang*". Tidak lupa pula shalawat dan salam dihadiahkan kepada nabi besar sekaligus sebagai tauladan kita Nabi Muhammad SAW yang telah membawa kita dari zaman jahilliyah ke zaman islamiah.

Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kedokteran (S.Ked) pada Program Studi Pendidikan Dokter Umum di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang.

Penulis dapat menyusun skripsi ini tentu tidak lepas dari bantuan berbagai pihak, baik secara moril maupun secara material. Oleh karena itu dengan segala kerendahan hati dan pernyataan yang tulus, penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Prof. dr. KHM. Arsyad, DABK, Sp.And, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang, dr. Achmad Junaidi, Sp.S dan dr.Hibsah Ridwan, M.Sc selaku pembimbing yang senantiasa meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan, pengarahan, dan masukkan di sela-sela kesibukannya sehingga skripsi ini dapat terselesaikan. Tidak lupa penulis mengucapkan terima kasih kepada dr. Iskandar, DT&MH., M.Kes.,Sp.Par.K , Drs. Reinhard Nainggolan dan Sahrizal S.Ag beserta Petugas Sosial PSMP Dharma Pala dan Pengasuh Panti Rehabilitasi Ar-Rahman, keluarga, teman-teman dan semua pihak terkait penyusunan skripsi ini, yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, yang telah membantu penulis dalam proses pengumpulan data. Semoga amal baik yang telah diberikan mendapat balasan dari Allah SWT.

Penulis sadar bahwa skripsi ini jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan oleh penulis. Penulis berharap semogra skripsi ini dapat memberikan manfaat untuk pembaca dan penelitian selanjutnya.

Palembang, Maret 2012

Penulis

# DAFTAR ISI


**HALAMAN JUDUL** i

**HALAMAN PENGESAHAN** ii

**HALAMAN PERNYATAAN** iii

**HALAMAN PERSEMBAHAN DAN MOTTO** iv

**ABSTRAK** v

***ABSTRACK*** vi

**KATA PENGANTAR** vii

**DAFTAR ISI** viii

**DAFTAR TABEL** x

**DAFTAR LAMPIRAN** xi

**BAB I. PENDAHULUAN**

1.1. Latar Belakang 1
1.2. Rumusan Masalah 2
1.3. Tujuan Penelitian 3
1.4. Manfaat Penelitian 3
1.5. Keaslian Penelitian 4

**BAB II. TINJAUAN PUSTAKA**

2.1. Depresi 6
2.1.1. Definisi 6
2.1.2. Tingkatan Depresi 8
2.1.3. Etiologi 11
2.1.4. Macam-Macam Depresi 15
2.1.5. Gejala Klinis Depresi 16
2.1.6. Kriteria Diagnosis 16
2.1.7. Skala Penilaian Objektif Untuk Depresi 17

2.2. Penyalahgunaan Narkoba 18
2.2.1. Definisi 18
2.2.2. Jenis Narkoba Yang Disalahgunakan 18
2.2.3. Penyalahgunaan dan Ketergantungan 21
2.2.4. Tingkat Penyalahgunaan Narkoba 21
2.2.5. Gejala Klinis Penyalahgunaan Narkoba 23
2.2.6. Pandangan Islam tentang Penyalahgunaan Narkoba 24
2.3. Depresi Pada Penyalahguna Narkoba 26
2.4. Kerangka Teori 27
2.5. Hipotesis 27

**BAB III. METODE PENELITIAN**


3.1. Jenis Penelitian 28
3.2. Waktu dan Tempat Penelitian 28
3.3. Populasi dan Sampel 28
3.3.1. Populasi 28
3.3.2. Sampel dan Besar Sampel 28
3.3.3. Kriteria Inklusi dan Eksklusi 29
3.3.4. Cara Pengambilan Sampel 30
3.4. Variabel Penelitian 30
3.4.1. Variabel Dependent 30
3.4.2. Variabel Independent 30
3.5. Definisi Operasional 30
3.6. Cara Pengumpulan Data 31
3.6.1. Data Primer 31
3.7. Metode Teknis Analisis Data 32
3.7.1. Cara Pengolahan dan Analisis Data 32
3.8. Alur Penelitian 32


**BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN**


4.1. Hasil
4.1.1. Karakteristik Subjek Peneitian 33
4.1.2. Tingkat Penyalahgunaan Narkoba Subjek Penelitian 34
4.1.3. Status Depresi pada Subjek Penelitian 35
4.1.4. Derajat Depresi Subjek Penelitian 35
4.1.5. Distribusi Depresi Berdasarkan Karakteristik Subjek Penelitian 36
4.1.6. Analisis Bivariat : Hubungan Tingkat Penyalahgunaan Narkoba dengan Kejadian Depresi 37
4.2. Pembahasan 38


**BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN**


5.1. Kesimpulan 42
5.2. Saran 42

**DAFTAR PUSTAKA** 43

**LAMPIRAN** 46

**BIODATA** 58

# DAFTAR TABEL


| Tabel | Halaman |
|---|---|
| 2.1. *Cutting Point* dan Kriteria Penyalahgunaan Narkoba | 22 |
| 3.1. Rencana / Jadwal Kegiatan | 33 |
| 4.1. Karakteristik Subjek Penelitian | 35 |
| 4.2. Distribusi Tingkat Penyalahgunaan Narkoba | 36 |
| 4.3. Status Depresi Subjek Penelitian | 37 |
| 4.4. Derajat Depresi Subjek Penelitian | 37 |
| 4.5. Distribusi Depresi Berdasarkan Karakteristik Subjek Penelitian | 38 |
| 4.6. Hubungan Tingkat Penyalahgunaan Narkoba dengan Kejadian Depresi | 40 |

# DAFTAR LAMPIRAN


| Lampiran | Halaman |
|---|---|
| 1. Surat Izin Penelitian ke Ar-Rahman Palembang | 46 |
| 2. Surat Izin Penelitian ke PSMP Dharma Pala | 47 |
| 3. Kuesioner Penelitian | 48 |
| 4. *Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)* | 50 |
| 5. Hasil Analisis Statistik dengan Menggunakan Program SPSS | 54 |
| 6. Data Hasil Penelitian | 55 |
| 7. Biodata | 58 |

# BAB I

# PENDAHULUAN

## 1.1. Latar Belakang

Penyalahgunaan narkotika, psikotropika dan bahan adiktif lainnya (Narkoba) dewasa ini telah mencapai situasi yang mengkhawatirkan sehingga menjadi masalah nasional yang sangat mendesak dan memprihatinkan karena korban penyalahgunaan narkoba cenderung meningkat (Tarigan, 2001). Penyalahgunaan narkoba merupakan suatu proses yang makin meningkat dari taraf coba-coba ke taraf penggunaan untuk hiburan, penggunaan situasional, penggunaan teratur sampai kepada ketergantungan. Penggunaan narkoba secara berulang kali akan menimbulkan ketergantungan yang makin lama memerlukan jumlah narkoba yang sama (menimbulkan daya toleransi). Bila pemakaian narkoba dihentikan atau dikurangi secara mendadak akan menimbulkan gejala putus narkoba (*withdrawl syndrome*) yaitu perasaan nyeri seluruh badan yang tidak terperikan (Badan Narkotika Nasional, 2004).

Dalam survey Badan Narkotika Nasional (BNN) sejak tahun 2009, prevalensi penyalahgunaan narkoba pada tahun 2009 adalah 1,99% dari penduduk Indonesia berumur 10-59 tahun atau sekitar 3,6 juta orang. Pada tahun 2010, prevalensi penyalahgunaan narkoba meningkat menjadi 2,21% atau sekitar 4,02 juta orang. Pada tahun 2011, prevalensi penyalahgunaan narkoba meningkat menjadi 2,8% persen atau sekitar 5 juta orang. Angka ini merupakan bagian dari fenomena gunung es dimana angka sebenarnya jauh lebih besar (Kistyarini, 2011).

Dampak utama dari penyalahgunaan narkoba adalah adanya potensi yang dapat menyebabkan terganggunya fungsi mental psikologis dan fungsi fisik. Beberapa akibat fisik adalah kerusakkan otak, gangguan fungsi hati, ginjal, paru-paru dan penularan HIV / AIDS melalui jarum suntik bergantian. Akibat psikis yang mungkin terjadi adalah sikap yang apatis, euforia, emosi labil, depresi,

kecurigaan yang tanpa dasar, kecemasan sampai sakit jiwa (Tetranto, 2009). Biasanya para pengguna obat terlarang cenderung menarik diri dari lingkungan sosial dan mengalami depresi. Para pengguna narkoba yang depresi akan semakin lebih banyak lagi menggunakan obat terlarang dalam upayanya yang sia-sia memperbaiki suasana hatinya (Litin, 2007). Terjadinya gejala-gejala gangguan *mood* akibat pengunaan zat serta pola-pola gejala bervariasi tidak hanya bergantung pada jenis obat, tetapi juga dosis dan lama penggunaan (Tomb, 2000).

Simkin (2002) menyebutkan bahwa sekitar 90% orang yang menyalahgunakan narkoba menderita gangguan psikiatrik dan yang paling sering ditemukan adalah depresi. Waller dan Rumball (2004) mengatakan bahwa jangan pernah mengabaikan depresi pada pecandu narkoba meskipun pada tingkat *mild depression* dikarenakan berhubungan dengan proses pemulihan yang dijalaninya dan pola pemikiran negatif pada pencandu narkoba akan menurunkan motivasi serta komitmen dalam menjalani *treatment*. Depresi yang diderita oleh penyalahguna zat merupakan masalah yang perlu diperhatikan secara serius karena jika tidak dikenali dan diatasi dengan baik, maka depresi tersebut selanjutnya akan dapat menjadi salah satu alasan untuk mengulangi kebiasaannya menggunakan narkoba, dengan tujuan mengobati diri sendiri dari nyeri atau dari sakit yang dialaminya (Kandouw, Elvira dan Ariawan, 2007)

Berdasarkan keterangan sumber-sumber diatas, peneliti tertarik untuk mengetahui hubungan antara tingkat penyalahgunaan narkoba dengan kejadian depresi pada pengguna narkoba di pusat rehabilitasi.

## 1.2. Rumusan Masalah

Prevalensi penyalahgunaan narkoba terus meningkat. Berbagai penelitian telah dilakukan untuk meneliti faktor-faktor penyebab penyalahgunaan narkoba. Penelitian untuk meneliti akibat psikis berupa depresi pada penyalahguna narkoba belum ada padahal pemahaman depresi pada kelompok ini sangat penting. Dengan demikian, masalah penelitian ini adalah bagaimana hubungan tingkat penyalahgunaan narkoba dengan kejadian depresi.

## 1.3. Tujuan Penelitian

### 1.3.1. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan tingkat penyalahgunaan narkoba dengan kejadian depresi pada santri di Pusat Rehabilitasi Narkoba PSMP Dharma Pala dan Ar-Rahman Palembang

### 1.3.2. Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi karakteristik demografi santri di Pusat Rehabilitasi Narkoba PSMP Dharma Pala dan Ar-Rahman Palembang
2. Mengidentifikasi tingkat penyalahgunaan narkoba pada santri di pusat rehabilitasi narkoba PSMP Dharma Pala dan Ar-Rahman Palembang
3. Mengidentifikasi status depresi pada santri di pusat rehabilitasi narkoba PSMP Dharma Pala dan Ar-Rahman Palembang
4. Mengidentifikasi derajat depresi pada santri di pusat rehabilitasi narkoba PSMP Dharma Pala dan Ar-Rahman Palembang
5. Mengidentifikasi kejadian depresi berdasarkan karakteristik santri di pusat rehabilitasi narkoba PSMP Dharma Pala dan Ar-Rahman Palembang
6. Menganalisis tingkat penyalahgunaan narkoba dengan kejadian depresi pada santri di pusat rehabilitasi narkoba PSMP Dharma Pala dan Ar-Rahman Palembang

## 1.4. Manfaat Penelitian

Sesuai dengan latar belakang perumusan masalah dan tujuan penulisan yang hendak dicapai, maka manfaat yang dapat diharapkan dari penelitian ini adalah :

### 1.4.1. Bagi Peneliti

Dapat menambah wawasan dan pemahaman tentang hubungan tingkat penyalahgunaan narkoba dengan kejadian depresi

### 1.4.2. Bagi Institusi Pendidikan

Digunakan sebagai sumber informasi khasanah wacana kepustakaan serta dapat digunakan sebagai referensi bagi penelitian selanjutnya

### 1.4.3. Bagi Pusat Rehabilitasi Narkoba

Digunakan sebagai pemahaman tentang kejadian depresi yang terjadi pada penyalahguna narkoba

### 1.4.4. Bagi Profesi

Dapat memberi sumbangan ilmu bagi ilmu kedokteran

## 1.5. Keaslian Penelitian

Sepengetahuan penulis, penelitian hubungan tingkat penyalahgunaan narkoba dengan kejadian depresi pada santri di Pusat Rehabilitasi Narkoba belum pernah dilakukan di Kota Palembang. Penelitian ini adalah penelitian analitik yang difokuskan mengetahui hubungan tingkat penyalahgunaan narkoba dengan kejadian depresi. Penelitian yang terkait dengan penelitian ini adalah :

1. Penelitian Tetranto (2008), Gambaran Status Depresi Pecandu NAPZA yang menjalani program rehabilitasi. Penelitian ini merupakan penelitian deksriptif komparatif dengan pendekatan kuantitatif. Subjek penelitian adalah pecandu Napza yang menjalani program rehabilitasi dengan menggunakan metode *Terapeutic Community (TC)* dan *12 Steps*. Metode pengambilan sampel dengan *purposive sampling* sebesar 126 responden. Alat ukur depresi yang digunakan yaitu *Zung Self Rating Depression Scale.* Hasil penelitian diketahui subjek yang berada dalam program *Terapeutic Community* memiliki status depresi yang lebih tinggi dibandingkan dengan *12 steps.*

2. Penelitian Ekawati (2009), Hubungan antara Keadaan Depresi dengan Status Gizi pada Pengguna Opiat di Pusat Rehabilitasi Narkoba. Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan desain

penelitian *cross sectional*. Subjek penelitian adalah pengguna opiat di pusat rehabilitasi narkoba. Jumlah subjek sebesar 48 dipilih secara *purposive sampling* pada pasien yang sedang menjalani rehabilitasi fase *Primary* dengan mengisi *informed consent* dan memenuhi kriteria inklusi yaitu pernah menggunakan opiat berupa morphin dan heroin. Alat ukur depresi yang digunakan yaitu *Beck Depression Inventory*. Hasil penelitian diketahui tidak terdapat hubungan keadaan depresi dengan status gizi pada pengguna opiat di pusat rehabilitasi narkoba.

