

BAB IV HASIL PENELITIAN	95
4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	95
4.2 Hasil Penelitian Tahap 1	96
4.2.1 Wawancara mendalam (<i>In-depth Interview</i>)	96
4.2.2 <i>Focus Group Discussion</i> (FGD)	117
4.3 Hasil Penelitian Tahap 2	124
4.3.1 Wawancara mendalam (<i>In-depth Interview</i>)	124
4.3.2 Langkah merancang wesbite <i>e-Health DPA</i>	131
4.4 Hasil Penelitian Tahap 3	136
4.4.1 <i>Review Media</i> Intervensi Wesbite <i>e-Health DPA</i>	136
4.4.2 Uji Coba Media Intevernsi Wesbite <i>e-Health DPA</i>	137
4.5 Hasil Penelitian Tahap 4	138
4.5.1 Karakteristik responden	138
4.5.2 Pengunjung <i>e-Health DPA</i>	140
4.5.3 Perbedaan pengetahuan, keterampilan, motivasi, sikap, dukungan orang tua, teman sebaya, niat dan keyakinan sebelum maupun setelah mendapatkan intervensi pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol	141
4.5.4 Perbedaan pengetahuan, keterampilan, motivasi, sikap, dukungan orang tua, teman sebaya, niat dan keyakinan antar kelompok sebelum dan setelah intervensi	143
4.5.5 Perbedaan secara bersamaan pada kedua kelompok sebelum dan setelah intervensi	145
4.5.6 Pengaruh pemberian intervensi <i>e-Health DPA</i> setelah dikontrol oleh karakteristik responden	146
BAB V PEMBAHASAN	148
5.1 Penguatan Resiliensi Remaja Awal terkait Pencegahan Penggunaan NAPZA	148
5.2 Merancang Media <i>e-Health DPA</i>	157
5.3 Uji Coba Media <i>e-Health DPA</i>	160
5.4 Intervensi <i>e-Health DPA</i> terhadap Resiliensi Remaja Awal untuk Mencegah penggunaan NAPZA	162
5.5 Keterbatasan Penelitian	174
5.6 Implikasi Penelitian	175
5.7 Kebaruan Penelitian (<i>Novelty</i>)	176
BAB VI KESIMPULAN DAN REKOMENDASI	177
6.1 Kesimpulan	177
6.2 Rekomendasi	178
DAFTAR PUSTAKA	179
LAMPIRAN	198
<i>CURRICULUM VITAE</i>	249

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Penjelasan untuk Responden	199
Lampiran 2. Formulir Persetujuan Informan/Responden	200
Lampiran 3. Surat Pernyataan Persetujuan (Orang Tua/Wali)	201
Lampiran 4. Pedoman Wawancara Mendalam (1)	203
Lampiran 5. Panduan <i>Focus Group Discussion</i> (FGD)	205
Lampiran 6. Pedoman Wawancara Mendalam (2)	206
Lampiran 7. Form Penilaian Media	207
Lampiran 8. Kuesioner Penelitian	208
Lampiran 9. Surat rekomendasi Etik Penelitian.....	209
Lampiran 10. Surat izin Penelitian	210
Lampiran 11. Surat Rekomendasi Penelitian	211
Lampiran 12. Surat Balasan Penelitian BNN Kota Palu	212
Lampiran 13. Surat Balasan Penelitian SMPN 5 Palu.....	212
Lampiran 14. Surat Balasan Penelitian SMPN 3 Palu.....	213
Lampiran 15. Surat Balasan Penelitian Dinas Kesehatan Kota Palu.....	214
Lampiran 16. Dokumentasi Kegiatan Penelitian.....	215
Lampiran 17. Matriks Hasil Analisis Data Kualitatif	217
Lampiran 18. Hasil Analisis Data Uji Coba Media	238
Lampiran 19. Hasil Uji Validitas Instrument.....	239
Lampiran 20. Master Tabel Data Penelitian	240
Lampiran 21. Hasil Analisis Data Kuantitatif (SPSS).....	245

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1. Matriks dengan 4 Dimensi Health Literacy	45
Tabel 2. 2. Matriks Hasil Penelitian Resiliensi pada remaja	53
Tabel 2. 3. Matriks Hasil Penelitian <i>Health Literacy</i> pada remaja.....	54
Tabel 2. 4. Matriks Hasil Penelitian Intervensi <i>e-Health</i> pada remaja.....	57
Tabel 2. 5. Kelebihan dan Kelemahan Media Sebelumnya	63
Tabel 3. 1. Skala Angket.....	75
Tabel 3. 2. Kriteria Hasil Uji Coba Media	75
Tabel 3. 3. Indikator Penilaian Media	76
Tabel 3. 4. Definisi Operasional	80
Tabel 3. 5. Perlakuan Intervensi website <i>e-Health DPA</i>	86
Tabel 3. 6. <i>Time Schedule</i> Kegiatan Intervensi.....	87
Tabel 3. 7. Tujuan dan Metode Pencapaian	93
Tabel 4. 1. Informan Penelitian Wawancara Mendalam	97
Tabel 4. 2. Informan Penelitian <i>Focus Group Discussion</i> (FGD).....	117
Tabel 4. 3. Informan Penelitian Wawancara Mendalam Tahap 2	125
Tabel 4. 4. Justifikasi Pemilihan Konten <i>e-Health DPA</i>	133
Tabel 4. 5. Hasil Penilaian para reviewer media <i>e-Health DPA</i>	136
Tabel 4. 6. Distribusi responden berdasarkan karakteristik pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol	138
Tabel 4. 7. Perbedaan sebelum dan setelah mendapatkan intervensi pada kelompok perlakuan dan Kontrol.....	141
Tabel 4. 8. Perbedaan antar kelompok sebelum dan setelah intervensi	143
Tabel 4. 9. Perbedaan pada kedua kelompok secara bersamaan sebelum dan setelah intervensi	145
Tabel 4. 10. Pengaruh pemberian intervensi setelah dikontrol oleh karakteristik responden.....	146

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1. Data pengguna NAPZA di Kota Palu.....	3
Gambar 2.1.7. Model <i>Drug, set and Setting</i>	20
Gambar 2.3.1. <i>Theory of Planned Behavior</i> (Ajzen, 1991).....	24
Gambar 2.5.5. <i>Youth Resilience Framework</i> (Rew and Horner, 2003).....	37
Gambar 2.7.2. Model Konsep Kesehatan <i>Health Literacy</i>	44
Gambar 2.13. Kerangka Teori	64
Gambar 2.14. Kerangka Konseptual	66
Gambar 4.2.1. Hasil <i>In-depth Interview</i> menggunakan NVivo	97
Gambar 4.2.2. Hasil <i>Focus Group Discussion</i> menggunakan NVivo.....	118
Gambar 4.4.1. Hasil Uji Coba media <i>e-Health DPA</i> pada Siswa	137
Gambar 4.5.2. Visitor Media <i>e-Health DPA</i>	140

DAFTAR SINGKATAN

Singkatan	Arti dan Keterangan
NAPZA	Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif
UNODC	<i>United Nations Office on Drugs and Crime</i>
BNN	Badan Narkotika Nasional
NIDA	<i>National Institute on Drug Abuse</i>
SMP	Sekolah Menengah Pertama
e-Health	<i>Electronic Health</i>
DPA	<i>Drugs Prevention Among Adolescents</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
TPB	<i>Theory of Planned Behaviour</i>
TRA	<i>Theory Reasoned Action</i>
CD-RISC	Connor-Davidson Resilience Scale
RSA	Resilience Scale for Adults
ARS	Adolescent Resilience Scale
NAAL	<i>National Assessment of Adult Literacy</i>
HLQ	<i>Health Literacy Questionnaire</i>
PAR	<i>Participatory Action Research</i>
REAN	Rumah Edukasi Anti Narkoba
FGD	<i>Focus Group Discussion</i>
IT	<i>Information and Technology</i>
CMS	<i>Content Management System</i>
HTTPS	<i>Hypertext Transfer Protocol Secure</i>
SSL	<i>Secure Sockets Layer</i>
SPSS	<i>Statistical Product and Service Solutions</i>
P4GN	Pencegahan dan Pemberantasan Penyalahgunaan dan Peredaran Gelap Narkotika
Dinkes	Dinas Kesehatan
PC	<i>Personal Computer</i>
HP	<i>Handphone</i>
URL	<i>Uniform Resource Locators</i>
AAAQ	<i>Availability, Accessibility, Acceptability and Quality</i>
PTSD	<i>Post-Traumatic Stress Disorder</i>
SES	Status Ekonomi Sosial

ORGANISASI DISERTASI

Organisasi disertasi dibuat dengan tujuan untuk membimbing pembaca memahami struktur disertasi dan fokus bidang studi ini (Thamrin, Y 2016). Studi ini terdiri dari enam bagian (BAB) yang terdiri dari pendahuluan, tinjauan pustaka, metode penelitian, hasil penelitian, pembahasan, kesimpulan dan rekomendasi.

Bagian Pertama: Memberikan penjelasan tentang apa yang menjadi perhatian dari latar belakang penelitian ini seperti masalah penggunaan NAPZA pada remaja, konsep literasi kesehatan dalam upaya penguatan resiliensi remaja awal terhadap pencegahan penggunaan NAPZA melalui *e-Health* serta maksud dan tujuan penelitian.