3. Penelitian Baskoro (2010), Hubungan Antara Depresi Dengan Perilaku Antisosial pada Remaja di Sekolah. Penelitian ini merupakan penelitian analitik korelasi dengan desain penelitian *cross sectional*. Subjek penelitian adalah siswa-siswa SMA Mardisiswa dengan jumlah subjek sebesar 37 dipilih secara *simple random sampling*. Alat ukur depresi yang digunakan yaitu *Zung Self Rating Depression Scale*. Hasil penelitian diketahui terdapat hubungan antara depresi dengan perilaku antisosial pada remaja di sekolah.

# BAB II

# TINJAUAN PUSTAKA

## 2.1. Depresi

### 2.1.1. Definisi

Buckley and Buckley (2006) menyebutkan bahwa depresi adalah menurunnya *mood* dan hilangnya minat terhadap aktivitas-aktivitas yang biasanya dilakukan. Ismail dan Siste (2010) mengatakan pasien dalam keadaan depresi memperlihatkan kehilangan energi dan minat, merasa bersalah, sulit berkosentrasi, hilangnya nafsu makan, berpikir mati atau bunuh diri.

Berdasarkan DSM-IV seseorang mengalami gangguan depresi jika dia merasakan 5 gejala secara bersamaan dari 9 gejala yang ada, antara lain :

1. Kehilangan *mood*, biasanya terjadi di pagi hari
2. Merasakan letih atau kehilangan energi setiap harinya
3. Merasakan ketidakberhargaan diri atau perasaan bersalah hampir setiap hari
4. Hilang kemampuan berkosentrasi dan bimbang
5. Susah untuk tidur atau bahkan selalu tidur setiap harinya
6. Kehilangan minat atau merasakan kesenangan dalam setiap aktivitas setiap harinya
7. Timbul pemikiran-pemikiran tentang kematian atau bahkan pemikiran-pemikiran untuk melakukan tindakan bunuh diri.
8. Gelisah, tidak dapat diam tenang, gerakkannya terlihat tidak memiliki tenaga



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG PERPUSTAKAAN

9. Berat badan turun atau bertambah (5% dari berat badan sebelumnya dalam waktu 1 bulan).

Dari sembilan gejala yang ada Waller dan Rumball (2004) membagi ke dalam 4 gejala berdasarkan ranah tingkah lakunya :

1. *Affective Symptoms*

Yang termasuk ke dalam *affective symptoms* antara lain hilangnya *mood* atau mengalami kesedihan berlarut-larut, kehilangan minat dan mengalami perasaan senang yang tidak menentu setiap harinya. Biasanya sebagian kecil orang yang mengalami depresi, merasakan kehilangan *mood* di pagi hari. Pada saat itu semuanya dirasakan tidak menyenangkan bahkan ketika dipancing dengan pengalaman-pengalaman menyenangkan yang telah dilaluinya, termasuk kegiatan menyenangkan dalam pekerjaan, rekreasi, interaksi dengan lingkungan sosial, aktivitas seksual dan lain-lain.

2. *Cognitive Symptoms*

Seseorang yang mengalami depresi seringkali melihat dirinya sebagai individu yang tidak berharga dan tidak memiliki kompetensi. Mereka merasa tidak berdaya terhadap masa depannya dan mengambarkan kehidupannya sebagai sesuatu yang suram. Seringkali *negative thinking* menyebabkan seseorang yang depresi kehilangan kosentrasi dari apa yang sedang dilakukannya saat itu. Dan juga tidak mampu mengambil suatu keputusan serta kemampuan ingatannya melemah.

3. *Behavioral Symptoms*

Biasanya seseorang yang mengalami depresi dengan *behavioral symptoms* akan menunjukkan kehilangan motivasi. Dia akan menarik diri dari lingkungan sosialnya, pada tingkat depresi yang berat seseorang tidak dapat beranjak dari tempat tidurnya untuk jangka waktu yang tidak dapat ditentukan. Ada perubahan pada kemampuan psikomotornya, menjadi lebih lamban, wajah terlihat lesu tidak

bersemangat, tidak memiliki kemampuan untuk melakukan *eye contact* pada saat berhadapan dengan lawan bicara, jika berbicara suaranya akan terdengar lamban dan monoton. Depresi yang diikuti dengan perasaan tidak tenang biasanya diliputi perasaan cemas yang menyebabkan sulit untuk tidur, gelisah terus menerus dan melakukan gerakan-gerakan tangan secara berulang-ulang.

4. *Physical Symptoms*

Meliputi hilangnya selera makan, kehilangan energi, perasaan letih yang luar biasa dan gangguan tidur. Banyak informasi yang mengatakan bahwa seseorang yang mengalami depresi ketika terbangun dari tidurnya jam 5 pagi, mereka tidak dapat tidur kembali. Dalam banyak kasus, ada juga yang mengalami kesulitan untuk tidur, bahkan ada yang juga yang kelebihan tidur.

### 2.1.2. Tingkatan Depresi

Berdasarkan *The International Classification of Disease (ICD)-10 Classification of Mental Behavioural Disorder, World Health Organization* (1993), mengklasifikasi tingkatan depresi sebagai berikut :

*1. Mild / Minor Depression*

Berdasarkan WHO seseorang yang mengalami *mild depression* akan merasakan 2 dari 3 gejala pertama diikuti dengan 2 gejala lainnya. Gejala-gejala tersebut antara lain :

a. 2 minggu mengalami perasaan yang tertekan

b. Hilangnya minat dalam melakukan kegiatan yang menyenangkan

c. Merasa lelah

*d.* Hilangnya kepercayaan diri dan *self esteem*

*e.* Merasa bersalah dan tidak berharga

*f.* Muncul pemikiran untuk melakukan tindakan bunuh diri

*g.* Susah untuk berkosentrasi

*h.* Gerakkannya melambat

*i.* Mengalami gangguan tidur

*j.* Nafsu makan hilang/ bertambah diikuti berkurangnya/ bertambahnya berat badan

*k.* Libido menurun

*l.* Merasakan gejala fisik yang tidak dapat dijelaskan

*Mild depression* seringkali terjadi pada kondisi konstan (3-4 bulan) dan secara episodik. Jika seseorang yang mengalami *mild depression* ditanggulangi dengan perawatan yang baik akan mencegah untuk menjadi lebih buruk.

2. *Moderate Depression*

Berdasarkan WHO seseorang yang mengalami *moderate depression* akan merasakan 2 dari 3 gejala diikuti dengan 4 gejala lainnya. Gejala-gejala tersebut antara lain :

a. 2 minggu mengalami perasaan yang tertekan

b. Hilangnya minat dalam melakukan kegiatan yang menyenangkan

c. Merasa lelah

*d.* Hilangnya kepercayaan diri dan *self esteem*

*e.* Merasa bersalah dan tidak berharga

*f.* Muncul pemikiran untuk melakukan tindakan bunuh diri

*g.* Susah untuk berkosentrasi

*h.* Gerakkannya melambat

*i.* Mengalami gangguan tidur

*j.* Nafsu makan hilang/ bertambah diikuti berkurangnya/ bertambahnya berat badan

*k.* Libido menurun

*l.* Merasakan gejala fisik yang tidak dapat dijelaskan

Biasanya seseorang yang mengalami *moderate depression* akan jelas terlihat mengalami penurunan kepercayaan diri dan *self esteem,* tidak produktif dalam bekerja dan menjadi sangat sensitif perasaannya.

*3. Major/ Severe Depression*

Berdasarkan WHO seseorang yang mengalami *severe depression* akan merasakan 3 gejala pertama diikuti 5 gejala lainnya. Gejala-gejala tersebut antara lain :

a. 2 minggu mengalami perasaan yang tertekan

b. Hilangnya minat dalam melakukan kegiatan yang menyenangkan

c. Merasa lelah

*d.* Hilangnya kepercayaan diri dan *self esteem*

*e.* Merasa bersalah dan tidak berharga

*f.* Muncul pemikiran untuk melakukan tindakan bunuh diri

*g.* Susah untuk berkosentrasi

*h.* Gerakkannya melambat

*i.* Mengalami gangguan tidur

*j.* Nafsu makan hilang/ bertambah diikuti berkurangnya/ bertambahnya berat badan

*k.* Libido menurun

*l.* Merasakan gejala fisik yang tidak dapat dijelaskan

Seseorang yang mengalami *major/ severe depression* akan mengalami perasaan bersalah, stress yang parah sehingga tidak dapat bekerja, bersosialisasi maupun berinteraksi dengan keluarga ataupun kerabat dekatnya.

### 2.1.3 Etiologi

Ismail dan Siste (2010) membagi faktor penyebab depresi menjadi faktor organobiologi, faktor genetik, faktor psikososial, faktor kepribadian dan faktor psikodinamik.

1. Faktor organobiologi

Dilaporkan terdapat kelainan di metabolit amin biogenik seperti asam 5-hydroxyindoleacetic (5-HIAA), asam homovanilic (HVA) dan 3-methoxy-4-hydroxyphenyl-glycol (MHPG) di dalam darah, urin dan cairan serebrospinal (CSF) dengan gangguan mood. Paling konsisten adalah hipotesis gangguan mood yang berhubungan dengan disregulasi heterogen pada amin biogenik.

**Amin biogenik**. *Norepinephrine* dan serotonin adalah dua *neurotransmitter* yang paling terlibat dalam patofisiologi gangguan mood.

**Norepinefrin**. Penurunan regulasi reseptor beta adrenergik dan respon klinik anti depresan mungkin merupakan peran langsung sistem noradrenergik dalam depresi. Bukti lain yang juga melibatkan reseptor $\beta_2$-presinaptik pada depresi, telah mengaktifkan reseptor yang mengakibatkan pengurangan jumlah pelepasan norepinefrin. Reseptor $\beta_2$-presinaptik juga terletak pada neuron serotonergik dan mengatur jumlah pelepasan serotonin.

**Dopamine**. Aktivitas dopamin mungkin berkurang pada depresi. Penemuan subtipe baru reseptor dopamin dan meningkatnya pengertian fungsi regulasi presinaptik dan pascasinaptik dopamin memperkaya hubungan antara dopamin dan gangguan mood. Dua teori terbaru tentang dopamin dan depresi adalah jalur dopamin mesolimbik mungkin mengalami disfungsi pada depresi dan reseptor dopamin $D_1$ mungkin hipoaktif pada depresi.

**Serotonin**. Aktivitas serotonin berkurang pada depresi. Serotonin bertanggung jawab untuk kontrol regulasi afek, agresi, tidur dan nafsu makan. Pada beberapa penelitian ditemukan jumlah serotonin yang berkurang dicelah sinap dikatakan bertanggung jawab untuk terjadinya depresi.

2. Faktor genetik

Genetik merupakan faktor penting dalam perkembangan gangguan mood, tetapi jalur penurunan sangat kompleks. Tidak hanya sulit untuk mengabaikan efek psikososial, tetapi juga faktor nongenetik kemungkinan juga berperan sebagai penyebab berkembangnya gangguan mood setidaknya pada beberapa orang.

**Penelitian dalam keluarga**. Generasi pertama, lebih sering 2-10 kali mengalami depresi.

**Penelitian yang berkaitan dengan adopsi**. Dua dari tiga studi menemukan gangguan depresi berat diturunkan secara genetik. Studi menunjukkan, anak biologis dari orang tua yang terkena gangguan mood beresiko untuk mengalami gangguan mood walaupun anak tersebut dibesarkan oleh orang tua angkat.

**Penelitian yang berhubungan dengan anak kembar**. Kembar monozigot sebesar 10-25 persen. Pada anak kembar dizogotik gangguan depresi berat terdapat sebanyak 13-28%, sedangkan pada yang kembar monozigotik 53-69%.

3. Faktor psikososial

**Peristiwa kehidupan dan stress lingkungan**. Peristiwa kehidupan dengan *stressful* sering mendahului episode pertama, dibandingkan dengan episode berikutnya. Ada teori yang mengemukakan adanya stres sebelum episode pertama menyebabkan perubahan biologi otak yang bertahan lama. Perubahan ini menyebabkan perubahan berbagai *neurotransmiter* dan sistem sinyal intraneuron. Termasuk hilangnya beberapa neuron dan penurunan kontak sinap. Dampaknya seorang individu beresiko tinggi mengalami episode berulang gangguan mood, sekalipun tanpa *stressor* dari luar.

Data paling mendukung berhubungan dengan peristiwa kehidupan yang paling sering berhubungan dengan depresi adalah kehilangan orang tua sebelum berusia 11 tahun. *Stressor* lingkungan paling sering berhubungan dengan kejadian episode depresi adalah kehilangan pasangan. Faktor resiko lain adalah kehilangan

pekerjaan dimana orang yang keluar dari pekerjaannya beresiko tiga kali lebih besar untuk timbulnnya gejala dibandingkan yang bekerja. Kehilangan objek cinta pada masa perkembangan walaupun tidak secara langsung menimbulkan gangguan depresi, namun berpengaruh pada ekspresi dari penyakit, misalnya onset timbulnya gangguan, episode yang lebih parah, adanya gangguan kepribadian dan keinginan untuk bunuh diri.

4. Faktor kepribadian.

Semua orang, apapun pola kepribadiannya, dapat mengalami depresi sesuai dengan situasinya. Orang dengan gangguan kepribadian obsesi-kompulsi, histrionik dan ambang, beresiko tinggi untuk mengalami depresi dibandingkan dengan gangguan kepribadian paranoid atau antisosial. Pasien dengan gangguan distimik dan siklotimik beresiko menjadi gangguan depresi berat.

Peristiwa *stressful* merupakan prediktor terkuat untuk kejadian episode depresi. Riset menunjukkan bahwa pasien yang mengalami *stressor* akibat tidak adanya kepercayaan diri lebih sering mengalami depresi.

5. Faktor psikodinamik pada depresi

Pemahaman psikodinamik depresi yang ditemukan Sigmon Freud dan dilanjutkan dengan Karl Abraham dikenal sebagai pandangan klasik dari depresi. Teori tersebut termasuk empat hal utama :

a. Gangguan hubungan ibu-anak selama fase oral (10-18 bulan) menjadi faktor predisposisi untuk rentan terhadap episode depresi berulang
b. Depresi dapat dihubungkan dengan kenyataan atau bayangan kehilangan objek
c. Introjeksi merupakan terbangkitnya mekanisme pertahanan untuk mengatasi penderitaan yang berkaitan dengan kehilangan objek
d. Akibat kehilangan objek cinta, diperlihatkan dalam bentuk campuran antara benci dan cinta, perasaan marah yang diarahkan pada diri sendiri.

Melanie Klein menjelaskan bahwa depresi termasuk agresi ke arah mencintai, seperti yang dijelaskan Freud. Edward Bibring menyatakan bahwa depresi adalah suatu fenomena yang terjadi ketika seseorang menyadari terdapat perbedaan antara ideal yang tinggi dengan ketidakmampuan untuk mewujudkan cita-cita tersebut. Edith Jacobson melihat depresi sebagai berkurangnya kekuatan, misalnya pada anak tidak berdaya menjadi korban penyiksaan orang tua. Silvano Arieti mengamati banyak pasien depresi hidup untuk orang lain dibandingkan dirinya sendiri. Dia merujuk kepada orang yang menderita depresi, hidup dalam dominasi orang lain, dalam prinsip, ideal atau institusi, secara individual. Heinz Kohut's mengkonseptualisasikan depresi, dimulai dari teori *self-psychological*, bahwa perkembangan jiwa mempunyai kebutuhan spesifik yang harus dipenuhi oleh orang tua terhadap anaknya untuk memberikan rasa positif, kepercayaan diri dan *self-cohesion*. Jika orang yang diharapkan tidak memenuhi kebutuhan ini akan terjadi kehilangan kepercayaan diri yang besar yang muncul sebagai depresi. John Bowlby percaya kerusakan pada awal keeratan dan trauma akibat perpisahan pada anak sebagai predisposisi untuk terjadinya depresi. Kehilangan (*loose*) pada orang dewasa dan trauma kehilangan pada masa kanak-kanak mempermudah mendapatkan episode depresi pada orang dewasa.

6. Teori Kognitif

Depresi merupakan hasil penyimpangan kognitif spesifik yang menghasilkan kecenderungan seseorang menjadi depresi. Postulat Aaron Beck menyatakan trias kognitif dari depresi mencakup

a. Pandangan terhadap diri sendiri berupa persepsi negatif terhadap dirinya
b. Tentang lingkungan yakni kecenderungan menganggap dunia bermusuhan terhadapnya
c. Tentang masa depan yakni bayangan penderitaan dan kegagalan.

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG PERPUSTAKAAN

### 2.1.4. Macam-macam Depresi

Harun (2009) membagi depresi menjadi :

1. Depresi pasca kausa

Orang yang kehilangan jabatan berarti kehilangan kekuasaan dan kekuatan, sesuatu yang dimiliki dan dicintai kini telah tiada (*loss of love object*). Dampak dari *loss of love object* adalah sebagai berikut :

a. Suka mengkritik, merasa diri benar
b. Prasangka buruk dan curiga
c. Merasa diperlakukan tidak adil
d. Suka mencela dan bersikap skeptis (sinis)

2. Depresi pasca stroke

Dijumpai pada pasien stroke selain gejala kelumpuhan syaraf juga ditemukan gejala mental emosional seperti depresi, apatis, euforia sampai mania.

3. Depresi Neurotik

Suatu gangguan mood yang menahun dan mencakup gambaran afek depresi atau hilang minat dalam aktivitas sehari-hari waktu senggang.

4. Depresi Siklitimik

Dimana periode kegembiraan dan depresi tidak terlalu berat, berlangsung beberapa hari dan kambuh dalam selang waktu yang tidak beraturan

5. Depresi Pasca Narkoba

Orang pengguna Narkoba sering mengalami kecemasan dan atau depresi jadi untuk menghilangkan itu ia menggunakan Narkoba. Bila dihentikan ia akan cemas dan atau depresi seterusnya akan akan menggunakan Narkoba dengan dosis bertambah dan banyak frekuensi pemakainnya.

### 2.1.5. Gejala Klinis Depresi

Harun (2009) mengatakan bahwa gangguan kejiwaan pada alam perasaan atau *mood disorder* yang ditandai dengan kemurungan, kelesuan, ketiadaan gairah hidup, perasaan tidak berguna, putus asa dan lain-lain. Berikut gejala-gejala dari depresi :

1. Perasaan murung (afek disforik), sedih, gairah hidup menurun, tidak semangat
2. Merasa tidak berdaya, perasaan bersalah, berdosa, penyesalan
3. Berat badan menurun, nafsu makan menurun
4. Kosentrasi dan daya ingat menurun
5. Gangguan tidur (insomnia)
6. Agitasi (gaduh, gelisah dan lemah tak berdaya)
7. Hilang rasa senang, semangat dan minat.
8. Kreativitas menurun, produktivitas menurun
9. Gangguan seksual berupa libido menurun
10. Pikiran akan kematian, bunuh diri

### 2.1.6. Kriteria Diagnosis

Berdasarkan Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ) III, diagnosis depresi ditegakkan dengan adanya gejala utama berupa afek depresif, kehilangan minat dan kegembiraan dan berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah (rasa mudah lelah yang nyata sesudah bekerja) dan menurunnya aktivitas. Gejala lainnya berupa kosentrasi dan perhatian kurang, harga diri dan kepercayaan diri berkurang, gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna, pandangan masa depan yang suram dan pesimistis, gagasan atau perbuatan yang membahayakan diri atau bunuh diri, tidur terganggu, nafsu makan berkurang. Diperlukan masa sekurang-kurangnya 2 minggu untuk penegakkan diagnosis, tetapi periode pendek dapat dibenarkan bila gejala luar biasa beratnya dan berlangsung cepat. PPDGJ III mengklasifikasikan depresi menjadi 3 kategori yaitu ringan, sedang dan berat. Pedoman diagnostik untuk

depresi ringan yaitu : sekurang-kurangnya harus ada 1 dari 3 gejala utama depresi seperti tersebut diatas, ditambah sekurang-kurangnya 2 dari gejala lainnya. Tidak boleh ada gejala yang berat diantaranya, lamanya seluruh episode berlangsung sekurang-kurangnya 2 minggu, hanya sedikit kesulitan dalam pekerjaan dan kegiatan sosial yang biasa dilakukannya.

Pedoman diagnostik untuk depresi sedang yaitu : sekurang-kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala utama depresi seperti pada episode ringan, ditambah sekurang-kurangnya 3 gejala lainnya, lamanya seluruh episode berlangsung minimum sekitar 2 minggu dan penderita mengalami kesulitan yang nyata untuk meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan dan urusan rumah tangga.

Pedoman diagnostik untuk depresi berat yaitu : harus ada semua 3 gejala utama depresi, ditambah sekurang-kurangnya 4 dari gejala lainnya dan beberapa diantaranya berintensitas berat, bila ada gejala penting (misal agitasi atau retardasi psikomotor) yang mencolok, maka mungkin pasien tidak mau atau tidak mampu untuk melaporkan banyak gejalanya secara rinci, episode depresif harus berlangsung sekurang-kurangnya 2 minggu, akan tetapi gejala sangat berat dan beronset cepat, maka masih dibenarkan untuk menegakkan diagnosis dalam kurun waktu kurang dari 2 minggu dan umumnya tidak mungkin penderita akan mampu meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan atau urusan rumah tangga.

### 2.1.7. Skala Penilaian Objektif Untuk Depresi

Skala penilaian objektif yang dapat digunakan dalam praktek dokter atau untuk dokumentasi keadaan klinik pasien depresi.

*The Zung Self-Rating Depression Scale* terdiri dari 20 item skala pelaporan. Skala normal adalah < 34 : skor depresi adalah > dari 50. Skala tersebut meliputi indek global intensitas gejala depresi pasien, termasuk kecenderungan ekspresi dari depresi (Ismail dan Siste, 2010)

*Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)* adalah suatu skala pengukuran depresi terdiri dari 17 pertanyaan dengan tiap pertanyaan memiliki 4 pilihan jawaban, masing-masing pilihan dengan skor 0,1,2 dan 3 dengan sensitivitas

sebesar 78,4% dan spesifisitas 81,3%. HDRS saat ini merupakan salah satu test yang paling banyak digunakan untuk mendeteksi depresi pada berbagai lembaga penelitian. Keakuratan diagnosis HDRS dapat mencapai 87,1% pada skor > 17, oleh karena itu lebih baik dalam proses penegakkan diagnosis (Nardeeka, 2007). Skor akhir HDRS berkisar dari 0-54 dengan klasifikasi skor 0-6 tidak ada depresi, skor 7-17 depresi derajat ringan, skor 18-24 depresi sedang dan skor > 24 depresi derajat berat (Amir, 2005)

## 2.2. Penyalahgunaan Narkoba

### 2.2.1.Definisi

Narkoba adalah singkatan narkotika, psikotropika dan bahan adiktif. Penyalahgunaan narkoba adalah penggunaan narkoba di luar keperluan medis, tanpa pengawasan dokter dan merupakan perbuatan melanggar hukum (Pasal 59, Undang-undang Nomor 5, Tahun 1997, tentang Psikotropika dan Pasal 84,85 dan 86, Undang-undang Nomor 22, Tahun 1997, tentang Narkotika).

Penyalahgunaan narkoba merupakan suatu proses yang makin meningkat dari taraf coba-coba ke taraf penggunaan untuk hiburan, penggunaan situasional, penggunaan teratur sampai kepada ketergantungan.

### 2.2.2. Jenis Narkoba yang disalahgunakan

1. Narkotika

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 (Undang-Undang RI Nomor 22 tahun 1997 tentang Narkotika). Narkotika dibedakan kedalam golongan-golongan :

a. Narkotika Golongan I yaitu narkotika yang hanya dapat digunakan untuk kepentingan pengembangan ilmu pengetahuan dan dilarang

digunakan untuk kepentingan lainnya seperti tumbuhan *Papaver somniferum* dan semua bagiannya termasuk buah dan jeraminya, kecuali bijinya ; Opium mentah, yaitu getah yang membeku, diperoleh dari buah tumbuhan *Papaver somniferum*; Opium masak yaitu candu yang diperoleh dari opium mentah melalui serangkaian proses pengolahan khusus; Tumbuhan Coca, yaitu tumbuhan dari semua genus *Erythroxylon* dan keluarga *Erythroxylaceae* termasuk buah dan bijinya; cocaine mentah yaitu hasil pengolahan daun Coca secara langsung; Tumbuhan ganja yaitu semua tumbuhan genus Cannabis dan semua bagiannya, getahnya dan hashish, seluruhnya ada 26 jenis narkotika golongan I.

b. Narkotika Golongan II yaitu narkotika yang mempunyai daya menimbulkan ketergantungan menengah, dapat digunakan sebagai pilihan terakhir untuk tujuan pengobatan dan ilmu pengetahuan seperti morphine, yaitu alkaloida yang terdapat dalam opium, berupa serbuk putih, digunakan dalam pengobatan sebagai penawar rasa sakit yang kuat dalam operasi atau karena penyakit kanker, Phentanyl, Exgonia dan petidine seluruhnya ada 87 jenis yang termasuk Narkotika Golongan II.

c. Narkotika Golongan III adalah narkotika yang mempunyai daya menimbulkan ketergantungan rendah, yang banyak digunakan dalam pengobatan dan untuk tujuan ilmu pengetahuan antara lain codein dan ethyl morphine.

2. 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 (Undang-undang RI No.5 tahun 1997 tentang psikotropika). Psikotropika dibedakan dalam golongan-golongan sebagai berikut :

a. Psikotropika Golongan I yaitu jenis psikotropika yang mempunyai daya menimbulkan ketergantungan tertinggi, digunakan hanya untuk tujuan ilmu pengetahuan, tidak digunakan untuk pengobatan seperti antara lain MDMA *(Ecstacy)*, *Psilosibin* (zat yang diperoleh dari sejenis jamur yang tumbuh di Mexico), LSD (*Lysergic diethylamine*) dan *Mescaline* yang diperoleh dari tumbuhan sejenis kaktus, tumbuh di Amerika Barat Daya seluruhnya ada 26 Jenis.
b. Psikotropika Golongan II yaitu kelompok psikotropika yang mempunyai daya menimbulkan ketergantungan menengah digunakan untuk tujuan pengobatan dan ilmu pengetahuan seperti antara lain *Amphetamine* dan *Metaqualon* seluruhnya ada 14 jenis.
c. Psikotropika Golongan III yaitu kelompok psikotropika yang mempunyai daya menimbulkan ketergantungan sedang, mempunyai khasiat dan digunakan untuk tujuan pengobatan dan ilmu pengetahuan, seperti antara lain *Amobarbital*, *Flunitrazepam* dan *Pentobarbital* seluruhnya ada 9 jenis.
d. Psikotropika Golongan IV yaitu kelompok jenis psikotropika yang mempunyai daya menimbulkan ketergantungan rendah, berkhasiat dan digunakan luas untuk tujuan pengobatan dan ilmu pengetahuan seperti *diazepam, barbital, klobazam dan nitrazepam* seluruhnya ada 60 jenis.

3. Zat Adiktif

Zat adiktif adalah zat atau bahan yang tidak termasuk ke dalam golongan narkotika atau psikotropika, tetapi menimbulkan ketergantungan, antara lain seperti alkohol, tembakau, sedatif-hipnotika dan inhalansia

Ada 3 golongan minuman berakohol, yaitu :

a. Golongan A: kadar etanol 1-5%,
b. Golongan B : kadar etanol 5-20%,
c. Golongan C : kadar etanol 20-45 %

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.

Tembakau : Pemakaian tembakau yang mengandung nikotin sangat luas di masyarakat. Pada upaya penanggulangan narkoba di masyarakat, pemakaian rokok dan alkohol terutama pada remaja, harus menjadi bagian dari upaya pencegahan, karena rokok dan alkohol sering menjadi pintu masuk penyalahgunaan narkoba lain yang lebih berbahaya (Badan Narkotika Nasional, 2004)

### 2.2.3. Penyalahgunaan dan Ketergantungan

Penyalahgunaan dan ketergantungan adalah istilah klinis/ medik-psikiatrik yang menunjukan ciri pemakaian yang bersifat patologik yang perlu di bedakan dengan tingkat pemakaian psikologik-sosial, yang belum bersifat patologik.