Bagian Kedua: Memberikan tinjauan literatur untuk mengidentifikasi kesenjangan penelitian seperti tinjauan tentang NAPZA, perilaku, teori perubahan perilaku, resiliensi, *e-Health*, kerangka kerja kesehatan WHO, literasi kesehatan, remaja, serta penelitian terdahulu yang relevan dengan studi ini. Selain itu, bagian ini juga menggambarkan kerangka teori yang dibuat berdasarkan konsep, teori, dan hasil penelitian yang relevan. Sehingga ditemukan variabel; pengetahuan, keterampilan, motivasi, sikap, dukungan orang tua, teman sebaya, niat dan keyakinan pada kerangka konsep yang mana dapat memengaruhi resiliensi remaja awal melalui literasi kesehatan.

Bagian Ketiga: Menjelaskan metode yang digunakan untuk menjawab tujuan penelitian seperti jenis penelitian, lokasi dan waktu, tahapan penelitian, alur penelitian, kontrol kualitas, serta etika penelitian.

Bagian Keempat: Menggambarkan karakteristik informan dalam upaya penguatan resiliensi remaja awal terkait pencegahan penggunaan NAPZA. Bagian ini juga memberikan cara merancang media *e-Health DPA* dengan menyesuaikan karakter usia sasaran yaitu usia remaja awal dan menampilkan hasil uji coba media *e-Health DPA* yang terbukti layak digunakan sebagai alat intervensi pada studi ini.

Analisis bivariat dan multivariat dilakukan untuk menilai pengaruh dari intervensi *e-Health DPA* untuk variabel pengetahuan, keterampilan, motivasi, sikap, dukungan orang tua, pengaruh teman sebaya, niat dan keyakinan.

Bagian Kelima: Bagian ini membahas pentingnya temuan dibandingkan dengan penelitian lain. Bagian ini juga memberikan penjelasan mengenai keterbatasan yang dimiliki pada penelitian ini. Terakhir, bagian ini menguraikan implikasi dan keunggulan dari penelitian ini.

Bagian Keenam: Bagian ini menyimpulkan semua temuan studi berdasarkan tahapan penelitian dan memberikan rekomendasi untuk penelitian lebih lanjut dan rekomendasi untuk kebijakan kepada pemerintah.

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

NAPZA (Narkotika, Psikotropika, Dan Zat Adiktif) merupakan zat farmakologi yang memengaruhi kondisi kejiwaan atau psikologi seseorang (Bourin & Chagraoui, 2017). Selain menimbulkan gangguan fisik dan psikis, NAPZA juga dapat menimbulkan Gejala putus zat (*withdrawal syndrome*) yang terjadi ketika berhenti menggunakan NAPZA (Van Leeuwen et al., 2018). NAPZA jelas merupakan zat farmakologi yang memengaruhi otak, saraf dan tubuh. Kemudian tubuh itu adalah individu dan bagian sebuah kelompok sosial tertentu itulah interaksi *drug, set, and setting* seperti yang diteorikan oleh Norman Zinberg (Zinberg, 1984).

The United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) menyebut pada tahun 2020 terdapat 5,6 % penduduk dunia atau 275 juta orang pernah menggunakan NAPZA. Selain itu, tingkat kematian akibat penggunaan NAPZA dari tahun 2015 hingga 2018 meningkat sebesar 60% (UNODC, 2020). Penggunaan NAPZA tersebut berada pada rentang usia 15-64 tahun, termasuk pada kalangan remaja. Sejak tahun 2017 hingga 2020, persentase remaja yang pernah menggunakan NAPZA secara signifikan meningkat dua kali lipat dari 7,5% menjadi 16,5% (NIDA, 2021). Penggunaan NAPZA pada remaja merupakan salah satu masalah serius yang dapat memengaruhi kualitas hidup individu dalam dimensi mental, psikologis, fisik, dan sosial dimasa mendatang (UNODC, 2020).

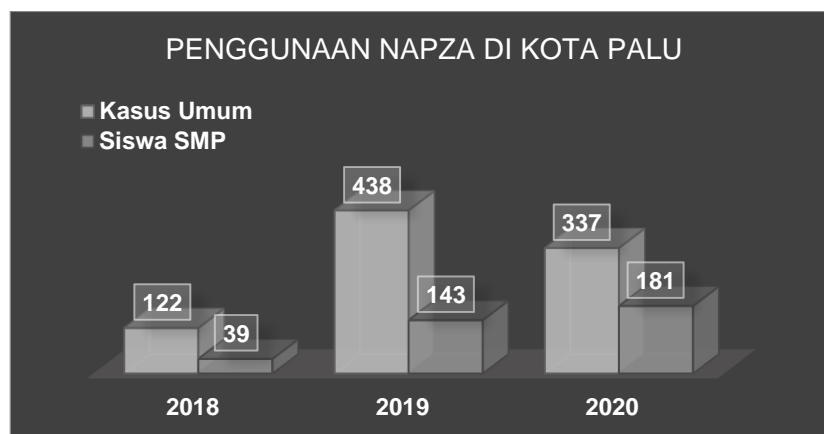
Beberapa tahun terakhir UNODC dan WHO telah mengembangkan terminologi penyalahgunaan NAPZA menjadi penggunaan NAPZA (Dibia et al., 2020). Penggunaan NAPZA tanpa pengawasan medis seringkali dikaitkan dengan risiko kesehatan (Dietze & Peacock, 2020). Gangguan penggunaan NAPZA merupakan masalah kesehatan yang serius bagi individu (Rehm & Shield, 2019).

Meskipun demikian, masalah penggunaan NAPZA di Indonesia juga merupakan sesuatu yang bersifat kompleks (Fitriani & Salim, 2021). Badan Narkotika Nasional (BNN) Indonesia menyebut penggunaan NAPZA di kalangan pelajar pada tahun 2018 mencapai 2,29 juta orang (BNN RI, 2019). Sementara pada remaja di kalangan pelajar yang menggunakan NAPZA terdapat 2.287.492 orang. Tahun 2020 kasus tersebut kembali meningkat hingga mencapai lebih dari 3,6 juta orang (Novitasari & Rochaeti, 2021).

BNN dan Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia (LIPI) tahun 2019 melaporkan bahwa dari 34 Provinsi di Indonesia, Provinsi Sulawesi Tengah merupakan salah satu Provinsi dengan tingkat penggunaan NAPZA tertinggi ke empat di Indonesia. Kasus tersebut terdapat 216 pelajar terlibat dalam penggunaan NAPZA (LIPI & BNN, 2019). Sementara untuk di daerah Provinsi Sulawesi Tengah dari 12 Kabupaten 1 Kota, tingkat penggunaan NAPZA tertinggi adalah Kota Palu.

BNN Provinsi Sulawesi Tengah mencatat periode bulan Januari hingga Desember 2020 mengalami peningkatan sebesar 47,6%

penggunaan NAPZA termasuk pada kalangan pelajar (BNN Sulteng, 2020). Penggunaan NAPZA pada kalangan pelajar di Kota Palu semakin memprihatinkan. Tahun 2020 BNN Kota Palu mencatat sebanyak 181 pelajar yang terlibat didominasi oleh siswa Sekolah Menengah Pertama (SMP) (BNN Kota Palu, 2020).



Gambar 1.1. Data pengguna NAPZA di Kota Palu
(Sumber: BNN Kota Palu, 2020)

Pada Gambar 1.1 nampak bahwa peningkatan penggunaan NAPZA pada siswa SMP di Kota Palu dari tahun 2018 sampai 2020 terjadi peningkatan yang cukup signifikan. Terdapat 39 kasus penggunaan NAPZA pada siswa SMP. Kemudian di tahun 2019 meningkat menjadi 143 kasus, begitu pula pada tahun 2020 kasus tersebut kembali meningkat menjadi sebesar 181 kasus penggunaan NAPZA pada siswa SMP (BNN Kota Palu, 2020).

Meskipun terjadi peningkatan penggunaan NAPZA pada siswa SMP. Kota Palu juga merupakan salah satu karakteristiknya berbeda dengan daerah lain yaitu *Post Disaster/Post Shock area* yang terjadi tepat tiga tahun lalu (28 September 2018). Hal tersebut relevan dengan hasil penelitian yang

dilakukan oleh (Alexander & Ward, 2018) yang menyebutkan bahwa daerah yang pernah mengalami bencana alam merupakan salah satu pemicu risiko peningkatan penggunaan NAPZA pada daerah tersebut.

Disisi lain *Post-traumatic stress disorder* (PTSD) merupakan gangguan kecemasan yang disebabkan oleh pengalaman traumatis dalam kehidupan seseorang, seperti mengalami bencana alam misalnya gempa bumi (Galea et al., 2005). Gangguan yang terjadi ketika orang mengalami PTSD dengan adanya perubahan sikap dan perilaku (Ebert & Dyck, 2004). Menurut Kubiak (2004) orang yang mengalami PTSD 14 kali lebih berisiko menggunakan NAPZA. Hal ini terjadi dalam sebagian orang berfikir bahwa dengan menggunakan zat, seseorang dengan PTSD, akan menghilangkan atau menghindari gejala PTSD (Treatment, 2014). Penelitian lainnya menyebutkan bahwa orang yang memiliki kecenderungan penggunaan NAPZA lebih cenderung mengalami PTSD dan depresi (James et al., 2014).

Remaja mempunyai risiko lebih besar dalam penggunaan NAPZA dari pada kelompok umur lainnya (Christodoulou et al., 2020). Sebab usia remaja adalah usia yang produktif dimana membutuhkan perhatian khusus, sebab pada tahap ini, pencarian jati diri mereka cenderung masih bersifat labil (Fitzpatrick et al., 2020). Pola pikir remaja hanya bersifat instan, serta mencari yang termudah bilamana menghadapi sesuatu yang sulit (Van Droogenbroeck et al., 2018). Kelompok usia ini lebih rentan terpapar penggunaan NAPZA sebagai pengguna jangka panjang sebab mereka memiliki waktu yang cukup panjang dalam menggunakan NAPZA dan itu

akan menjadi ancaman serius bagi kesehatan mereka dimasa mendatang (Croft et al., 2019).

Penggunaan NAPZA pada remaja terjadi karena beberapa faktor eksternal yaitu masalah dalam keluarga, lingkungan yang menggunakan NAPZA, hingga masalah ekonomi (Tahlil & Aiyub, 2021). Remaja yang mulai menggunakan NAPZA disebabkan karena pengaruh teman sebaya atau karena tekanan dan otoritas dari orang tua (Al-Afifi et al., 2020). Selain itu, faktor eksternal dan faktor individu juga menyebabkan seseorang menggunakan NAPZA seperti keingintahuan remaja untuk mencoba, keinginan untuk bersenang-senang, mengikuti *trend*, keinginan untuk diterima oleh lingkungan mereka serta lari dari masalah hidup (Ramsay et al., 2020).

Dampak dari penggunaan NAPZA pada remaja diakibatkan karena semua jenis NAPZA dapat mengaktifkan *dopamine* yang bisa mengontrol rasa senang serta dapat menyebabkan ketergantungan atau gejala putus zat (*withdrawal syndrome*) (Wise & Robble, 2020). Sehingga mereka menganggap menggunakan NAPZA merupakan sebagai jalan keluar masalah (Sandu et al., 2020).

Untuk mengatasi masalah tersebut dibutuhkan jiwa yang kuat dan tangguh untuk menghadapi kondisi demikian (Buheji, 2018). Remaja dapat mengelola masalah yang ada dan dapat membuat ketahanan dirinya dengan adanya resiliensi (Kurtz et al., 2019). Resiliensi merupakan daya lentur atau kemampuan individu dalam beradaptasi dari berbagai masalah

dan kesulitan yang dihadapi (Masten, 2018). Selain itu, resiliensi juga didefinisikan sebagai individu yang mampu bertahan untuk melindungi dirinya dari efek negatif (Linkov & Trump, 2019).

Individu yang resilien mampu untuk mengambil langkah positif dari perilaku berisiko seperti penggunaan NAPZA serta dapat menggunakan pengetahuannya untuk meningkatkan kompetensinya untuk melindungi diri mereka (Yoon et al., 2020). Oleh karena itu, resiliensi sangat dibutuhkan oleh remaja yang belum pernah menggunakan NAPZA maupun remaja yang pernah terlibat dalam penggunaan NAPZA (Svanberg, 2018). Resiliensi terjadi ketika lingkungan, faktor sosial, dan individu terganggu dari sesuatu yang berisiko (Soens, 2018).

Beberapa studi menyoroti bahwa masalah resiliensi pada sifat-sifat individu yaitu keinginan yang dimulai dari niatnya kemudian diikuti oleh keyakinan individu, serta mempunyai motivasi untuk mampu bertahan dari berbagai masalah yang dihadapi (Dai et al., 2019; Mirbebahani et al., 2020; Resnick, 2018). Meskipun begitu, faktor eksternal juga penting, termasuk memiliki orang tua yang mendukung, hubungan dekat dengan orang dewasa lainnya yang peduli dan hubungan kedekatan dengan teman sebaya (Oldfield et al., 2018).

Terlepas dari itu, program pencegahan penggunaan NAPZA yang menargetkan remaja dalam konteks sosial dapat membekali pengetahuan dan keterampilan mereka untuk menghindari perilaku berisiko seperti penggunaan NAPZA (Terzian et al., 2011). Sementara, (Estefan et al.,

2021) merekomendasikan bahwa salah satu cara terpenting untuk mengurangi penggunaan NAPZA pada remaja adalah dengan konsep literasi kesehatan yang dapat membuat remaja lebih resilien terhadap penggunaan NAPZA.

Literasi merupakan kemampuan yang penting untuk dimiliki seseorang karena dengan memiliki kemampuan literasi paling dasar pun seseorang dapat lebih meningkatkan pengetahuan dan potensi untuk mencapai tujuan mereka sehingga dapat berpartisipasi lebih di masyarakat, baik secara ekonomi maupun sosial (Sørensen, 2019). Seiring dengan bertambahnya usia dan semakin meningkatnya tingkat pengetahuan dan kompetensi, remaja seringkali juga menghadapi tekanan dari teman sebaya (*Peer pressure*) (Morris et al., 2020). Remaja bisa melakukan apa pun agar tetap diterima teman-temannya, agar tidak dikucilkan, tidak dipandang rendah ataupun ditolak. Padahal perilaku tersebut bertentangan dengan karakternya, tidak sesuai dengan nilai-nilai ataupun nasihat orang tua (Keyzers et al., 2020).

Hal tersebut didukung oleh Ajzen, (1991) dalam *Theory of Planned Behaviour* menyebutkan bahwa sikap positif yang perlu ditumbuhkan melalui sikap persepsi kontrol perilakunya untuk menghasilkan niat dalam berperilaku positif dalam hal ini mencegah dirinya untuk tidak menggunakan NAPZA. Ajzen, (1991) juga menjelaskan bahwa norma subjektif (*subjective norm*), merupakan persepsi seseorang mengenai tekanan sosial untuk melakukan atau tidak melakukan perilaku. Perilaku seseorang tergantung

niat, kemudian niat dalam berperilaku tergantung dari sikap (La Barbera & Ajzen, 2020).

Itulah kenapa pencegahan penggunaan NAPZA pada remaja sangat penting dilakukan, sebab sejak dini mereka dapat membangun niat untuk tidak berperilaku berisiko seperti tidak menggunakan NAPZA (Terzian et al., 2011). Beberapa studi mengungkapkan bahwa selama tiga dekade terakhir, minat remaja untuk menghindari penggunaan NAPZA telah meningkat (Rioux et al., 2018; Winters et al., 2018; Yazdi-Feyzabadi et al., 2019). Dengan demikian, itulah pentingnya untuk melindungi remaja dari pengaruh risiko penggunaan NAPZA.

Kelompok remaja yang paling berpotensi untuk dijadikan subjek intervensi terhadap penggunaan NAPZA adalah kelompok remaja awal yaitu usia 12-15 tahun (Boyce et al., 2020), sebab mereka akan menghadapi berbagai permasalahan kesehatan dimasa akan datang terkait penggunaan NAPZA (Rizzo et al., 2021). Selain itu, pada tahap remaja awal mereka mulai mandiri dari orang tua serta meninggalkan perannya sebagai anak-anak (Paige & Colder, 2020).

Remaja bukan merupakan kelompok yang homogen, tetapi ada berbagai faktor yang memengaruhi perilaku berisiko mereka seperti; perbedaan gender, status sosial-ekonomi, budaya, tempat tinggal, serta orientasi seksual (Cala & Soriano-Ayala, 2021; de Looze et al., 2018; Gabrielli et al., 2020). Penelitian terkait pencegahan penggunaan NAPZA

yang menyoasar pada kelompok usia remaja awal (usia 12-15 tahun) masih langka ditemukan.

Sementara, beberapa studi yang melakukan intervensi dalam upaya pencegahan penggunaan NAPZA pada remaja telah banyak dilakukan. Misalnya, (Schwinn et al., 2018) menyebutkan bahwa intervensi dengan komputerisasi efektif untuk pencegahan penggunaan NAPZA pada remaja. Selain itu, penelitian lainnya seperti yang dilakukan di Kazakhstan menyebutkan bahwa intervensi pencegahan penggunaan NAPZA menggunakan teknologi pada remaja lebih efektif dibandingkan hanya berupa pendidikan kesehatan secara umum (Areepattamannil & Khine, 2017; Ismayilova et al., 2019).

Meskipun telah dilakukan berbagai upaya untuk mencegah penggunaan NAPZA pada remaja, angka penggunaan NAPZA pada remaja masih tinggi. Selain itu belum ada program yang secara spesifik menyoasar usia remaja awal (12-15 tahun). Penelitian dengan konsep *health literacy* untuk membuat remaja resilien menghadapi NAPZA masih langka ditemukan. Oleh karena itu, salah satu cara untuk menyelesaikan masalah tersebut, diperlukan upaya untuk membuat remaja awal lebih resilien dalam menghadapi NAPZA dimasa mendatang melalui *health literacy* berbasis digital yaitu melalui *platform e-Health DPA (Drugs Prevention Among Adolescents)*.

Sebagaimana hasil studi yang dilakukan oleh Romer & Moreno, (2017) menyebutkan bahwa strategi potensial untuk melakukan intervensi

dalam bentuk media digital dapat menyasar usia remaja 12-15 tahun, hal itu dilakukan untuk melindungi mereka serta mengatasi tantangan masa depan terkait penggunaan NAPZA. Usia remaja awal (12-15 tahun) mempunyai kemampuan yang baik dalam mengakses situs internet daripada kelompok umur lainnya misalnya seperti anak-anak yang berada di sekolah dasar (Gross, 2004). Dengan demikian upaya untuk membuat remaja awal lebih resilien dalam menghadapi NAPZA. Rencana Strategis Badan Narkotika Nasional tahun 2020-2024, menyebutkan bahwa strategi pencegahan dalam penanganan bahaya penggunaan NAPZA di Indonesia harus dilakukan secara sistematis dan terintegrasi dengan teknologi (BNN, 2020).