1. Penyalahgunaan narkoba adalah penggunaan salah satu atau beberapa jenis narkoba secara berkala atau teratur diluar indikasi medis, sehingga menimbulkan gangguan kesehatan fisik, psikis dan gangguan fungsi sosial.
2. Ketergantungan narkoba adalah keadaan dimana telah terjadi ketergantungan fisik dan psikis, sehingga tubuh memerlukan jumlah narkoba yang makin bertambah (toleransi), apabila pemakaiannya dikurangi atau diberhentikan akan timbul gejala putus zat (*withdrawl symptom*). Oleh karena itu ia selalu berusaha memperoleh narkoba yang dibutuhkannya dengan cara apapun, agar dapat melakukan kegiatannya sehari-hari secara "normal" (Dinkes Sulsel, 2010)

### 2.2.4 Tingkat Penyalahgunaan Narkoba

Banyak konsep dan definisi operasional penyalahgunaan narkoba. Menurut Ritter &Anthony (1991) coba pakai (*new initiation*) didefiniskan apabila frekuensi penggunaan per tahun 6 kali atau kurang. Sedangkan Todorov et al. (2006)

menetapkan 5 kali atau kurang sebagai mencoba, lebih dari 5 kali per tahun sebagai lebih dari mencoba, disebut pengguna teratur bila memakai setiap hari selama minimal 2 minggu. Menurut Meyer (1975), penggunaan narkoba lebih dari satu kali sehari dalam periode 10 sampai 14 hari atau lebih termasuk kategori ketergantungan obat. SAMHSA (2008) membagi perilaku pakai atas tiga kategori yaitu :

1. Penyalahguna seumur hidup (*lifetime use*), minimal sekali pakai narkoba dalam seumur hidup, termasuk penyalahgunaan 30 hari atau 12 bulan lalu.
2. Penyalahguna tahun lalu (*past year use*), waktu pakai narkoba terakhir kali dalam 12 bulan lalu termasuk 30 hari lalu sebelum wawancara,
3. Penyalahguna bulan lalu (*past month use*), waktu pakai narkoba terakhir dalam 30 hari lalu sebelum wawancara.

Secara garis besar *cutting point* dan kriteria tingkat penyalahgunaan narkoba dimulai dari bukan penyalahguna hingga coba pakai (eksperimental), menengah (*moderate*), penyalahguna berat (*heavy use*). Tinjauan atas beberapa penelitian dilakukan oleh Kandel (1975), menghasilkan beberapa definisi dan kriteria yang digunakan untuk menggambarkan tingkat penyalahgunaan atau tingkat ketergantungan dengan lebih rinci.

Tabel 2.1 *Cutting Point* dan kriteria tingkat penyalahgunaan narkoba

| **Coba Pakai** | **Menengah** | **Berat** |
|---|---|---|
| 1-2 kali | 10-29 kali | > 30 kali |

Sumber : Kandel, 1975

### 2.2.5 Gejala Klinis Penyalahgunaan Narkoba

Menurut *The Indonesian Florence Nightingale Foundation* (seseorang yang menyalahgunakan narkoba memiliki gejalas klinis berupa :

1. Perubahan Fisik

Gejala fisik yang terjadi tergantung jenis zat yang digunakan, tapi secara umum dapat digolongkan sebagai berikut :

a. Pada saat menggunakan narkoba : jalan sempoyongan, bicara pelo (cadel), apatis (acuh tak acuh), mengantuk, agresif, curiga. Bila kelebihan dosis (*overdosis*) : nafas sesak, denyut jantung dan nadi lambat, kulit teraba dingin, nafas lambat/ berhenti, meninggal.
b. Bila sedang ketagihan (putus zat/ sakau) : mata dan hidung berair, menguap terus menerus, diare, rasa sakit diseluruh tubuh, takut air sehingga malas mandi, kejang, kesadaran menurun.
c. Pengaruh jangka panjang, penampilan tidak sehat, tidak peduli terhadap kesehatan dan kebersihan, gigi tidak terawat dan keropos, terdapat bekas suntikan pada lengan atau bagian tubuh lain (pada pengguna dengan jarum suntik)

2. Perubahan Sikap dan Perilaku

a. Prestasi sekolah menurun, sering tidak mengerjakan tugas sekolah, sering membolos, pemalas, kurang bertanggung jawab.
b. Pola tidur berubah, begadang, sulit dibangunkan pagi hari, mengantuk dikelas atau tempat kerja.
c. Sering berpergian sampai larut malam, kadang tidak pulang tanpa memberi tahu lebih dulu
d. Sering mengurung diri, berlama-lama dikamar mandi, menghindar bertemu dengan anggota keluarga lain dirumah
e. Sering mendapat telepon dan didatangi orang tidak dikenal oleh keluarga, kemudian menghilang
f. Sering berbohong dan minta banyak uang dengan berbagai alasan tapi tak jelas penggunaannya, mengambil dan menjual barang berharga

milik sendiri atau milik keluarga, mencuri, terlibat tindak kekerasan atau berurusan dengan polisi.

g. Sering bersikap emosional, mudah tersinggung, marah, kasar sikap bermusuhan, pencuriga, tertutup dan penuh rahasia.

### 2.2.6. Pandangan Islam tentang Penyalahgunaan Narkoba

Dalam Islam, narkotika sering disebut juga "hasyisyi". Dalam kitab "*Hisyayatul As Syariah*" karangan Ibnu Taimiah disebutkan bahwa "*Hasyisyi itu hukumnya haram dan orang yang meminumnya dikenakan hukuman sebagaimana orang meminum khamr*". Ulama Hanafiah berpendapat :"*Barangsiapa yang memakan/ meminum hasyisyi hukumnya zindiq (kafir) serta bid'ah*".

Musyawarah Pimpinan Majelis Ulama Indonesia (MUI) 10 Pebruari 1978 telah menyampaikan fatwa yang ditandatangani oleh KH Syukri Ghazali (Ketua Komisi Fatwa MUI) dan H. Amirudin Siregar (Sekretaris Komisi Fatwa MUI), sbb:

1. Menyatakan haram hukumnya menyalahgunakan narkotika dan semacamnya, yang menyatakan kemudharatan yang mengakibatkan rusak mental dan fisik seseorang, serta terancamnya keselamatan masyarakat dan ketahanan nasional.
2. Menyambut baik dan menghargai segala usaha pemerintah menanggulangi segala akibat yang timbul dari bahaya penyalahgunaan narkotika dan semacamnya.
3. Menganjurkan kepada Presiden RI agar berusaha segera mewujudkan undang-undang tentang penggunaan dan penyalahgunaan narkotika, termasuk obat bius semacamnya, serta pemberatan hukuman terhadap pelanggarnya.
4. Menganjurkan kepada Presiden RI agar membuat instruksi yang lebih keras dan intensif terhadap penanggulangan korban penyalahgunaan narkotika.

5. Menganjurkan kepada alim ulama, guru-guru, mubaligh, dan pendidik untuk lebih giat memberikan pendidikan/ penerangan terhadap masyarakat bahaya penggunaan narkotika.
6. Menganjurkan kepada organisasi-organisasi keagamaan, organisasi pendidikan dan sosial serta masyarakat pada umumnya terutama para orang tua untuk bersama-sama berusaha menyatakan "perang melawan penyalahgunaan narkotika".

Dalil-dalil yang digunakan sebagai landasan dan dasar fatwa tersebut adalah ayat-ayat Al Qur'an dan hadis nabi sebagai berikut :

1. QS Al Baqoroh ayat 195 : "*Janganlah kamu jerumuskan dirimu kepada kecelakaan/ kebinasaan (sebagaimana akibat) tangan-tanganmu...* "
2. QS An Nisa ayat 29 : "*Dan janganlah kamu membunuh dirimu (dengan mencapai sesuatu yang membahayakan). Sesungguhnya Allah Maha Kasih padamu*".
3. Hadis Ummu Salamah : "*Rasulullah melarang dari tiap-tiap barang yang memabukkan dan yang melemahkan badan dan akal*". *(Hadis riwayat Ahmad dalam musnadnya, dan Abu Daud dalam Sunannya dengan sanad yang sholeh).*
4. Hadis Sholeh riwayat Bukhori Muslim : "*Tiap-tiap barang yang memabukkan haram*".
5. Hadis dari Jabir r.a. bahwa Rasulullah bersabda : "*Setiap benda yang memabukkan banyaknya, maka sedikitnya juga haram*"(Hadis dikeluarkan oleh Ahmad, Abu Daud, Tirmidzi, An Nasal, Ibnu Majah, dan Ibnu Hibban).
6. Pendapat Ulama Fikh : "*Al Mukhadarat (macam-macam obat bius) menyalahgunakan pemakaiannya, hukumnya haram*" *(Ulama-ulama Islam dalam hal ini sependapat).*

Dari uraian-uraian tersebut, jelas bahwa meminum khamr termasuk narkotika dan sebangsanya, hukumnya haram dan dan dilarang menyalahgunakannya.

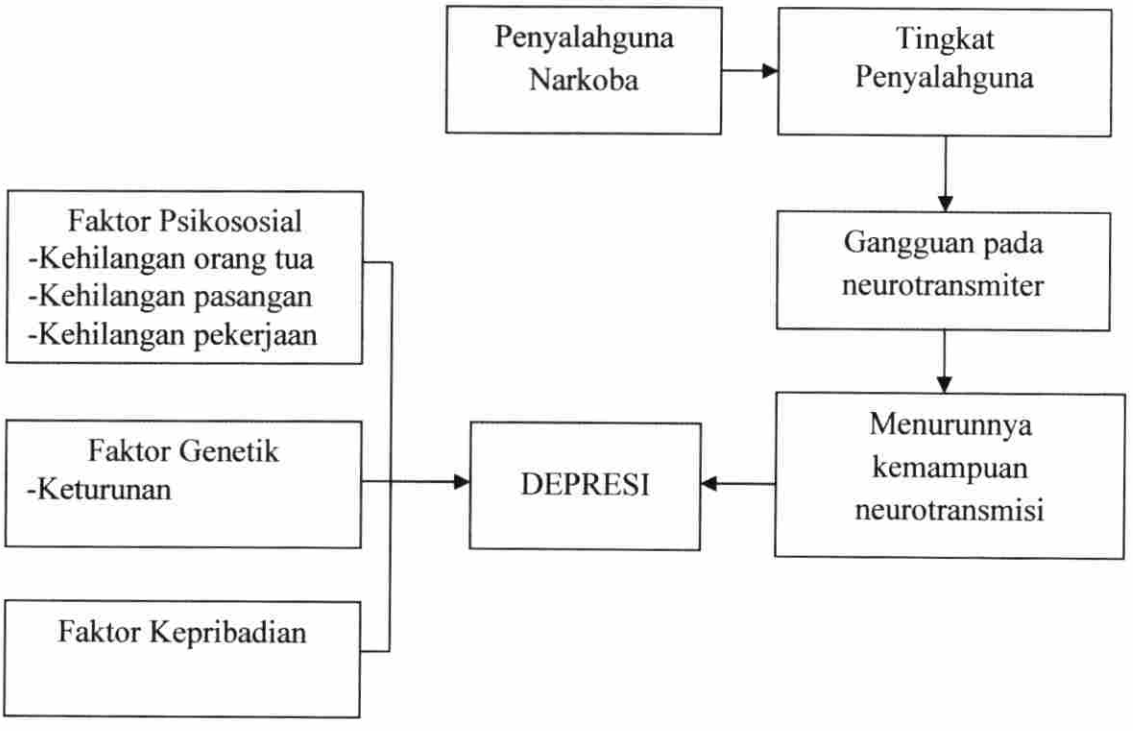
## 2.3. Depresi Pada Penyalahguna Narkoba

Banyak kepustakaan mengenai penyalahgunaaan narkoba menyebutkan bahwa sekitar 90% orang yang menyalahgunakan narkoba menderita gangguan psikiatrik dan paling sering ditemukan adalah depresi (Simkin, 2007). Deykin, Buka dan Zeena (2007) dalam penelitiannya yang mengikut sertakan 233 partisipan yang dirawat karena katergantungan narkoba menemukan bahwa 24,7% diantaranya memenuhi kriteria DSM III untuk depresi. Depresi yang diderita oleh penyalahguna narkoba merupakan masalah yang perlu diperhatikan secara serius karena jika tidak dikenali dan diatasi akan dapat menjadi salah satu alasan untuk mengulangi kebiasaannya, dengan tujuan mengobati diri sendiri dari nyeri atau dari sakit yang dirasakannya (Khantzian, 2007).

Tingkat depresi pada pecandu narkoba yang paling ringan adalah *mild depression*, meliputi *negative thinking* dan perubahan perilaku. Kebanyakan dari mereka *(drug user and drinker)* dikenai label sebagai orang yang tidak memiliki motivasi dikarenakan mereka minum minuman keras atau mengunakan *drugs* untuk mengatasi keadaan depresinya. Pemikiran negaitf tersebut mengakibatkan menurunnya motivasi sehingga tidak mampu menyelesaikan apa yang dimulai sebelumnya. Membantu untuk menghilangkan pemikiran-pemikiran negatif tersebut merupakan langkah yang sedang dijalani (Waller dan Rumball, 2004).

Dalam praktek penanggulangan penyalahguna narkoba yang menderita depresi, ternyata dengan abstinensi saja tidak memberikan perbaikan yang cukup bermakna pada gejala depresi, sebaliknya hanya mengatasi gangguan depresi saja juga tidak memberikan pengaruh yang efektif terhadap masalah ketergantungan narkoba. Dalam setting rawat inap atau rehabilitasi maka yang didapat adalah depresi saat abstitensi (Husin, 2002). Husin (2002) menyatakan bahwa depresi pada saat abstitensi berhubungan dengan kemungkinan yang lebih besar untuk kambuh.

## 2.4. Kerangka Teori




Sumber : Kaplan H.I. dan Sadock B.J., 1998

## 2.5. Hipotesis

H0 : Tidak ada hubungan tingkat penyalahgunaan narkoba dengan kejadian depresi

H1 : Ada hubungan tingkat penyalahgunaan narkoba dengan kejadian depresi

# BAB III

# METODE PENELITIAN

## 3.1. Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik dengan rancangan *cross sectional.* Pada penelitian ini akan menganalisa hubungan tingkat penyalahgunaan narkoba dengan kejadian depresi pada santri yang menjalani program rehabilitasi narkoba.

## 3.2. Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian akan dilakukan di Pusat Rehabilitasi Narkoba Ar-Rahman, Jalan Tegal Binangun, Kecamatan Plaju Palembang dan Panti Sosial Marsudi Putra (PSMP) Dharma Pala Jln. Raya Kayu Agung KM 32 Indralaya, OKI, Palembang pada bulan Februari 2012.

## 3.3. Populasi dan Sampel Penelitian

### 3.3.1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua santri peserta program rehabilitasi di Pusat Rehabilitasi PSMP Dharma Pala dan Ar-Rahman Palembang yang berjumlah 75 orang.

### 3.3.2 . Sampel dan Besar Sampel

Sampel adalah bagian atau wakil populasi yang diteliti (Arikunto, 2002). Sampel yang digunakan dalam penelitian ini sebagian santri peserta program rehabilitasi di Pusat Rehabilitasi Ar-Rahman dan PSMP Dharma Pala. Besar sampel diperoleh dengan menggunakan rumus :

$$n = \frac{Z\alpha^2 pq}{d^2}$$

Keterangan :

n = besar sampel
$Z\alpha$ = simpangan rata-rata distribusi normal standar derajat kemaknaan alpha
p = proporsi variabel yang dikehendaki
q = 1 – p
d = kesalahan sampling yang masih dapat ditoleransi

Sehingga besar sampel yang digunakan dalam penelitian ini sebagai berikut.

$$n = \frac{Z\alpha^2 pq}{d^2}$$

$$= \frac{(1{,}96)^2 \times 0{,}23 \times 0{,}77}{(0{,}1)^2}$$

$$= \frac{3{,}84 \times 0{,}23 \times 0{,}77}{0{,}01}$$

$$= \frac{0{,}68}{0{,}01}$$

$$= 68$$

Dengan perhitungan rumus diatas, maka besar sampel minimal yang akan diteliti adalah sebesar 68 orang

### 3.3.3. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

1. Bersedia menjadi responden
2. Peserta rehabilitasi yang pernah menggunakan narkoba 6 bulan terakhir

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah:

1. Peserta rehabilitasi yang menderita skizofrenia dan gangguan waham
2. Peserta rehabilitasi dengan kepribadian introvert
3. Peserta rehabilitasi yang mengalami kehilangan keluarga, pasangan atau pekerjaan dalam 3 bulan terakhir

### 3.3.4. Cara Pengambilan Sampel

Sampel diambil dengan menggunakan teknik *purposive sampling* artinya sampel diambil berdasarkan pertimbangan tertentu yaitu sampel merupakan santri yang sedang menjalani program rehabilitasi narkoba yang memenuhi kriteria penelitian ini.

## 3.4. Variabel Penelitian

### 3.4.1. Variabel Dependent

Variabel *dependent* (terikat) pada penelitian ini adalah depresi

### 3.4.2. Variabel Independent

Variabel *independent* (tidak terikat) pada penelitian ini adalah tingkat penyalahgunaan narkoba

## 3.5. Definisi Operasional

1. Depresi
   - a. Definisi : Keadaan menurunya *mood* dan hilangnya minat terhadap aktivitas-aktivitas yang biasanya dilakukan (Buckley and Buckley 2006)
   - b. Alat ukur : *Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)*
   - c. Cara ukur : Dicatat berdasarkan jawaban responden
   - d. Hasil Ukur : Skor 0-6 = Tidak Depresi, skor > 7 = Depresi

2. Tingkat penyalahgunaan narkoba
   - a. Definisi : Penggunaan narkoba (narkotika dan obat terlarang) tanpa indikasi dan dosis yang berlebihan (Kandel, 1975)
   - b. Alat ukur : Kuesioner
   - c. Cara ukur : Dicatat berdasarkan jawaban responden
   - d. Hasil Ukur : 1-2 kali = Coba Pakai, 10-29 kali = Menengah, >30 kali = Berat

## 3.6. Cara Pengumpulan Data

### 3.6.1. Data Primer

Jenis data yang digunakan pada penelitian ini adalah data primer. Data primer adalah data yang diambil dari sumbernya langsung yang dirumuskan melalui intrumen penilaian skala objektif untuk depresi yaitu *Hamilton Depression Rating Scale.*

Penyebaran kuesioner kepada peserta rehabilitasi akan dilakukan langsung oleh peneliti. Adapun langkah pengumpulan data sebagai berikut:

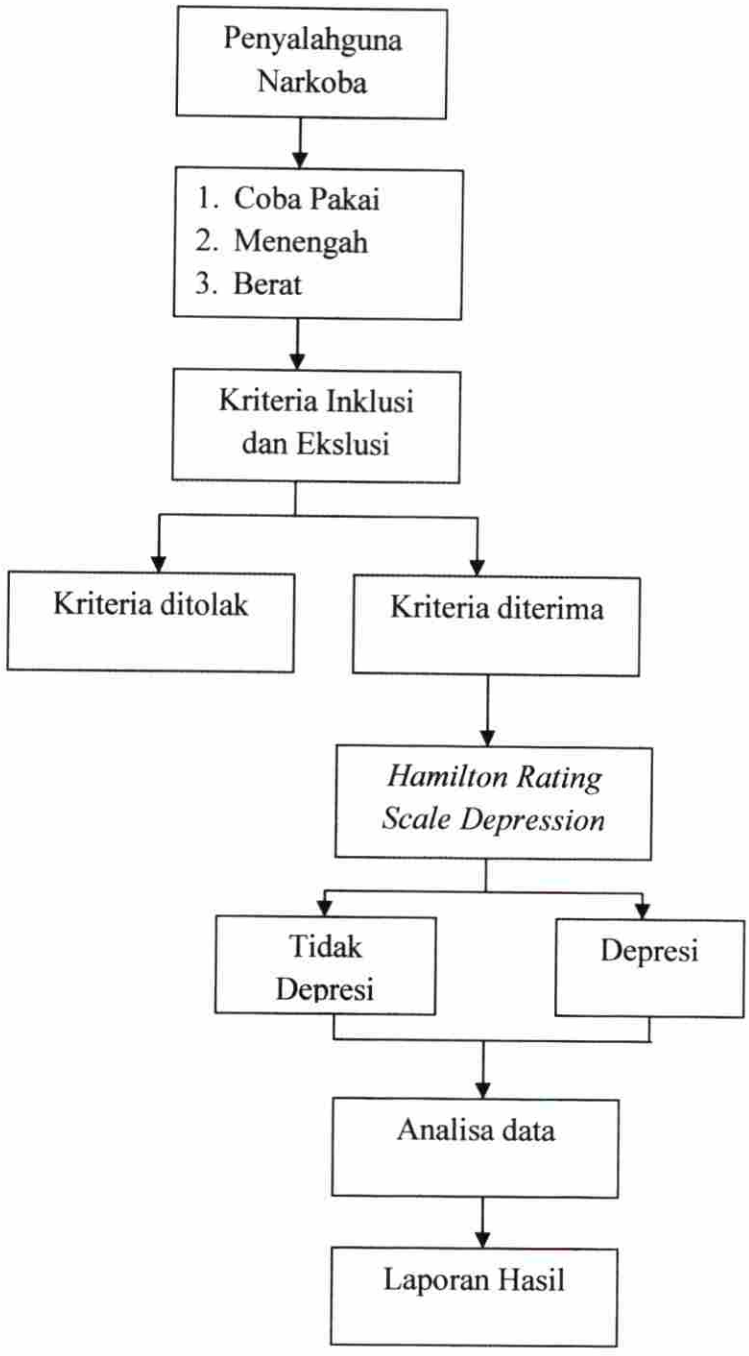
1. Menjelaskan tujuan penelitian kepada responden (peserta rehabilitasi)
2. Meminta persetujuan responden ikut berpartisipasi penelitian
3. Memberikan kuesioner yang langsung diisi oleh responden (peserta rehabilitasi)
4. Melakukan pemeriksaan skala depresi dengan *Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)*
5. Mengumpulkan kuesioner yang telah diisi oleh responden (peserta rehabilitasi)

## 3.7. Metode Teknis Analisis Data

### 3.7.1. Cara pengolahan dan analisis data

Data yang diperoleh kemudian dianalisis secara statistik menggunakan tabel 2x3 (Uji *Chi Square*) untuk mengetahui hubungan tingkat penyalahgunaan narkoba dengan kejadian depresi pada santri di Pusat Rehabilitasi Narkoba PSMP Dharma Pala dan Ar-Rahman Palembang

### 3.8. Alur Penelitian



# BAB IV

# HASIL DAN PEMBAHASAN

## 4.1. Hasil

Penelitian tentang Hubungan Tingkat Penyalahgunaan Narkoba terhadap Kejadian Depresi Pada Santri di Pusat Rehabilitasi Narkoba PSMP Dharma Pala dan Ar-Rahman Palembang telah dilakukan pada tanggal 6 Februari dan 15 Februari 2012. Dengan menggunakan teknik pengambilan sampel *purposive sampling* yang berarti pengambilan sampel berdasarkan pertimbangan dengan jumlah sampel sebanyak 68 subjek.

### 4.1.1. Karakteristik Subjek Penelitian

Hasil penelitian menunjukkan bahwa keseluruhan subjek berjenis kelamin pria yaitu 68 subjek (100%). Penyalahgunaan narkoba banyak dilakukan oleh subjek berusia kurang dari 20 tahun yaitu 52 subjek (76,5%) dibandingkan dengan subjek berusia lebih dari 20 tahun yaitu 16 subjek (23,5%). Sebagian besar status pernikahan subjek penelitian adalah belum menikah yaitu 61 subjek (89,7%). Tingkat pendidikan subjek penelitian terbanyak tamat SMP yaitu 51 subjek (75%) dan terbanyak kedua adalah tamat SMA sebesar 12 subjek (17,6%). Pekerjaan subjek penelitian terbanyak adalah pelajar yaitu 48 subjek (70,6%). Distribusi karakteristik subjek penelitian secara lengkap ditampilkan pada tabel 4.1.

Tabel 4.1. Karakteristik Subjek Penelitian (n=68)

| Karakteristik | Jumlah (n) | Persentase (%) |
|---|---|---|
| Jenis Kelamin | | |
| Pria | 68 | 100,0 |
| Wanita | 0 | 0,0 |
| Umur | | |
| < 20 tahun | 52 | 76,5 |
| > 20 tahun | 16 | 23,5 |
| Status Pernikahan | | |
| Menikah | 7 | 10,3 |
| Belum menikah | 61 | 89,7 |
| Jumlah | 68 | 100,0 |

Lanjutan Tabel 4.1. Karakteristik Subjek Penelitian (n=68)

| Karakteristik | Jumlah (n) | Persentase (%) |
|---|---|---|
| Tingkat Pendidikan | | |
| SD | 3 | 4,5 |
| SMP | 51 | 75,0 |
| SMA | 12 | 17,6 |
| S1 | 2 | 2,9 |
| Pekerjaan | | |
| Pelajar | 48 | 70,6 |
| Mahasiswa | 10 | 14,7 |
| Pegawai Negeri | 0 | 0,0 |
| Pegawai Swasta | 4 | 5,9 |
| Wiraswasta | 0 | 0,0 |
| Buruh | 1 | 1,5 |
| Tidak Bekerja | 5 | 7,3 |
| Pensiun | 0 | 0,0 |
| Total | 68 | 100,0 |

### 4.1.2. Tingkat Penyalahgunaan Narkoba pada Subjek Penelitian

Tingkat penyalahgunaan narkoba diukur berdasarkan frekuensi penggunaan narkoba yang dapat dikategorikan menjadi coba pakai (1-2 kali), menengah (10-29 kali) dan berat (>30 kali). Dari hasil penelitian, tingkat penyalahgunaan coba pakai yaitu 34 subjek (50%) pada responden lebih tinggi daripada tingkat penyalahgunaan menengah sebesar 25 subjek (36,8%) dan berat sebesar 9 subjek (13,2%). Hasil penelitian mengenai tingkat penyalahgunaan narkoba pada responden dapat dilihat pada tabel 4.2 berikut ini :

Tabel 4.2. Distribusi Tingkat Penyalahgunaan Narkoba (n=68)

| Tingkat Penyalahgunaan | Jumlah (n) | Persentase (%) |
|---|---|---|
| Coba Pakai | 34 | 50,0 |
| Menengah | 25 | 36,8 |
| Berat | 9 | 13,2 |
| Jumlah | 68 | 100,0 |

### 4.1.3. Status Depresi pada Subjek Penelitian

Depresi yang diukur menggunakan instrumen penilaian depresi *Hamilton Depression Rating Scale* (*HDRS*), dapat dikategorikan atas depresi dan tidak depresi. Dari keseluruhan subjek penelitian, 49 subjek (72,0%) mengalami keadaan depresi sedangkan 19 subjek lainnya (28,0%) tidak mengalami keadaan depresi. Hasil penelitian mengenai status depresi pada responden dapat dilihat pada tabel 4.3. berikut ini :

Tabel 4.3. Status Depresi Subjek Penelitian (n=68)

| Depresi | Jumlah (n) | Persentase (%) |
|---|---|---|
| Depresi | 49 | 72,0 |
| Tidak Depresi | 19 | 28,0 |
| Jumlah | 68 | 100,0 |

### 4.1.4. Derajat Depresi Subjek Penelitian

Derajat depresi diukur menggunakan instrumen penilaian depresi *Hamilton Depression Rating Scale* (*HDRS*), yang dikategorikan dengan tidak depresi (skor 0-6), depresi ringan (skor 7-17), depresi sedang (skor 18-24) dan depresi berat (skor > 24). Dari hasil penelitian ditemukan subjek penelitian terbanyak mengalami depresi ringan yaitu 46 subjek (67,6%), 3 subjek (4,4%) mengalami depresi sedang dan yang tidak depresi sebesar 19 subjek (27,9%). Hasil penelitian mengenai derajat depresi pada subjek penelitian dapat dilihat ditabel 4.4.

Tabel 4.4. Derajat Depresi Subjek Penelitian (n=68)

| Derajat Depresi | Jumlah (n) | Persentase (%) |
|---|---|---|
| Tidak Depresi | 19 | 28,0 |
| Depresi Ringan | 46 | 67,6 |
| Depresi Sedang | 3 | 4,4 |
| Depresi Berat | 0 | 0,0 |
| Jumlah | 68 | 100,0 |

### 4.1.5. Distribusi Depresi Berdasarkan Karakteristik Subjek Penelitian

Dari hasil penelitian, kejadian depresi yang terjadi pada subjek penelitian berjenis kelamin pria, 49 subjek (72,0%) mengalami keadaan depresi dan 19 subjek (28,0%) tidak mengalami depresi. Berdasarkan kelompok umur, subjek dengan umur kurang dari 20 tahun mengalami depresi sebanyak 39 subjek (75,0%) dan yang tidak mengalami depresi sebanyak 13 subjek (25,0%) sedangkan kelompok umur lebih dari 20 tahun, sebanyak 10 subjek (62,5%) mengalami depresi dan 6 subjek (37,5%) tidak mengalami depresi. Berdasarkan status pernikahan, yang sudah menikah sebanyak 7 subjek, 2 subjek (28,6%) mengalami depresi dan 5 subjek (71,4%) tidak mengalami depresi. Yang belum menikah sebanyak 61 subjek dengan 47 subjek (77,0%) mengalami depresi dan 14 subjek (33,0%) tidak mengalami depresi. Dari karakteristik tingkat pendidikan, subjek yang terbanyak mengalami depresi adalah dengan tingkat pendidikan tamat SMP sebanyak 38 subjek (74,5%) sedangkan yang tidak depresi untuk tingkat pendidikan yang sama sebanyak 13 subjek (25,5%), terbanyak kedua yang mengalami depresi dengan tingkat pendidikan SMA sebesar 9 subjek (75,0%) dan yang tidak depresi dengan tingkat pendidikan yang sama sebesar 3 subjek (25,0%) Berdasarkan status pekerjaan, yang terbanyak mengalami depresi adalah subjek dengan pekerjaan pelajar sebesar 36 subjek (75,0%) dan yang tidak depresi dengan pekerjaan pelajar sebesar 12 subjek (25,0%) selanjutnya subjek dengan pekerjaan mahasiswa yang mengalami depresi sebesar 9 subjek (90%). Distribusi kejadian depresi berdasarkan karakteristik subjek penelitian secara lengkap ditampilkan pada tabel 4.5.