1.2 Rumusan Masalah

Meningkatnya data penggunaan NAPZA terhadap remaja di Kota Palu merupakan masalah yang memerlukan upaya pencegahan untuk menyelamatkan generasi muda dimasa mendatang. Meskipun upaya pemerintah melalui program BNN tetap berjalan sekalipun dalam situasi yang cukup menjadi perhatian. Olehnya itu, salah satu cara untuk mencegah penggunaan NAPZA pada remaja awal yaitu dengan menguatkan resiliensi dengan konsep literasi kesehatan. Hal ini dilakukan untuk membuat remaja awal lebih resilien menghadapi masalah NAPZA melalui pengetahuan, sikap, motivasi, keterampilan, niat, keyakinan, dukungan orang tua, dan pengaruh teman sebaya.

Berdasarkan hal tersebut maka pertanyaan penelitian yang perlu dijawab sebagai berikut:

1. Bagaimana menguatkan resiliensi remaja awal untuk mencegah penggunaan NAPZA?
2. Bagaimana merancang media *e-Health DPA* dengan konsep literasi kesehatan untuk menguatkan resiliensi usia remaja awal dalam mencegah penggunaan NAPZA.
3. Seberapa besar perubahan resiliensi remaja awal sebelum dan setelah mendapatkan intervensi literasi kesehatan melalui *e-Health DPA* ?
4. Apakah ada pengaruh intervensi literasi kesehatan melalui *e-Health DPA* untuk menguatkan resiliensi remaja awal untuk mencegah penggunaan NAPZA yang dikontrol oleh usia, karakteristik keluarga, tempat tinggal serta sumber informasi lainnya?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Secara umum penelitian ini bertujuan untuk menilai pengaruh literasi kesehatan melalui *e-Health DPA* terhadap Resiliensi Remaja Awal untuk Mencegah penggunaan NAPZA di Kota Palu.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Untuk menguatkan resiliensi remaja awal dalam mencegah penggunaan NAPZA.
- b. Untuk merancang media *e-Health DPA* dengan konsep literasi kesehatan dalam menguatkan resiliensi remaja awal terkait pencegahan penggunaan NAPZA
- c. Untuk memastikan media *e-Health DPA* layak digunakan sebagai alat untuk intervensi pada remaja awal.
- d. Untuk menilai pengaruh intervensi *e-Health DPA* dalam menguatkan resiliensi remaja awal untuk mencegah penggunaan NAPZA

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Ilmiah

- a. Penelitian ini dapat menjadi rujukan dalam mempelajari dan mengetahui faktor-faktor yang dapat memengaruhi resiliensi remaja awal terhadap pencegahan penggunaan NAPZA.
- b. Mengembangkan strategi baru yaitu literasi kesehatan melalui *e-Health DPA* yang dapat digunakan dalam upaya pencegahan penggunaan NAPZA pada remaja awal.
- c. Bahan masukan ilmiah dan sebagai informasi tambahan bagi peneliti-peneliti selanjutnya.

1.4.2 Manfaat Praktis

- a. Merekomendasikan konsep resiliensi sebagai upaya pencegahan penggunaan NAPZA pada remaja awal dalam kontribusi terhadap kebijakan Pemerintah Daerah Kota Palu dan Pihak terkait (BNN Kota Palu) tentang Pencegahan penggunaan NAPZA pada remaja awal.
- b. Penelitian ini juga mendorong terciptanya alternatif kebijakan terkait program pencegahan penggunaan NAPZA pada remaja awal dengan basis pendekatan konsep penguatan resiliensi dalam intervensi literasi kesehatan melalui *e-Health DPA* .

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 NAPZA

2.1.1 Definisi NAPZA

NAPZA adalah singkatan dari Narkotika, psikotropika, dan zat adiktif lainnya, meliputi zat alami atau sintetis yang bila dikonsumsi menimbulkan perubahan fungsi fisik dan psikis, serta menimbulkan ketergantungan (Humas BNN, 2013). NAPZA adalah zat yang memengaruhi struktur atau fungsi beberapa bagian tubuh orang yang mengonsumsi (Bachman et al., 2013). Manfaat maupun risiko penggunaan NAPZA bergantung pada seberapa banyak, seberapa sering, cara menggunakannya, dan bersamaan dengan obat atau NAPZA lain yang dikonsumsi (Kemenkes RI, 2014).

Sementara UNODC dan WHO berkolaborasi untuk memperbarui standar internasional terkait pencegahan penggunaan NAPZA berdasarkan bukti ilmiah baru. Mereka merekomendasikan tentang penggunaan berbagai intervensi dan kebijakan untuk mencegah penggunaan NAPZA, tetapi juga perilaku berisiko lainnya atau mempromosikan perkembangan remaja yang sehat tanpa NAPZA (UNODC & WHO, 2018).

2.1.2 Jenis NAPZA

NAPZA dibagi dalam 3 jenis, yaitu Narkotika, psikotropika, dan bahan adiktif lainnya. Tiap jenis dibagi-bagi lagi ke dalam beberapa kelompok.

a. Narkotika

Narkotika adalah zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman, baik sintetis maupun bukan sintetis, yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran dan hilangnya rasa (Wulandari & Hartati, 2020). Zat ini dapat mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri dan dapat menimbulkan ketergantungan (Volkow et al., 2019).

b. Psikotropika

Psikotropika adalah zat atau obat bukan Narkotika, baik alamiah maupun sintetis, yang memiliki khasiat psiko aktif melalui pengaruh selektif pada susunan saraf pusat yang menyebabkan perubahan khas pada aktivitas normal dan perilaku (Ramadhan et al., 2020). Psikotropika merupakan obat yang digunakan oleh dokter untuk mengobati gangguan jiwa (*psyche*) (Cockburn et al., 2017).

c. Bahan Adiktif Lainnya

Golongan adiktif lainnya adalah zat-zat selain Narkotika dan psikotropika yang dapat menimbulkan ketergantungan (Hebebrand et al., 2014). Seperti: Rokok, Kelompok alkohol dan minuman lain yang memabukkan dan menimbulkan ketagihan. *Thinner* dan zat-zat lain, seperti lem kayu, penghapus cair, *aseton*, cat, bensin, yang bila dihisap, dihirup, dan dicium, dapat memabukkan (Hebebrand et al., 2014). Maka, alkohol, rokok, serta zat-zat lain yang

memabukkan dan menimbulkan ketagihan juga tergolong NAPZA (Group, 2002).

2.1.3 Penggunaan NAPZA

Penggunaan NAPZA merupakan penggunaan yang bersifat patologis, paling sedikit telah berlangsung satu bulan lamanya sehingga menimbulkan gangguan dalam pekerjaan dan fungsi sosial (Kato et al., 2020). NAPZA ini banyak dipakai untuk kepentingan pengobatan, misalnya menenangkan klien atau mengurangi rasa sakit. Tetapi karena efeknya “enak” bagi pemakai, maka NAPZA kemudian dipakai secara salah, yaitu bukan untuk pengobatan tetapi untuk mendapatkan rasa nikmat (Leonard & Windle, 2020). Penggunaan NAPZA secara tetap ini menyebabkan pengguna merasa ketergantungan pada obat tersebut sehingga menyebabkan kerusakan fisik (Majid, 2020).

2.1.4 Faktor Risiko Penggunaan NAPZA

Menurut Majid (2020), faktor risiko yang menyebabkan penggunaan NAPZA antara lain faktor genetik, lingkungan keluarga, pergaulan (teman sebaya), dan karakteristik individu.

a. Faktor Genetik

Risiko faktor genetik didukung oleh hasil penelitian bahwa remaja dari orang tua kandung alkoholik mempunyai risiko 3-4 kali sebagai peminum alkohol dibandingkan remaja dari orang tua angkat alkoholik (Barch et al., 2018).

b. Lingkungan Keluarga

Pola asuh dalam keluarga sangat besar pengaruhnya terhadap penggunaan NAPZA (Asmoro & Melaniani, 2016). Pola asuh orang tua yang demokratis dan terbuka mempunyai risiko penggunaan NAPZA lebih rendah dibandingkan dengan pola asuh orang tua dengan disiplin yang ketat (Majid, 2020).

c. Pergaulan (Teman Sebaya)

Mekanisme terjadinya penggunaan NAPZA, teman kelompok sebaya (*peer group*) mempunyai pengaruh yang dapat mendorong atau mencetuskan penggunaan NAPZA pada diri seseorang (Camellia & Atika, 2018). Perkenalan pertama dengan NAPZA justru datangnya dari teman kelompok. Pengaruh teman kelompok ini dapat menciptakan keterikatan dan kebersamaan, sehingga yang bersangkutan sukar melepaskan diri (Kirby et al., 2019).

d. Karakteristik Individu

1) Umur

Berdasarkan hasil penelitian, kebanyakan penggunaan NAPZA adalah mereka yang termasuk kelompok remaja. Pada umur ini secara kejiwaan masih sangat labil, mudah terpengaruh oleh lingkungan, dan sedang mencari identitas diri serta senang memasuki kehidupan kelompok (O'Connor et al., 2018).

2) Pendidikan

Menurut (Friedman, 2006), belum ada hasil penelitian yang menyatakan apakah pendidikan mempunyai risiko penggunaan NAPZA. Meskipun begitu, pendidikan juga ada kaitannya dengan cara berfikir, kepemimpinan, pola asuh, komunikasi, serta pengambilan keputusan dalam keluarga.

2.1.5 Dampak Penggunaan NAPZA

a. Terhadap Kondisi Fisik

Dampak pada kondisi fisik termasuk di sini gangguan mental organik akibat zat, misalnya *intoksikasi* yaitu suatu perubahan mental yang terjadi karena dosis berlebih yang memang diharapkan oleh pemakaiannya (Jane-Llopis & Matytsina, 2006). Sebaliknya bila pemakaiannya terputus akan terjadi kondisi putus zat.

b. Terhadap kehidupan mental emosional

Intoksikasi alkohol atau *sedatif-hipnotik* menimbulkan perubahan pada kehidupan mental emosional yang ber manifestasi pada gangguan perilaku tidak wajar (Du et al., 2020). Pemakaian ganja yang berat dan lama menimbulkan sindrom amotivasional (Lac & Luk, 2018). Putus obat golongan amfetamin dapat menimbulkan depresi sampai bunuh diri (McKetin et al., 2019).

c. Terhadap kehidupan sosial

Gangguan mental emosional pada penggunaan obat akan mengganggu fungsinya sebagai anggota masyarakat, bekerja atau sekolah (O'Connell et al., 2009). Pada umumnya prestasi akan menurun, lalu dipecat/dikeluarkan yang berakibat makin kuatnya dorongan untuk menyalahgunakan obat (Mosher & Akins, 2020).

2.1.6 Aspek Farmakologi dan Neurologi pada NAPZA

NAPZA merupakan zat farmakologi misalnya seperti salah satu zat Narkotika dan Psikotropika adalah *Amfetamin* yang mana merupakan salah satu NAPZA yang banyak beredar di masyarakat dan ini dikenal dengan istilah *sabu-sabu* (Gerace et al., 2019). Penggunaan *amfetamin* ini akan mendapatkan efek menyenangkan yang diperantarai oleh pelepasan *Dopamin* (hormon dan *Neurotransmitter* yang mempunyai peran penting di dalam tubuh dan otak) tetapi efek ini hanya bertahan sesaat (Thanos et al., 2016).

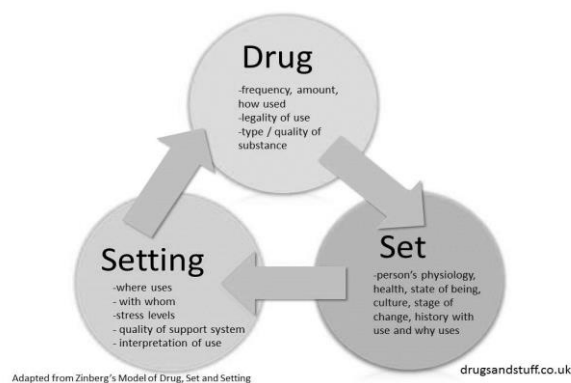
Sehingga peningkatan aktivitas *dopamin* menyebabkan terjadinya stress *oksidatif* sehingga dapat menyebabkan kerusakan sel (Masoud et al., 2015). Efek ini tampak jelas terutama di dalam *sitosol*. Hal ini dapat menyebabkan terjadinya defisit persisten dari fungsi *Neuron Dopaminergik* (Masoud et al., 2015). Terganggunya fungsi tersebut akan menyebabkan kerusakan otak jangka panjang karena terdapat banyak sekali daerah kaya

dopamin di bagian-bagian penting otak terutama area yang mengatur gerakan, belajar, dan memori (Thanos et al., 2016).

Semakin lama seseorang menggunakan *amfetamin* maka akan semakin rendah juga densitas *serotonin transporter* di dalam otaknya. Gejala yang muncul antara lain *disforia*, depresi, mudah marah, cemas, sulit konsentrasi, *hipersomnia*, kelelahan, paranoia, *akatisia*, dan keinginan yang kuat untuk kembali mengonsumsi *amfetamin* (Thanos et al., 2016). Oleh karena itu, NAPZA jelas merupakan zat farmakologis yang memengaruhi otak, saraf dan tubuh. kemudian tubuh itu adalah individu dan bagian sebuah kelompok sosial tertentu. Itulah interaksi *drug, set and setting* seperti diteorikan Zinberg, N.

2.1.7 Konsep *drug, set, and setting*

Norman Zinberg adalah seorang profesor klinis psikiatri di Harvard Medical School. Istilah “*Drug, Set, and Setting*” berasal dari studinya yang terkenal tentang individu yang menggunakan NAPZA dengan cara yang terkontrol dan lebih mementingkan pengaturan penggunaan NAPZA dan bagaimana hal itu memengaruhi pengguna NAPZA.



Gambar 2.1.7. Model Drug, set and Setting
(Zinberg, 1984) *Drug, set, and setting: The basis for controlled intoxicant use.* Yale University Press New Haven.)

Keterangan gambar 2.1.7:

- a) *Drug*: bagaimana penggunaannya, berapa banyak digunakan, farmakologi zat.
- b) *Set*: pola pikir individu, dipengaruhi oleh karakteristik demografis dan sosial, serta kesehatan fisik dan mental, keterampilan interpersonal.
- c) *Setting*: Lingkungan; dari segi fisik, sosial, ekonomi, budaya.

Zinberg menggabungkan aspek biologi dan psikologi ke dalam satu set kategori. Sementara memisahkan pikiran dan tubuh, set mengacu pada pengguna zat individu itu sendiri (Zinberg, 1984). Pengaturan adalah lingkungan fisik pengguna, atau pengaturan sosial. Kemudian yang membedakan dari model ini adalah biopsikososial adalah bahwa zat itu sendiri diberikan pertimbangan yang signifikan dalam keterlibatannya dalam kecanduan dan konsekuensi zat, terutama bagaimana obat tersebut digunakan dan kekuatannya. Juga dengan menggabungkan pikiran dan tubuh ke dalam satu kategori, hal ini memungkinkan penekanan yang lebih kuat pada pengaturan yang sering kali diberikan sedikit atau tanpa perhatian (Zinberg, 1984).

2.2 Perilaku

Perilaku merupakan suatu kegiatan yang dilakukan oleh seorang individu (Furnham, 2005). Perilaku kesehatan adalah segala aktivitas atau kegiatan seseorang baik yang dapat diamati maupun yang tidak dapat diamati yang berkaitan dengan pemeliharaan kesehatan dan peningkatan kesehatan (Suhrcke & de Paz Nieves, 2011). Pemeliharaan kesehatan seperti mencegah atau melindungi diri dari penyakit dan masalah kesehatan lain, meningkatkan kesehatan, dan mencari penyembuhan

apabila sakit atau terkena masalah kesehatan (Kirmayer et al., 2011). Teori *Bloom* setelah dimodifikasi membagi perilaku manusia dalam pengukuran hasil pendidikan kesehatan dalam tiga domain yakni, yakni pengetahuan (*knowledge*), sikap (*attitude*), dan praktik atau tindakan (*practice*) (Notoatmodjo, 2013). Berikut adalah penjelasan terkait ketiga domain yang dimaksud:

2.2.1 Pengetahuan (*Knowledge*)

Pengetahuan ialah hasil dari keingintahuan dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behaviour*) (Kruglanski, 2013).

2.2.2 Sikap (*Attitude*)

Sikap adalah reaksi atau respons yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari (Petty, 2018). Menurut (Pickens, 2005), sikap memiliki tiga komponen, yaitu komponen kognitif (kepercayaan, ide, dan konsep terhadap yang benar dan berlaku kepada objek), komponen afektif (perasaan emosional terhadap suatu objek), serta komponen *konatif* (kecenderungan untuk berperilaku terhadap suatu objek).

2.2.3 Praktik atau Tindakan (*Practice*)

Praktik atau tindakan terkait dengan kesehatan adalah apa yang dilakukan responden terkait dengan pencegahan penyakit, cara peningkatan kesehatan, cara memperoleh pengobatan yang tepat dan

sebagainya. Praktik kesehatan dapat juga dikatakan dengan perilaku kesehatan (Notoatmodjo, 2010).

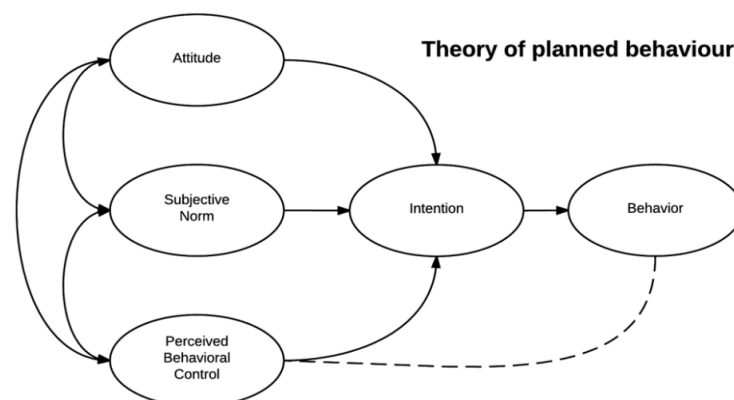
2.3 Teori Perubahan Perilaku

2.3.1 *Theory of Planned Behaviour (TPB)*

Theory of Planned Behaviour (TPB) oleh Ajzen pada tahun 1985 melalui artikelnya "*From intentions to actions: A theory of Planned Behaviour*". Teori ini merupakan Kebaharuan dari *Theory of Reasoned Action* (TRA) tahun 1980 yang diusulkan oleh Martin Fishbein bersama Ajzen. TRA adalah teori yang cukup memadai dalam memprediksi perilaku kesehatan yang tergantung pada niat seseorang untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu. TRA terdiri dari dua faktor penentu, yaitu sikap terhadap perilaku (*attitude toward behaviour*) dan Norma Subjektif (*subjective norms*).