Tabel 4.5. Distribusi Depresi Berdasarkan Karakteristik Subjek Penelitian (n=68)

| Karakteristik | Depresi | | Tidak Depresi | | Jumlah | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % | N | % |
| Jenis Kelamin | | | | | | |
| Pria | 49 | 72,0 | 19 | 28,0 | 68 | 100,0 |
| Wanita | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |

Lanjutan Tabel

Tabel 4.5. Distribusi Depresi Berdasarkan Karakteristik Subjek Penelitian (n=68)

| Karakteristik | Depresi | | Tidak Depresi | | Jumlah | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % | N | % |
| Umur | | | | | | |
| < 20 tahun | 39 | 75,0 | 13 | 25,0 | 52 | 100,0 |
| > 20 tahun | 10 | 62,5 | 6 | 37,5 | 16 | 100,0 |
| Status Pernikahan | | | | | | |
| Menikah | 2 | 28,6 | 5 | 71,4 | 7 | 100,0 |
| Belum menikah | 47 | 77,0 | 14 | 23,0 | 61 | 100,0 |
| Tingkat Pendidikan | | | | | | |
| SD | 1 | 33,4 | 2 | 66,6 | 3 | 100,0 |
| SMP | 38 | 74,5 | 13 | 25,5 | 51 | 100,0 |
| SMA | 9 | 75,0 | 3 | 25,0 | 12 | 100,0 |
| S1 | 1 | 50,0 | 1 | 50,0 | 2 | 100,0 |
| Pekerjaan | | | | | | |
| Pelajar | 36 | 75,0 | 12 | 25,0 | 48 | 100,0 |
| Mahasiswa | 9 | 90,0 | 1 | 10,0 | 10 | 100,0 |
| Pegawai Negeri | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| PegawaiSwasta | 1 | 25,0 | 3 | 75,0 | 4 | 100,0 |
| Wiraswasta | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Buruh | 0 | 0,0 | 1 | 100,0 | 1 | 100,0 |
| Tidak Bekerja | 3 | 60,0 | 2 | 40,0 | 5 | 100,0 |
| Pensiun | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |

### 4.1.6. Analisis Bivariat : Hubungan Tingkat Penyalahgunaan Narkoba Dengan Kejadian Depresi

Hasil penelitian menunjukkan, kejadian depresi pada penyalahguna narkoba tingkat coba pakai sebesar 19 subjek (55,9%) dari 34 subjek tingkat coba pakai. Sementara kejadian depresi pada penyalahguna narkoba tingkat menengah sebesar 22 subjek (88%) dari 25 subjek tingkat menengah. Pada penyalahguna narkoba tingkat berat, depresi dialami 8 subjek (88,9%) dari 9 subjek dengan tingkat penyalahguna berat. Hubungan tingkat penyalahgunaan narkoba dengan kejadian depresi dapat dilihat pada tabel 4.6 dihalaman selanjutnya.

Tabel 4.6 Hubungan Tingkat Penyalahgunaan Narkoba dengan Kejadian Depresi

| | Status Depresi | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Depresi | | Tidak Depresi | | Jumlah | | $p^*$ |
| | n | % | n | % | n | % | |
| Coba Pakai | 19 | 55,8 | 15 | 44,2 | 34 | 100 | |
| Menengah | 22 | 88,0 | 3 | 12,0 | 25 | 100 | 0,012 |
| Berat | 8 | 88,9 | 1 | 11,1 | 9 | 100 | |
| Jumlah | 49 | 72,0 | 19 | 28,0 | 68 | 100 | |

*Uji *Chi Square*

Dari hasil analisis statistik dengan uji C*hi Square* diperoleh *p-value* 0,012 lebih kecil dari α (0,05) sehingga Ho ditolak yang artinya ada hubungan antara tingkat penyalahgunaan narkoba dengan kejadian depresi. Hasil tabel analisis dengan menggunakan program *SPSS* dapat dilihat di lampiran

## 4.2. Pembahasan

Sekitar 90% orang yang menyalahgunakan narkoba mengalami gangguan psikiatrik dan yang paling sering ditemukan adalah depresi (Simkin, 2007). Tujuan penelitian yang dilakukan adalah mengetahui hubungan tingkat penyalahgunaan narkoba dengan kejadian depresi dengan menggunakan rancangan penelitian analitik dengan desain *cross sectional*. Pada penelitian ini diambil sampel sebesar 68 subjek yang memenuhi kriteria inklusi.

Dari hasil penelitian di pusat rehabilitasi narkoba, penyalahguna yang menjalani program rehabilitasi keseluruhannya adalah pria yaitu 68 subjek (100%). Persentase usia terbesar subjek penelitian terdapat pada kelompok usia kurang dari 20 tahun yaitu 52 subjek (76,5%). Sebagian besar status pernikahan subjek penelitian adalah belum menikah yaitu 61 subjek (89,7%). Tingkat pendidikan dari subjek penelitian terbanyak tamat SMP sebesar 51 subjek (75%) dan sebagian besar subjek penelitian masih pelajar yaitu 48 subjek (70,6%). Hal ini hampir sama dengan angka kejadian penyalahguna narkoba terbanyak dilakukan oleh kelompok umur dibawah 20 tahun dan kebanyakan dari mereka adalah pelajar dan mahasiswa (Badan Narkotika Nasional, 2004). Allan (2005)

dan *National Household Survey on Drug Abuse* menyatakan bahwa kebanyakan kasus penyalahgunaan zat dimulai pada akhir usia belasan atau awal usia 20 tahun, sedangkan sisanya dimulai pada pertengahan atau akhir usia dewasa.

Hasil penelitian kami menunjukkan, sebagian besar subjek penelitian memiliki tingkat penyalahgunaan narkoba coba pakai sebanyak 34 subjek (50%) dan 25 subjek (36,8%) dengan tingkat penyalahgunaan menengah serta sisanya 9 subjek (13,2%) dengan tingkat penyalahgunaan berat. Menurut Badan Narkotika Nasional (BNN) tahun 2004 menyebutkan, penyalahgunaan narkoba merupakan suatu proses yang makin meningkat dari taraf coba-coba ke taraf penggunaan untuk hiburan, penggunaan situasional, pengunaan teratur sampai kepada ketergantungan. Memasuki taraf coba-coba bisa langsung terseret kepada taraf ketergantungan oleh karena sifat narkoba yang mempunyai daya menimbulkan ketergantungan yang tinggi.

Hasil penilaian keadaan depresi dengan menggunakan instrumen pemeriksaan keadaan depresi *Hamilton Depression Rating* Scale ditemukan dari 68 subjek penelitian proporsi gangguan depresi pada penyalahguna narkoba yang sedang menjalani rehabilitasi sebanyak 49 subjek (72,0%) mengalami keadaan depresi dan 19 subjek lainnya (28,0%) tidak mengalami keadaan depresi. Angka ini lebih besar dari hasil penelitian Kandouw (2007) yang menyatakan angka depresi sebesar 48,1% juga lebih besar dari hasil penelitian Deykin (2007) yang menyatakan angka depresi sebesar 24,7% dari penyalahguna zat yang menjalani rehabilitasi.

Depresi yang terjadi pada subjek penelitian, terbanyak memiliki derajat depresi ringan sebesar 46 subjek (67,6%) dan 3 subjek (4,4%) mengalami depresi derajat sedang. Angka ini sesuai dengan penelitian Tetranto (2009) yang menyatakan derajat depresi terbanyak pada penyalahguna narkoba adalah derajat depresi ringan.

Dari karakteristik subjek penelitian yang keseluruhannya adalah pria, depresi dialami oleh 49 subjek (72%). Kelompok umur yang terbanyak

mengalami depresi adalah kurang dari 20 tahun yaitu 39 subjek (75,0%). Depresi terbanyak terjadi pada subjek penelitian yang belum menikah sebesar 47 subjek (77%). Tingkat pendidikan terakhir SMP pada subjek penelitian terbanyak mengalami depresi yaitu 38 subjek (74,5%). Keadaan depresi juga terbanyak dialami oleh pelajar sebesar 36 subjek (75,0%). *Comprehensive Textbook of Psychiatry* menyebutkan bahwa *onset* seseorang untuk menderita depresi berkisar antar umur 20 dan 40 tahun. DSM-IV menyatakan bahwa prevalensi depresi tampaknya tidak berhubungan dengan tingkat pendidikan. Depresi yang terbanyak terjadi pada subjek penelitian yang belum menikah sesuai dengan pernyataan Kaplan yang menyatakan bahwa gangguan depresi paling sering ditemukan pada orang yang tak mempunyai hubungan interpersonal yang akrab atau pada orang yang telah bercerai.

Dari hasil analisis statistik dengan menggunakan uji *Chi Square* untuk menguji apakah terdapat hubungan tingkat penyalahgunaan narkoba dengan kejadian depresi diperoleh *p-value* 0,012 lebih kecil dari α (0,05) sehingga H0 ditolak yang artinya ada hubungan antara tingkat penyalahgunaan narkoba dengan kejadian depresi. Dari hasil penelitian ini diketahui bahwa semakin tinggi tingkat penyalahgunaan narkoba, maka semakin rentan seseorang mengalami depresi. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang juga menunjukkan adanya hubungan lama subjek menggunakan narkoba dengan kejadian depresi. Nestler (2011) dalam *Neuron Journal* menyatakan bukti klinis menunjukkan bahwa penyalahgunaan zat dapat menyebabkan resiko individu mengalami depresi dan semakin sering seseorang mengkonsumsi zat terlarang membuatnya menjadi lebih tertekan atau depresi.

Simkin (2007) menyebutkan bahwa sekitar 90% orang yang menyalahgunakan zat menderita gangguan psikiatrik dan yang tersering adalah gangguan depresi. Khantzian (2007) juga menambahkan depresi yang diderita oleh penyalahguna narkoba merupakan masalah yang perlu diperhatikan secara serius karena jika tidak dikenali dan diatasi dengan baik, maka depresi tersebut dapat menjadi salah satu alasan untuk mengulangi kebiasaannya, dengan tujuan

mengobati diri sendiri dan nyeri dari rasa sakit yang dirasakannya. Sehingga dapat diasumsikan bahwa kemungkinan besar resiko mereka untuk *relapse* sangat besar mengingat secara keseluruhan sebanyak 72,0% mengalami depresi. Oleh karena itu diperlukan penanganan yang serius dalam menurunkan status depresi pada santri yang berada dalam pusat rehabilitasi sebab menurut Hasin (2002) menyatakan bahwa depresi pada saat abstinensi berhubungan dengan kemungkinan yang lebih besar untuk kambuh dan salah satu masalah terbesar dalam menatalaksana penyalahguna zat adalah menekan tingkat kekambuhan.

# BAB V

# KESIMPULAN DAN SARAN

## 5.1. Kesimpulan

Penyalahguna narkoba yang menjalani program rehabilitasi kebanyakan memiliki karakteristik demografi dengan usia kurang dari 20 tahun (76,5%), berjenis kelamin pria (100%), belum menikah (89,7%), tamat SMP (75%) dan masih pelajar (70,6%). Terdapat 50% subjek dengan tingkat penyalahgunaan coba pakai, 36,8% subjek tingkat penyalahgunaan menengah dan 13,2% subjek dengan tingkat penyalahgunaan berat. Terdapat 72,0 % subjek yang menyalahgunakan narkoba mengalami depresi dan 28,0% tidak mengalami depresi Penyalahguna yang mengalami depresi memiliki derajat depresi ringan sebesar 67,6% subjek, 4,5% subjek depresi sedang dan 27,9% subjek normal. Terdapat 72% subjek mengalami depresi, 75,0% subjek yang mengalami depresi masih berumur dibawah 20 tahun, dan 77,0% subjek yang depresi belum menikah, 74,5% subjek yang mengalami depresi dengan tingkat pendidikan akhir SMP, dan masih pelajar 75% subjek. Terdapat hubungan bermakna antara tingkat penyalahgunaan narkoba dengan kejadian depresi.

## 5.2. Saran

1. Untuk Pusat Rehabilitasi Narkoba dengan diketahuinya tingkat penyalahgunaan narkoba dapat menyebabkan kerentanan mengalami depresi pada peserta rehabilitasi, maka diperlukan penanganan yang lebih baik dengan harapan keadaan depresi tersebut tidak membuat peserta kembali menyalahgunakan narkoba
2. Untuk penelitian selanjutnya perlu ditambahkan variabel penelitian lain seperti umur , tipe kepribadian dan jenis narkoba yang digunakan.

# DAFTAR PUSTAKA


American Psychiatric Association. 1994. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. American Psychiatric Association. Washington, DC. Hal 18-22

Amir, N. 2005. Diagnosis dan Penatalaksanaan Depresi. Cermin Dunia Kedokteran. 149 :hal 8-13

Arikunto, S. 2002. Prosedur Penelitian, Suatu Pendekatan Praktek. Rineka Cipta. Jakarta, hal 104

Badan Narkotika Nasional. 2004. Pedoman Pencegahan Penyalahgunaan Narkoba Bagi Pemuda. Badan Narkotika Nasional Republik Indonesia, Jakarta, hal. 2

Buckely, A. dan C. Buckley .2006. *A Guide to Coaching and Mental Health : The Recognition and management of psychological issues.* Routledge. New York, United States of America, hal. 181

Deykin E.Y., Buka S.L., Zeena T.H. 2007. Depressive Illness Among Chemically Dependent Adolescent. Am J Psychiatry. 149 : 1341-1347

Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan. 2010. Pedoman Napza. (http://dinkes-sulsel.go.id, diakses 21 November 2011). Hal. 4

Harun, H. 2009. Depresi dan Penanganannya. Majalah Ilmiah Ukhuwah. 4 : hal 239-243

Husin, A.B. 2002. Penatalaksanaan Mutakhir dan Komprehensif Ketergantungan Napza. Cermin Dunia Kedokteran. 136 : hal 3-4

Ismail, R.I. dan K.Siste. 2010. Gangguan Depresi Dalam: Elvira, S.D. (Editor). Buku Ajar Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Badan Penerbit FKUI. Jakarta, Indonesia, hal 209-222

The Indonesian Florence Nightingale Foundation, (1999), Kiat Penanggulangan dan Penyalahgunaan Ketergantungan NAPZA, Jakarta. Hal 314

Kandel, Denise. 1975. The Measurement of "Ever Use" and "Frequency-Quantity" (in Drug Use Surveys), NIDA, Research Monograph Series 2, Operational Definition in Socio-behavioural Drug Use Research, Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse . hal 27-35

Kandouw, A., S.D. Elvira dan I. Ariawan. 2007. Proporsi Gangguan Depresi pada Penyalahguna Zat yang menjalani Rehabilitasi di RS Marzoeki Mahdi. Cermin Dunia Kedokteran. 156 : hal 137-142

Kaplan HI, Sadock BJ. 1998. Substance Related Disorder. Dalam: Synopsis of Psychiatry. Ed 8. Baltimore: Williams & Wilkins; hal 375-391

Kaplan HI, Sadock BJ. Mood Disorder. 1998. Dalam: Synopsis of Psychiatry. Ed. 8 Baltimore: Williams & Wilkins,: hal 524-580.