Penerapan teori perilaku terencana dengan menggunakan metode penelitian partisipasi berbasis masyarakat untuk mengeksplorasi kepercayaan mengenai niat untuk melakukan tes HIV dalam upaya pencegahan sangat disarankan, karena kegunaan TPB dalam mengidentifikasi faktor-faktor untuk meningkatkan tingkat kepatuhan. *Theory of Planned Behaviour* (TPB) adalah teori yang menjelaskan mengenai perilaku manusia yang menghubungkan antara keyakinan dan perilaku (Fishbein, 2008). TPB dapat diterapkan untuk studi tentang hubungan antara keyakinan, sikap, niat perilaku dan perilaku. Niat perilaku seseorang adalah kunci, niat yang didorong oleh sikap dan keyakinan mengenai apa yang orang lain pikirkan itu penting (De Leeuw et al., 2015).

Niat merupakan fungsi dari tiga determinan, yang bersifat personal, dan merefleksikan pengaruh sosial serta berhubungan dengan masalah control (Moons & De Pelsmacker, 2012). Identifikasi faktor-faktor eksternal seperti faktor personal yang terdiri dari sikap, kepribadian, nilai hidup, emosi dan intelegensi, selanjutnya faktor sosial yang terdiri dari usia, jenis kelamin, etnis, tingkat pendidikan, penghasilan dan kepercayaan atau agama. Yang ketiga yaitu factor informasi yang terdiri dari pengalaman, pengetahuan dan pemberitaan pada media massa. Berikut adalah gambaran konsep dalam *Theory of Planned Behaviour*.



Gambar 2.3.1. *Theory of Planned Behaviour* (Ajzen, 1991)

Perilaku manusia dipandu oleh tiga jenis pertimbangan: keyakinan perilaku, keyakinan normatif, dan keyakinan kontrol. Pada kelompok agregasi masing-masing, keyakinan perilaku menghasilkan sikap yang menguntungkan atau tidak menguntungkan terhadap perilaku, keyakinan normatif menghasilkan norma subjektif, dan keyakinan kontrol memunculkan kontrol perilaku yang dirasakan (De Leeuw et al., 2015).

Hubungan antara ketiga faktor penentu niat dan perilaku dapat dilihat pada Gambar 2.3.1 dengan penjelasan singkat masing-masing komponen berikut ini (De Leeuw et al., 2015):

1) *Attitude towards the behaviour* atau sikap

Sikap terhadap perilaku ini ditentukan oleh keyakinan mengenai konsekuensi dari suatu perilaku atau secara singkat disebut keyakinan perilaku (*behavioural beliefs*).

2) *Subjective Norm* atau Norma Subjektif

Norma subjektif adalah persepsi individu terhadap harapan dari orang-orang yang berpengaruh dalam kehidupannya (*significant others*) mengenai dilakukan atau tidak dilakukannya perilaku tertentu.

3) *Perceived Behavioural Control* atau Persepsi Kontrol Perilaku

Persepsi kontrol perilaku ditentukan oleh keyakinan individu mengenai ketersediaan sumberdaya berupa peralatan, kompatibilitas, kompetensi, dan kesempatan (*control belief strength*) yang mendukung atau menghambat perilaku yang akan diprediksi dan besarnya peran sumber daya tersebut (*power of control factor*) dalam mewujudkan perilaku tersebut.

2.3.2 I-Change Model

Model *I-change* atau Model Terpadu, menjelaskan perubahan motivasi dan perilaku, model *I-Change* adalah model fase dan mengasumsikan bahwa setidaknya tiga fase dalam proses perubahan perilaku dapat dibedakan: 1. Kesadaran; 2. Motivasi; 3. Tindakan. Untuk

setiap fase, faktor penentu tertentu lebih relevan. Kesadaran akan masalah tertentu dalam diri seseorang adalah hasil dari pengetahuan yang akurat dan persepsi risiko orang tersebut tentang perilakunya sendiri (tidak semua orang menyadari tingkat perilakunya sendiri, misalnya, banyak orang melebih-lebihkan jumlah aktivitas fisik mereka (De Vries, 2017).

Motivasi untuk mengubah suatu perilaku tergantung pada sikap seseorang (hasil dari keuntungan dan kerugian yang dirasakan dari perilaku), kepercayaan pengaruh sosial (norma orang lain, perilaku orang lain, dan dukungan orang lain) dan harapan efikasi diri (kemampuan yang dirasakan untuk melakukan perilaku kesehatan tertentu). Model *I-Change* mengasumsikan bahwa proses motivasi ini ditentukan oleh berbagai faktor predisposisi seperti faktor perilaku (misalnya gaya hidup), faktor psikologis (misalnya kepribadian), faktor biologis (misalnya jenis kelamin, kecenderungan genetik), faktor sosial dan budaya (misalnya harga rokok, kebijakan), dan faktor informasi (kualitas pesan, saluran dan sumber yang digunakan) (De Vries, 2017).

2.3.3 *Transtheoretical model of behaviour change*

Model transtheoretical dari perubahan perilaku adalah teori terapi integratif yang menilai kesiapan individu untuk bertindak atas perilaku baru yang lebih sehat, dan memberikan strategi, atau proses perubahan untuk membimbing individu. Tahapan perubahan, menurut model *transtheoretical* sebagai berikut (Prochaska et al., 2009):

a. Tahapan Perubahan

Konstruksi ini mengacu pada dimensi temporal dari perubahan perilaku. Dalam model transtheoretical, perubahan adalah "proses yang melibatkan kemajuan melalui serangkaian tahapan:

1) Tahap 1: Precontemplation (belum siap)

Orang-orang pada tahap ini tidak berniat untuk memulai perilaku sehat dalam waktu dekat (dalam 6 bulan), dan mungkin tidak menyadari kebutuhan untuk berubah.

2) Tahap 2: Kontemplasi (bersiap-siap)

Pada tahap ini, peserta berniat untuk memulai perilaku sehat dalam waktu 6 bulan ke depan.

3) Tahap 3: Persiapan (siap)

Orang-orang pada tahap ini siap untuk mulai mengambil tindakan dalam 30 hari ke depan. Mereka mengambil langkah-langkah kecil yang mereka yakini dapat membantu mereka menjadikan perilaku sehat sebagai bagian dari hidup mereka.

4) Tahap 4: Aksi (aksi saat ini)

Orang-orang pada tahap ini telah mengubah perilaku mereka dalam 6 bulan terakhir dan perlu bekerja keras untuk terus maju. Para peserta ini perlu belajar bagaimana memperkuat komitmen mereka untuk berubah dan melawan dorongan untuk mundur.

5) Tahap 5: Pemeliharaan (pemantauan)

Orang-orang pada tahap ini mengubah perilaku mereka lebih dari 6 bulan yang lalu. Penting bagi orang-orang pada tahap ini untuk menyadari situasi yang mungkin menggoda mereka untuk kembali melakukan perilaku tidak sehat, terutama situasi yang membuat stres.

6) Kambuh (daur ulang)

Relaps di TTM secara khusus berlaku untuk individu yang berhasil berhenti merokok atau menggunakan NAPZA atau alkohol, hanya untuk melanjutkan perilaku tidak sehat ini. Orang yang mencoba menghentikan perilaku yang sangat membuat ketagihan seperti penggunaan NAPZA, alkohol, dan tembakau berisiko sangat tinggi untuk kambuh (Prochaska et al., 2009).

b. Proses Perubahan

Untuk maju melalui tahap awal, orang menerapkan proses kognitif, afektif, dan evaluatif. Saat orang bergerak menuju Tindakan dan Pemeliharaan, mereka lebih mengandalkan komitmen, pengendalian balasan, penghargaan, kontrol lingkungan, dan dukungan (Prochaska et al., 2009).

2.4 e-Health

Seiring berkembangnya teknologi informasi dan komunikasi mendorong adanya inovasi dan perubahan dalam berbagai bidang kehidupan manusia, termasuk bidang kesehatan (Kagermann, 2015). Saat ini, sudah banyak kita temui berbagai kecanggihan aplikasi dalam dunia

kesehatan yang dikenal dengan istilah *e-Health* (Rahmani et al., 2018). *E-Health* atau *Electronic Health* adalah penggunaan teknologi informasi dan komunikasi untuk memproses berbagai jenis informasi kedokteran dalam melaksanakan pelayanan klinis (diagnose atau terapi), administrasi serta pendidikan (De La Torre-Díez et al., 2015). Dengan *E-health*, masyarakat dapat melakukan transaksi melalui koneksi data dan secara *real-time*. Mungkin tidak semua kegiatan dapat dilakukan secara sistem, namun banyak hal-hal yang mempermudah masyarakat, seperti: *booking* dokter secara *online* melalui website, forum *online* untuk bertanya seputar kesehatan dengan dokter, dan sebagainya (Maksimović & Vujović, 2017).

2.4.1 Manfaat dan Kendala Penggunaan Sistem *e-Health*

Melalui sistem *e-Health*, masyarakat maupun para medis dapat menerima dan memberikan informasi secara detail dan cepat dengan bantuan teknologi berbasis komputerisasi (Zhang et al., 2015). Berikut manfaat dari penerapan sistem *e-Health* dalam dunia kesehatan (Zhang et al., 2015):

- a) Peningkatan efisiensi atau penurunan biaya.
- b) Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan.
- c) Pembuktian diagnose melalui evaluasi ilmiah
- d) Pemberdayaan pasien dan konsumen
- e) Mendorong terjadinya hubungan yang lebih baik antara pasien dan tenaga kesehatan
- f) Pendidikan bagi tenaga kesehatan dan masyarakat

- g) Mendorong tumbuhnya komunikasi dan pertukaran informasi antar lembaga pelayanan kesehatan
- h) Perluasan ruang lingkup pelayanan kesehatan.

Dalam pelaksanaan sistem ini, terdapat beberapa potensi masalah yang pasti akan timbul, seperti (Zhang et al., 2015):

- a) Kesiapan sumberdaya manusia
- b) Kesiapan organisasi yang terlibat
- c) Budaya kerja
- d) Perkembangan teknologi dan ketersediaan infrastruktur
- e) Masalah birokrasi
- f) Hubungan antara konsumen dan tenaga kesehatan

2.4.2 Tipe pengguna, e-Health

Berdasarkan tipe pengguna, *e-Health* dibagi menjadi 3 yaitu (Zhang et al., 2015):

- a) Informatika konsumen (*consumer informatics*)

Pada tipe ini, umumnya eHealth digunakan untuk memberikan informasi kesehatan kepada pasien dan masyarakat umum serta memfasilitasi komunikasi antara praktisi kesehatan dengan pasien di luar jam praktik.

- b) Informatika medis dan klinis (*medical/clinical informatics*)

Bagi para dokter, eHealth membantu meningkatkan akurasi diagnosis dan terapi dalam bentuk telemedicine.

- c) Bioinformatika (*bioinformatics*)

Pada tipe ini, aplikasi *eHealth* utamanya dimanfaatkan untuk manajemen, distribusi, dan pengolahan data kesehatan (misalnya data sebaran penyakit) untuk para akademisi dan peneliti. Hasil olahan data tersebut umumnya dipakai sebagai dasar pembuatan kebijakan kesehatan maupun pengobatan untuk kepentingan masyarakat umum (Zhang et al., 2015).

2.5 Resiliensi

2.5.1 Definisi Resiliensi

Secara etimologis resiliensi diadaptasi dari kata dalam Bahasa Inggris *resilience* yang berarti daya lenting atau kemampuan untuk kembali dalam bentuk semula (Meerow et al., 2016). Resiliensi merupakan kemampuan seseorang untuk bertahan, bangkit, dan menyesuaikan dengan kondisi yang sulit (Connor & Davidson, 2003). Individu yang memiliki resiliensi mampu untuk secara cepat kembali kepada kondisi sebelum trauma, terlihat kebal dari berbagai peristiwa-peristiwa kehidupan yang negatif, serta mampu beradaptasi terhadap stres yang ekstrim dan kesengsaraan (Parker, 2020).

Tidak jauh berbeda dengan definisi yang disampaikan di atas Newcomb (Herrman et al., 2011) melihat resiliensi sebagai suatu mekanisme perlindungan yang memodifikasi respon individu terhadap situasi-situasi yang beresiko pada titik-titik kritis sepanjang kehidupan seseorang. Tingkat kekenyalan yang membuat seseorang mampu untuk bertahan, bangkit, dan menyesuaikan dengan kondisi yang demikian dinamakan resiliensi (Pérez-Sales et al., 2005).

Resiliensi lebih akurat jika dilihat sebagai bagian dari perkembangan kesehatan mental dalam diri seseorang yang dapat dipertinggi dalam siklus kehidupan seseorang (Davydov et al., 2010). Berdasarkan uraian di atas dapat ditarik kesimpulan bahwa resiliensi adalah kemampuan seseorang untuk bertahan, bangkit, dan menyesuaikan dengan kondisi yang sulit sehingga individu dapat terlindungi dari efek negatif resiko dan kemalangan (Southwick et al., 2014).

2.5.2 Aspek Resiliensi

Reivich and Shatté (2002) memaparkan tujuh aspek dari resiliensi, aspek-aspek tersebut adalah regulasi emosi (*emotional regulation*), kontrol impuls (*impulse control*), optimisme (*optimism*), analisis kausal (*causal analysis*), empati (*empathy*), efikasi diri (*self-efficacy*), dan pencapaian (*reaching out*). Adapun penjelasannya adalah sebagai berikut (Reivich & Shatté, 2002).

a. Regulasi emosi (*emotional regulation*)

Pengaturan emosi diartikan sebagai kemampuan untuk tetap tenang dalam kondisi yang penuh tekanan. Individu yang resilien menggunakan serangkaian keterampilan yang telah dikembangkan untuk membantu mengontrol emosi, atensi dan perilakunya.

b. Kontrol impuls (*impulse control*)

Kontrol impuls berkaitan erat dengan regulasi emosi. Individu dengan kontrol impuls yang kuat, cenderung memiliki regulasi emosi yang tinggi, sedangkan individu dengan kontrol emosi yang rendah

cenderung menerima keyakinan secara impulsive, yaitu suatu situasi sebagai kebenaran dan bertindak atas dasar hal tersebut.

c. Optimisme (*optimism*)

Individu yang resilien adalah individu yang optimis. Mereka yakin bahwa berbagai hal dapat berubah menjadi lebih baik.

d. Kemampuan menganalisis masalah (*causal analysis*)

Kemampuan menganalisis masalah merupakan istilah yang digunakan untuk merujuk pada kemampuan pada diri individu secara akurat mengidentifikasi penyebab-penyebab dari permasalahan mereka.

e. Empati (*empathy*)

Empati menggambarkan sebaik apa seseorang dapat membaca petunjuk dari orang lain berkaitan dengan kondisi emosional orang tersebut

f. Efikasi Diri (*self-efficacy*)

Efikasi diri menggambarkan keyakinan seseorang bahwa ia dapat memecahkan masalah yang dialaminya dalam keyakinan seseorang terhadap kemampuannya untuk mencapai kesuksesan.

g. Pencapaian (*reaching out*)

Pencapaian menggambarkan kemampuan individu untuk mencapai keberhasilan. Dalam hal ini terkait dengan keberanian seseorang untuk mencoba mengatasi masalah, karena masalah dianggap

sebagai suatu tantangan bukan suatu ancaman (Reivich & Shatté, 2002).

2.5.3 Faktor yang memengaruhi Resiliensi

Everall et al., (2006) memaparkan tiga faktor yang memengaruhi resiliensi, antara lain sebagai berikut:

a. Faktor Individuals

Faktor individual meliputi kemampuan kognitif individu, konsep diri, harga diri, dan kompetensi sosial yang dimiliki individu. Keterampilan kognitif berpengaruh penting pada resiliensi individu. Resiliensi juga dihubungkan dengan kemampuan untuk melepaskan pikiran dari trauma dengan menggunakan fantasi dan harapan-harapan yang ditumbuhkan pada diri individu yang bersangkutan.

Garrett et al., (2014) menambahkan dua hal terkait dengan faktor individual, meliputi:

1) *Gender*

Gender memberikan kontribusi bagi resiliensi individu. Resiko kerentanan terhadap tekanan emosional, perlindungan terhadap situasi yang mengandung resiko, dan respon terhadap kesulitan yang dihadapi dipengaruhi oleh *gender*.

2) Keterikatan dengan Kebudayaan

Keterikatan dengan budaya meliputi keterlibatan seseorang dalam aktivitas-aktivitas terkait dengan budaya setempat berikut ketaatan terhadap nilai-nilai yang diyakini dalam kebudayaan tersebut. Resiliensi dipengaruhi secara kuat oleh kebudayaan,

baik sikap-sikap yang diyakini dalam suatu budaya, nilai-nilai, dan standar kebaikan dalam suatu masyarakat.

b. Faktor Keluarga

Faktor keluarga meliputi dukungan yang bersumber dari orang tua, yaitu bagaimana cara orang tua untuk memperlakukan dan melayani anak. Selain dukungan dari orang tua struktur keluarga juga berperan penting bagi individu.

c. Faktor Komunitas

Faktor komunitas meliputi kemiskinan dan keterbatasan kesempatan kerja. Kemiskinan merupakan keadaan dimana terjadi ketidakmampuan untuk memenuhi kebutuhan dasar seperti makanan, pakaian, tempat berlindung, pendidikan, dan kesehatan.

Dari uraian di atas, dapat disimpulkan resiliensi dipengaruhi oleh faktor-faktor dari dalam individu (internal) dan faktor-faktor dari luar individu (eksternal). Faktor internal meliputi, kemampuan kognitif, gender, serta keterikatan individu dengan budaya. Faktor eksternal mencakup faktor dari keluarga dan komunitas (Everall et al., 2006).