Kistyarini. 2011. BNN : 5 Juta Pengguna Narkoba di Indonesia. Kompas (Koran), 26 Juni 2011, hal. 15

Litin, S.C.2007. Mayo Clinic : Family Health Book. PT.Gramedia, Jakarta, Indonesia, hal.128

Maslim, R. 2003. Pedoman Penggolongan Diagnostik Gangguan Jiwa (PPDGJ) III. PT.Nuh Jaya, Jakarta. Hal. 64-65

Meyer Roger E.1975. Different Patterns of Drug Use, NIDA Research Monograph Series 2, Operational Definition in Socio-behavioural Drug Use Research, Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse. Hal 17-24

Nadeeka N.W, dkk.2007. Validity of Hamilton Depression Inventory in Parkinson's Disease. Journal movements disorders, willey interscience. United Kingdom. Vol 22 : hal 3

Notoatmodjo, S. Metodologi Penelitian Kesehatan. 2002. Edisi revisi. Rineka Cipta. Jakarta, hal: 79-92

Nursalam. 2003. Pendekatan Praktis Metodologi Riset, Jakarta : Sagung Seto, hal. 32-4

Ritter, C. & Anthony, J.C. 1991. Factors influencing initiation of cocaine use among adults : Findings from the epidemiologic Caatchment Area Program. In S. Schober & C. Shade (Eds.), The An

Epidemiology of cocaine use and abuse, NIDA Research Monograph 110, DHHS Publication ADM 91-1787, Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse. Hal 189-210

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). 2008. *Results from the 2007 National Survey on Drug Use and Health: National Findings* (Office of Applied Studies, NSDUH Series H-34, DHHS Publication No. SMA 08-4343). Rockville, MD. Hal 3

Simkin, D.R. 2002. Adolescent Substance Use Disorder and Cormobidity. Pediatric Clinic North America. 49 : Hal 1-14

Tarigan, B.V. 2001. Fakto-faktor Yang Mempengaruhi Penyalahgunaan Narkoba Di Kalangan Murid SMU Negeri Jakarta Timur. Tesis, Program Studi Ilmu Keshetan Masyarakat Universitas Indonesia (tidak dipublikasikan), Hal. 3

Tetranto T.H. 2009. Gambaran Status Depresi Pecandu NAPZA yang Menjalani Program Rehabilitasi (*12 Steps* dan *Therapeutic Community*). Buletin Ilmiah RSKO. 32: Hal 26-34

Todorov, AA., MT Lynskey, JD Grant, JF Scherrer, RD Todd, KK Bucholz (2006). "Psyciatrich comorbidity and progression in drug use in adult Male twins: implications for the design of genetic association studies". Addictive Behaviour 31 (2006): Hal 948-961

Tomb, D.A.2000. Buku Saku Psikiatri. Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta. Hal 39.40

Undang-Undang RI Nomor 22 Tahun 1997 tentang Narkotika

Undang-Undang RI Nomor 5 Tahun 1997 tentang Psikotropika

Waller, T. dan Rumball, D. 2004. Treating Dinkers and Drug User In The Community. The Psychiatrist. 382: 1-12

World Health Organization. 1993. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorder

# FAKULTAS KEDOKTERAN
## UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG

SK. DIRJEN DIKTI NO. 2130 / D / T / 2008 TGL. 11 JULI 2008 : IZIN PENYELENGGARA PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER

Kampus B : Jl. KH. Bhalqi / Talang Banten 13 Ulu Telp. 0711- 520045
Fax. : 0711 516899 Palembang (30263)


بِسْمِ اللهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِيْمِ

Palembang, 4 Februari 2012

Nomor : 78/H-5/FK-UMP/II/2012
Lampiran :
Perihal : Surat Pengantar Izin Penelitian

Kepada : Yth. Bpk/Ibu Kepala Pusat Rehabilitasi Narkoba
PSPP Dharma Pala
di
Palembang

Assalamu'alaikum. Wr. Wb.

Ba'da salam, semoga kita semua mendapatkan rahmat dan hidayah dari Allah. SWT. Amin Ya robbal alamin.

Sehubungan dengan akan berakhirnya proses pendidikan Tahap Akademik mahasiswa angkatan 2008 Program Studi Pendidikan Dokter di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang. Maka sebagai salah satu syarat kelulusan, diwajibkan kepada setiap mahasiswa untuk membuat Skripsi sebagai bentuk pengalaman belajar riset.

Dengan ini kami mohon kepada Saudara agar kiranya berkenan memberikan izin penelitian di Pusat Rehabilitasi Narkoba PSPP Dharma Pala, kepada :

| NO. | NAMA /NIM | JUDUL SKRIPSI |
|---|---|---|
| 1 | Alham Wahyudin<br>70 2008 055 | Hubungan Tingkat Penyalahgunaan Narkoba Dengan Kejadian Depresi Pada Santri Di Pusat rehabilitas Narkoba PSPP Dharma Pala dan Ar-Rahman Palembang |

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya diucapkan terima kasih .

Billahittaufiq Walhidayah.
Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Dekan,

Prof. Dr.KHM.Arsyad,DABK,SpAnd

# FAKULTAS KEDOKTERAN
## UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG
SK. DIRJEN DIKTI NO. 2130 / D / T / 2008 TGL. 11 JULI 2008 : IZIN PENYELENGGARA PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER

Kampus B : Jl. KH. Bhalqi / Talang Banten 13 Ulu Telp. 0711- 520045
Fax. : 0711 516899 Palembang (30263)


بِسْمِ اللهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِيْمِ

Palembang, 4 Februari 2012

Nomor : 78/H-5/FK-UMP/II/2012
Lampiran :
Perihal : Surat Pengantar Izin Penelitian

Kepada : Yth. Bpk/Ibu Kepala Ar-Rahman Palembang
di
Tempat

Assalamu'alaikum. Wr. Wb.

Ba'da salam, semoga kita semua mendapatkan rahmat dan hidayah dari Allah. SWT. Amin Ya robbal alamin.

Sehubungan dengan akan berakhirnya proses pendidikan Tahap Akademik mahasiswa angkatan 2008 Program Studi Pendidikan Dokter di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang. Maka sebagai salah satu syarat kelulusan, diwajibkan kepada setiap mahasiswa untuk membuat Skripsi sebagai bentuk pengalaman belajar riset.

Dengan ini kami mohon kepada Saudara agar kiranya berkenan memberikan izin penelitian di Ar-Rahman Palembang, kepada :

| NO. | NAMA /NIM | JUDUL SKRIPSI |
|---|---|---|
| 1 | Alham Wahyudin<br>70 2008 055 | Hubungan Tingkat Penyalahgunaan Narkoba Dengan Kejadian Depresi Pada Santri Di Pusat rehabilitas Narkoba PSPP Dharma Pala dan Ar-Rahman Palembang |

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya diucapkan terima kasih .

Billahittaufiq Walhidayah.
Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Dekan,

Prof. Dr.KHM.Arsyad,DABK,SpAnd
NBM/NIDN. 0603 4809 1052253/0002064803

## Lampiran 3. Lembar Kuesioner Penelitian

**LEMBAR KUESIONER PENELITIAN**

**1. Identitas Pribadi**

Nama : _____

Usia saat ini : ____ tahun

Jenis kelamin : ☐ Laki-laki ☐ Perempuan

Tingkat pendidikan terakhir : ☐ SD ☐ SMP ☐ SMU ☐ S1

Pekerjaan Anda saat ini : ☐ Pelajar ☐ Mahasiswa ☐ Pegawai Negeri

☐ Pegawai Swasta ☐ Wiraswasta

☐ Buruh ☐ Tidak bekerja ☐ Pensiun

Status pernikahan : ☐ Menikah ☐ Belum Menikah ☐ Cerai

**2. Faktor yang berhubungan dengan penyalahgunaan narkoba**

a. Jenis narkoba yang pernah digunakan :

_____

b. Apa alasan menggunakan narkoba :

_____

_____

_____

c. Frekuensi tingkat penyalahgunaan narkoba :

[ ] 1-2x/bulan [ ] 10-29x/bulan [ ] > 30x/bulan

d. Lama menggunakan : [ ] < 1 thn [ ] 1 thn [ ] 2 thn lainya :___ thn

e. Terakhir menggunakan : ____ bulan yang lalu

**3. Faktor psikososial**

Jawablah pertanyaan dibawah ini sesuai dengan keadaan anda sebenarnya dalam 3 bulan terakhir ini :

a. Apakah anda mengalami kehilangan anggota keluarga (Orang Tua, Saudara atau Pasangan) ?

☐ Ya ☐ Tidak

b. Jika Ya, apakah kehilangan tersebut membuat anda tertekan ?

☐ Ya ☐ Tidak

c. Bagaimana hubungan anda dengan keluarga lainnya ?

_____

_____

d. Jika anda masih bekerja, bagaimana keadaan pekerjaan anda ? Apakah ada masalah ?

_____

_____

**4. Faktor Kepribadian**

Pilihlah salah satu pernyataan yang paling sesuai dengan diri Anda dengan memberi tanda (√) pada kotak yang disediakan (KOLOM ISIAN).

| Pernyataan A | ISIAN | | Pernyataan B |
|---|---|---|---|
| Berorientasi pada dunia eksternal (kegiatan, orang) | | | Berorientasi pada dunia internal (memori, pemikiran, ide) |
| Tertutup dan mandiri | | | Sosial dan ekspresif |
| Pertemuan dengan orang lain dan aktivitas sosial melelahkan | | | Bertemu orang dan aktivitas sosial membuat bersemangat |
| Beraktifitas sendirian di rumah menyenangkan | | | Beraktifitas sendirian di rumah membosankan |
| Lebih memilih tempat yang tenang dan pribadi untuk berkonsentrasi | | | Lebih memilih tempat yang ramai dan banyak interaksi / aktifitas |

## Lampiran 4. *Hamilton Depression Rating Scale*

**HAMILTON DEPRESSION RATING SCALE**

Petunjuk pengisian : Pilihlah jawaban yang telah dipersiapkan dengan memberi tanda (√) pada kotak yang telah disediakan. Seluruh jawaban bernilai benar, mohon dijawab dengan keadaan yang sebenarnya.

**Perasaan (*mood*) depresif**

Apakah anda sering merasa (sedih, putus asa, tak berdaya, tak berguna) ?

0 [ ] Tidak pernah
1 [ ] Ya. Saya dapat merasakan jika ditanya
2 [ ] Ya. Saya secara spontan dapat menyatakan perasaan tersebut
3 [ ] Tanpa harus saya katakan, ekspresi, suara dan semua tingkah laku saya sudah menunjukkan perasaan tersebut. Saya cenderung mudah menanggis atau marah
4 [ ] Saya selalu menyatakan perasaan ini dengan jelas melalui kata-kata dan saya sering mengekspresikannya. Misalnya dengan cara menangis/marah

**Perasaan Bersalah**

Apakah anda selalu merasa bersalah ?

0 [ ] Tidak pernah
1 [ ] Ya. Sering menjadi penyebab dari masalah / penderitaan orang lain
2 [ ] Rasa bersalah sering timbul berulang-ulang dalam diri saya dan saya sering mengingat-ingat kesalahan masa lalu
3 [ ] Saya Merasa bersalah telah membuat orang lain sengsara, rasa ini menyiksa saya dan saya rasa inilah hukuman bagi saya
4 [ ] Saya sering dikejar-kejar, dituduh bahkan sepertinya saya merasa akan dipenjara. Entah itu nyata atau hanya ada di dalam pikiran saya

**Bahaya Diri**

Apakah anda pernah tercetus keinginan untuk bunuh diri ?

0 [ ] Sama sekali tidak
1 [ ] Saya hanya merasa bahwa hidup ini tak ada gunanya
2 [ ] Saya selalu berharap lebih baik saya mati saja
3 [ ] Saya sering punya ide untuk mati atau bunuh diri
4 [ ] Saya pernah benar-benar mencoba bunuh diri

**Gangguan Tidur Awal**

Apakah anda pernah mengalami kesulitan tidur ?

0 [ ] Tidak
1 [ ] Kadang-kadang setelah >1/2 jam merebahkan badan saya baru tidur
2 [ ] Setiap malam saya selalu sulit tidur

**Gangguan Tidur Menengah**

Apakah anda sering bangun tengah malam secara tiba-tiba ?

0 [ ] Tidak
1 [ ] Ya. Saya sering gelisah dan bangun malam-malam
2 [ ] Saya hampir tidak tidur sepanjang malam

**Gangguan Tidur Akhir**

Apakah anda sering ada keluhan terbangun saat awal ?

0 [ ] Tidur saya wajar, tidak ada keluhan terbangun saat awal
1 [ ] Ya. Saya sering bangun pada waktu fajar tetapi tertidur lagi
2 [ ] Kalau saya bangun fajar, maka saya tidak dapat tidur lagi

**Pekerjaan dan aktivitas**

Bangaimana dengan kebiasaan kerja dan kegiatan anda ?

0 [ ] Baik-baik saja semua lancar
1 [ ] Kadang saya merasa tidak mampu, letih, lemah terutama dalam melakukan aktivitas kerja dan hobi saya
2 [ ] Saya tidak mempunyai gairah untuk melakukan aktivitas baik kerja maupun hobi
3 [ ] Saya merasa aktivitas dan produktivitas saya baik ditempat kerja maupun dirumah berkurang
4 [ ] Saya saat ini tidak dapat beraktivitas kerana sakit yang saya alami

**Interaksi sosial**

Apakah anda termasuk pribadi yang lincah, energik dan pintar bicara ?

0 [ ] Saya cukup bagus dalam berbicara, berpikir dan bertingkah laku
1 [ ] Saya memiliki masalah di dalam berbicara (sedikit lamban/cepat)
2 [ ] Saya lamban / terlalu cepat berbicara
3 [ ] Saya tidak mudah diajak berbicara dan berinteraksi
4 [ ] Saya tidak dapat berkata-kata atau melakukan apapun

**Retardasi Psikomotor**

Apakah anda sering merasa gelisah ?

0 [ ] Tidak

1 [ ] Sedikit

2 [ ] Saya sering memainkan tangan, rambut, benda-benda untuk mengurangi rasa gelisah

3 [ ] Saya selalu bergerak untuk mengurangi rasa gelisah

4 [ ] Saya sering meremas tangan, menggigit kuku, menjambak rambut sendiri, menggigit bibir

**Kecemasan Fisik**

Apakah anda sering mengalami mulut kering, berdebar-debar, sakit kepala, mual, berkeringat dan sering buang air kecil ?

0 [ ] Tidak

1 [ ] Ya, saat saya merasa tegang atau tersinggung

2 [ ] Ya, karena saya sering khawatir dengan masalah sepele sekalipun

3 [ ] Hampir setiap hari

**Kecemasan somatik**

Apakah anda sering merasa terancam, takut, cemas dan lain sebagainya ?

0 [ ] Tidak

1 [ ] Kadang-kadang

2 [ ] Saya sering cemas dan takut

3 [ ] Hampir setiap hari

**Anoreksia**

Apakah anda mengalami gangguan sistem pencernaan ?

0 [ ] Tidak

1 [ ] Saya sering malas makan tetapi tidak harus disuruh oleh teman saya

2 [ ] Saya harus disuruh orang lain untuk makan bahkan saya rasa perlu obat pencahar untuk buang air besar

**Gejala somatik umum (mudah lelah, lemas, kehilangan energi)**

Apakah anda sering merasa sakit kepala,punggung pegal dan sering lelah ?

0 [ ] Tidak

1 [ ] Ya, punggung, kepala dan otot saya sering sakit. Saya juga merasa lemas

2 [ ] Jelas sekali gejalanya

**Gangguan siklus seksual**
Ada gangguan dalam siklus seksual ?

Jika anda Pria :
0 [ ] Tidak ada
1 [ ] Saya mengalami ejakulasi dini
2 [ ] Mengalami disfungsi seksual atau impotensi

Jika anda Wanita :
Ada gangguan dalam siklus seksual ?
0 [ ] Tidak ada
1 [ ] Menstruasi saya tidak teratur
2 [ ] Mengalami masalah menstruasi hampir tidak berhenti atau tidak mengalami menstruasi sama sekali

**Hipokindriasis**
Apakah anda sering merasa bahwa di dalam tubuh anda ada penyakit atau kelainan dsb
0 [ ] Tidak
1 [ ] Saya sering dapat merasakannya tetapi saya jarang mengeluhkannya
2 [ ] Saya sering takut akan kesehatan saya
3 [ ] Saya sering merasa sakit dan minta tolong orang lain
4 [ ] Saya sering merasa sakit, tetapi setelah diperiksa dokter saya dinyatakan sehat

**Kehilangan Berat Badan**
Apakah berat badan anda menurun ?
0 [ ] Tidak
1 [ ] Mungkin iya karena sekarang saya sakit
2 [ ] Jelas berkurang

**Kesadaran**
Apakah anda sadar akan kondisi kejiwaan anda ?
0 [ ] Ya, saya tahu apakah saya sehat atau stress
1 [ ] Saya tahu bahwa saat ini saya depresi, perlu istirahat dan saya berpikir terlalu berat
2 [ ] Sepertinya saya sehat-sehat saja. Tetapi memang kata teman-teman dan keluarga saya stress

## Lampiran 5. Hasil Analisis Statistik dengan menggunakan Program *SPSS*

**Case Processing Summary**

| | Cases | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| Kejadian Depresi * Tingkat_Penyalahgunaan | 68 | 100,0% | 0 | ,0% | 68 | 100,0% |

**Kejadian Depresi * Tingkat Penyalahgunaan Crosstabulation**

| | | | Tingkat_Penyalahgunaan | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Coba Pakai | Menengah | Berat | |
| Kejadian Depresi | Tidak Depresi | Count | 15 | 3 | 1 | 19 |
| | | Expected Count | 9,5 | 7,0 | 2,5 | 19,0 |
| | Depresi | Count | 19 | 22 | 8 | 49 |
| | | Expected Count | 24,5 | 18,0 | 6,5 | 49,0 |
| Total | | Count | 34 | 25 | 9 | 68 |
| | | Expected Count | 34,0 | 25,0 | 9,0 | 68,0 |

**Chi-Square Tests**

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|---|---|---|---|
| Pearson Chi-Square | 8,840(a) | 2 | ,012 |
| Likelihood Ratio | 9,278 | 2 | ,010 |
| Linear-by-Linear Association | 7,122 | 1 | ,008 |
| N of Valid Cases | 68 | | |

a 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,51.

**Lampiran 6. Data Hasil Penelitian**

| No | Inisial | JenKel | Umur | Status Pernikahan | Tingkat Pendidikan | Pekerjaan | Tingkat Penyalahgunaan | Status Depresi |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | SB | Laki-laki | 21 | Belum Menikah | SMA | Mahasiswa | Berat | Depresi |
| 2 | YA | Laki-laki | 17 | Belum Menikah | SMP | Pelajar | Coba Pakai | Tidak Depresi |
| 3 | S | Laki-laki | 18 | Belum Menikah | SMP | Pelajar | Coba Pakai | Depresi |
| 4 | BN | Laki-laki | 21 | Belum Menikah | SMA | Mahasiswa | Berat | Depresi |
| 5 | FAR | Laki-laki | 16 | Belum Menikah | SMP | Pelajar | Coba Pakai | Depresi |
| 6 | ID | Laki-laki | 17 | Belum Menikah | SMP | Pelajar | Menengah | Depresi |
| 7 | AA | Laki-laki | 17 | Belum Menikah | SMP | Pelajar | Menengah | Depresi |
| 8 | K | Laki-laki | 21 | Belum Menikah | SMA | Mahasiswa | Berat | Depresi |
| 9 | MI | Laki-laki | 17 | Belum Menikah | SMP | Pelajar | Menengah | Depresi |
| 10 | IA | Laki-laki | 17 | Belum Menikah | SMP | Pelajar | Coba Pakai | Depresi |
| 11 | RB | Laki-laki | 19 | Belum Menikah | SMP | Pelajar | Coba Pakai | Tidak Depresi |
| 12 | WA | Laki-laki | 26 | Menikah | S1 | Peg. Swasta | Berat | Depresi |
| 13 | RW | Laki-laki | 15 | Belum Menikah | SMP | Pelajar | Menengah | Depresi |
| 14 | FL | Laki-laki | 15 | Belum Menikah | SMP | Pelajar | Coba Pakai | Depresi |
| 15 | DN | Laki-laki | 15 | Belum Menikah | SMP | Pelajar | Menengah | Depresi |
| 16 | P | Laki-laki | 25 | Menikah | S1 | Peg. Swasta | Berat | Tidak Depresi |
| 17 | SY | Laki-laki | 18 | Belum Menikah | SMP | Pelajar | Coba Pakai | Depresi |
| 18 | AS | Laki-laki | 19 | Belum Menikah | SMP | Pelajar | Coba Pakai | Tidak Depresi |
| 19 | NK | Laki-laki | 15 | Belum Menikah | SMP | Pelajar | Menengah | Depresi |
| 20 | ZI | Laki-laki | 15 | Belum Menikah | SMP | Pelajar | Coba Pakai | Depresi |
| 21 | M | Laki-laki | 18 | Belum Menikah | SMP | Pelajar | Coba Pakai | Tidak Depresi |
| 22 | N | Laki-laki | 18 | Belum Menikah | SMP | Pelajar | Coba Pakai | Tidak Depresi |
| 23 | JS | Laki-laki | 18 | Belum Menikah | SMP | Pelajar | Coba Pakai | Tidak Depresi |

| No | Inisial | JenKel | Umur | Status Pernikahan | Tingkat Pendidikan | Pekerjaan | Tingkat Penyalahgunaan | Status Depresi |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 24 | NO | Laki-laki | 19 | Belum Menikah | SMP | Pelajar | Coba Pakai | Tidak Depresi |
| 25 | MA | Laki-laki | 19 | Belum Menikah | SMP | Pelajar | Coba Pakai | Tidak Depresi |
| 26 | RP | Laki-laki | 21 | Belum Menikah | SMA | Mahasiswa | Berat | Depresi |
| 27 | JP | Laki-laki | 15 | Belum Menikah | SMP | Pelajar | Menengah | Depresi |
| 28 | BD | Laki-laki | 16 | Belum Menikah | SMP | Pelajar | Coba Pakai | Depresi |
| 29 | MF | Laki-laki | 25 | Menikah | SD | Tdk Bekerja | Berat | Depresi |
| 30 | DA | Laki-laki | 17 | Belum Menikah | SMP | Pelajar | Menengah | Depresi |
| 31 | F | Laki-laki | 25 | Menikah | SD | Tdk Bekerja | Coba Pakai | Tidak Depresi |
| 32 | AR | Laki-laki | 16 | Belum Menikah | SMP | Pelajar | Menengah | Depresi |
| 33 | AS | Laki-laki | 16 | Belum Menikah | SMP | Pelajar | Coba Pakai | Depresi |
| 34 | HM | Laki-laki | 16 | Belum Menikah | SMP | Pelajar | Menengah | Depresi |
| 35 | DK | Laki-laki | 25 | Menikah | SD | Buruh | Coba Pakai | Tidak Depresi |
| 36 | HB | Laki-laki | 17 | Belum Menikah | SMP | Pelajar | Coba Pakai | Depresi |
| 37 | RS | Laki-laki | 17 | Belum Menikah | SMP | Pelajar | Coba Pakai | Depresi |
| 38 | HF | Laki-laki | 17 | Belum Menikah | SMP | Pelajar | Menengah | Depresi |
| 39 | SH | Laki-laki | 25 | Menikah | SMA | Peg.Swasta | Menengah | Tidak Depresi |
| 40 | EB | Laki-laki | 16 | Belum Menikah | SMP | Pelajar | Menengah | Depresi |
| 41 | AS | Laki-laki | 16 | Belum Menikah | SMP | Pelajar | Coba Pakai | Depresi |
| 42 | TM | Laki-laki | 24 | Menikah | SMA | Peg. Swasta | Menengah | Tidak Depresi |
| 43 | UM | Laki-laki | 17 | Belum Menikah | SMP | Pelajar | Coba Pakai | Depresi |
| 44 | J | Laki-laki | 17 | Belum Menikah | SMP | Pelajar | Menengah | Depresi |
| 45 | M | Laki-laki | 23 | Belum Menikah | SMA | Mahasiswa | Coba Pakai | Tidak Depresi |
| 46 | T | Laki-laki | 18 | Belum Menikah | SMP | Pelajar | Coba Pakai | Tidak Depresi |
| 47 | ES | Laki-laki | 18 | Belum Menikah | SMP | Pelajar | Coba Pakai | Depresi |
| 48 | AL | Laki-laki | 18 | Belum Menikah | SMP | Pelajar | Menengah | Depresi |

| No | Inisial | JenKel | Umur | Status Pernikahan | Tingkat Pendidikan | Pekerjaan | Tingkat Penyalahgunaan | Status Depresi |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 49 | DL | Laki-laki | 19 | Belum Menikah | SMP | Tdk Bekerja | Menengah | Depresi |
| 50 | AP | Laki-laki | 19 | Belum Menikah | SMP | Tdk Bekerja | Menengah | Depresi |
| 51 | FGB | Laki-laki | 16 | Belum Menikah | SMP | Pelajar | Menengah | Depresi |
| 52 | DS | Laki-laki | 16 | Belum Menikah | SMP | Pelajar | Coba Pakai | Depresi |
| 53 | JI | Laki-laki | 16 | Belum Menikah | SMP | Pelajar | Menengah | Depresi |
| 54 | DAS | Laki-laki | 19 | Belum Menikah | SMP | Tdk Bekerja | Menengah | Tidak Depresi |
| 55 | BH | Laki-laki | 17 | Belum Menikah | SMP | Pelajar | Menengah | Depresi |
| 56 | I | Laki-laki | 17 | Belum Menikah | SMP | Pelajar | Coba Pakai | Depresi |
| 57 | RB | Laki-laki | 19 | Belum Menikah | SMA | Mahasiswa | Coba Pakai | Depresi |
| 58 | WS | Laki-laki | 21 | Belum Menikah | SMA | Mahasiswa | Berat | Depresi |
| 59 | RF | Laki-laki | 16 | Belum Menikah | SMP | Pelajar | Menengah | Depresi |
| 60 | NH | Laki-laki | 16 | Belum Menikah | SMP | Pelajar | Coba Pakai | Depresi |
| 61 | AP | Laki-laki | 22 | Belum Menikah | SMA | Mahasiswa | Menengah | Depresi |
| 62 | SE | Laki-laki | 17 | Belum Menikah | SMP | Pelajar | Menengah | Depresi |
| 63 | MM | Laki-laki | 17 | Belum Menikah | SMP | Pelajar | Coba Pakai | Tidak Depresi |
| 64 | M | Laki-laki | 22 | Belum Menikah | SMA | Mahasiswa | Berat | Depresi |
| 65 | JT | Laki-laki | 18 | Belum Menikah | SMP | Pelajar | Coba Pakai | Depresi |
| 66 | GS | Laki-laki | 18 | Belum Menikah | SMP | Pelajar | Coba Pakai | Tidak Depresi |
| 67 | Y | Laki-laki | 18 | Belum Menikah | SMP | Pelajar | Coba Pakai | Tidak Depresi |
| 68 | IB | Laki-laki | 21 | Belum Menikah | SMA | Mahasiswa | Menengah | Depresi |

# BIODATA

| | |
|---|---|
| Nama | : Alham Wahyudin |
| Tempat Tanggal Lahir | : Palembang, 5 Maret 1990 |
| Alamat | : Komp. Bukit Naskah Indah Blok D No.9 Kec. Sukarami, KM 7, Palembang – Sumatera Selatan , 30152 |
| Telp / HP | : (0711) 419295 / +6285267914751 |
| Email | : alham.wahyudin@gmail.com |
| Agama | : Islam |
| Nama Orang Tua | |
| Ayah | : R. Saefullah |
| Ibu | : Nurainah |
| Jumlah Saudara | : 3 |
| Anak Ke | : 3 |
| Riwayat Pendidikan | : TK Bhayangkara Sekayu (1995/1996)<br>SD Negeri 3 Sekayu (1996/2002)<br>SMP Negeri 1 Sekayu (2002/2005)<br>SMA Negeri 2 Sekayu (2005/2008) |

Palembang, 8 Maret 2012

Alham Wahyudin