2.5.4 Pengukuran Resiliensi

Ada beberapa alat ukur yang bisa digunakan untuk mengukur resiliensi diantaranya, yaitu:

- a. *The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)* yang dikembangkan oleh (Connor & Davidson, 2003). Skala ini dikembangkan, selain untuk mengukur kemampuan seseorang untuk

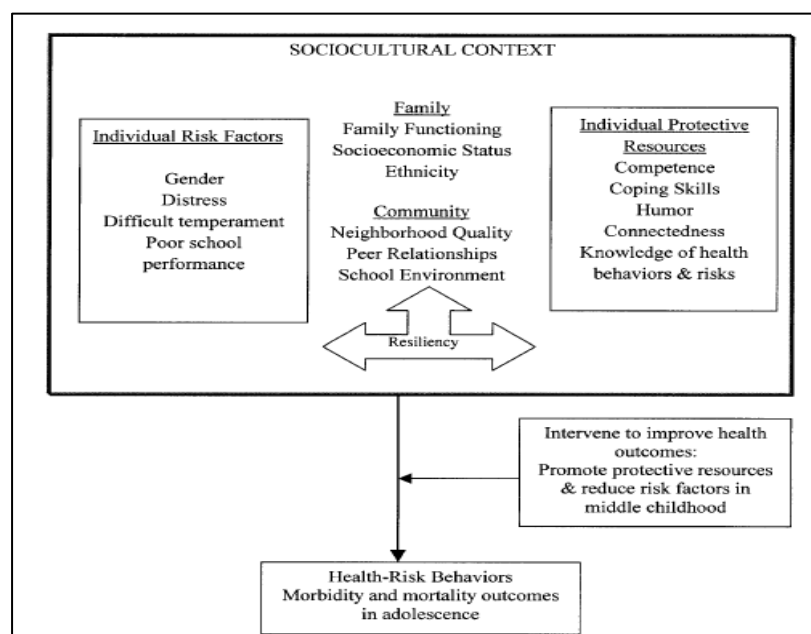
menghadapi stress, juga mengukur untuk kepentingan klinis. Skala ini memiliki 25 item dengan model skala *Likert* 5 alternatif jawaban, yaitu Sangat Setuju, Setuju, Netral, Tidak Setuju, Sangat Tidak Setuju. Skala ini memiliki nilai koefisien *alpha Cronbach* sebesar 0.89.

- b. *The Resilience Scale for Adults* (RSA) yang dikembangkan oleh (Hjemdal et al., 2011). Skala ini terdiri dari 33 item cocok untuk orang dewasa dengan mengukur faktor *protective*. Skala ini lebih mempresentasikan *protective factor*, alat ukur ini memiliki nilai *alpha Cronbach* sebesar 0.57.
- c. *Adolescent Resilience Scale* (ARS) yang dikembangkan oleh (Oshio et al., 2003). Skala ini terdiri dari 21 item, dengan menggunakan rating scale 1-5, yang artinya skor yang mendekati 5 artinya semakin mendekati ya, sedangkan skor yang mendekati 1 artinya semakin mendekati tidak. Skala ini difokuskan untuk usia remaja, dengan memiliki nilai koefisien *alpha Cronbach* 0.85.

Berdasarkan ketiga alat ukur diatas, maka dalam penelitian ini peneliti menggunakan pengukuran *Adolescent Resilience Scale* (ARS). Karena sesuai dengan subjek yang ingin diteliti yaitu remaja. Selain itu, peneliti juga melakukan perubahan pada penggunaan skala, skala yang digunakan 4 skala model *Likert*, yaitu Sangat Setuju, Setuju, Tidak Setuju, Sangat Tidak Setuju (Oshio et al., 2003).

2.5.5 Teori dan Konsep Resiliensi Remaja

Kerangka resiliensi Remaja yang disajikan pada gambar 2.5.5 dikembangkan untuk mengatasi faktor risiko individu dan sosial budaya dan sumber daya pelindung yang dapat mendorong atau menghalangi hasil kesehatan yang positif dan negatif pada masa remaja (Rew & Horner, 2003).



Gambar 2.5.5. *Youth Resilience Framework* (Rew and Horner, 2003)

Model ini mengakui bahwa faktor risiko dan sumber daya pelindung ada di sepanjang kehidupan individu. Istilah "risiko" berasal dari epidemiologi dan mencerminkan kemungkinan hasil yang merugikan dari morbiditas dan mortalitas dalam menanggapi *stressor* internal dan eksternal (Rew & Horner, 2003). Faktor risiko adalah bahaya atau ancaman internal atau eksternal yang meningkatkan kerentanan atau kerentanan anak terhadap hasil perkembangan dan kesehatan negatif (Turner et al.,

2010). (Small, 2010) menegaskan bahwa ketahanan berkaitan dengan "variasi individu dalam menanggapi risiko" dan menambahkan bahwa kerentanan dan perlindungan adalah dua kutub dari konsep yang sama. Dengan demikian, ketahanan merupakan interaksi antara faktor risiko (kerentanan) dan sumber daya pelindung (perlindungan). Remaja yang memiliki hasil yang baik atau diinginkan dalam menghadapi risiko tinggi digambarkan sebagai orang yang tangguh (D. Santos et al., 2020).

Perilaku berisiko kesehatan terjadi dalam konteks sosial budaya keluarga di lingkungan mereka. Keluarga, sekolah, dan teman sebaya telah terbukti sangat memengaruhi inisiasi dan perkembangan aktivitas berisiko kesehatan di antara remaja muda (DiClemente et al., 2009). Faktor sosial budaya dapat berfungsi sebagai faktor risiko atau faktor pelindung, termasuk faktor keluarga seperti fungsi keluarga, status sosial ekonomi (*SES*), dan etnis, dan faktor komunitas seperti kualitas lingkungan, hubungan teman sebaya, dan lingkungan sekolah (Newton et al., 2020).

Pengaruh sosiokultural muncul dalam konteks fungsi keluarga dan ketersediaan sumber daya. Fungsi keluarga mengacu pada interaksi dinamis yang terjadi dalam keluarga untuk memenuhi tujuan keluarga. Fungsi keluarga tercermin dalam pola komunikasi pemantauan orang tua terhadap aktivitas anak dan tingkat dukungan anggota keluarga (Whiting et al., 2020).

Komunitas dapat didefinisikan sebagai wilayah geografis di mana orang hidup dan berinteraksi, biasanya berbagi nilai-nilai yang sama.

Komunitas juga termasuk organisasi dan institusi seperti gereja, pusat rekreasi, dan sekolah. Dalam komunitas tertentu, lingkungan yang lebih kecil dibentuk dan seringkali berpusat di sekitar pengembangan perumahan dan sekolah umum. Lingkungan menyediakan konteks sosial budaya untuk kehidupan sehari-hari, dan sekolah menyediakan arena utama untuk sosialisasi anak-anak dan remaja (Finkelstein et al., 2017).

Faktor risiko individu termasuk jenis kelamin, tekanan masa kanak-kanak, dan trauma seperti penyakit besar, perceraian orang tua, atau kematian orang tua atau saudara kandung (Demir-Dagdas et al., 2018). Penelitian telah menunjukkan bahwa kelompok perilaku berisiko kesehatan seperti penggunaan NAPZA dan aktivitas seksual paling tinggi di antara laki-laki etnis minoritas (Dembo et al., 2017). Gender juga telah diidentifikasi sebagai faktor individu yang terkait dengan masalah perilaku pada remaja (Toomey et al., 2018).

Stres merupakan interpretasi pribadi dan pengalaman subjektif dari risiko. Setiap orang mengalami peristiwa yang membuat stres, tetapi ketika peristiwa seperti itu membebani sumber daya anak untuk menanggapi, maka kesusahan terjadi (Spinelli et al., 2020).

Temperamen adalah pola respon perilaku atau kecenderungan untuk merespon situasi tertentu (Planalp et al., 2017). Kinerja sekolah telah diidentifikasi sebagai sumber stres yang signifikan bagi anak usia sekolah dan remaja awal (Lan et al., 2019). Sumber daya pelindung memodifikasi respons pemuda terhadap bahaya yang membawa risiko hasil yang

merugikan atau penyangga dampak faktor risiko pada anak (Logan-Greene et al., 2017).

Anak-anak yang kompeten dalam berbagai domain fungsinya kurang rentan terhadap faktor risiko dibandingkan mereka yang tidak kompeten (Lo et al., 2017). Kompetensi pada anak usia sekolah melibatkan keterampilan sosial, kemampuan akademis, dan kemampuan fisik, serta rasa harga diri. Lingkungan sekolah adalah lingkungan yang penting bagi anak-anak, di mana mereka belajar tentang dunia sosial mereka dan menilai diri mereka sendiri dalam konteks teman sebaya (Muenks et al., 2018).

Coping melibatkan pikiran dan tindakan yang diarahkan untuk memecahkan masalah atau mengurangi stres. Anak-anak mengembangkan gaya koping yang melibatkan penggunaan berbagai strategi. Gaya koping menjadi cara yang konsisten untuk menanggapi peristiwa stres yang mungkin mencerminkan tipe kepribadian atau temperamen anak (Han et al., 2017).

Memiliki rasa humor juga telah diidentifikasi sebagai sumber daya pelindung yang memungkinkan anak-anak untuk mengatasi stres dengan baik. Rasa kemanusiaan terdiri dari menciptakan, menghargai, dan menanggapi humor, dan digunakan oleh anak-anak usia sekolah untuk memfasilitasi interaksi dan komunikasi sebaya serta untuk mencapai penguasaan kognitif dari pengalaman stress (L. A. James, 2017).

Keterhubungan adalah persepsi bahwa seseorang dapat diandalkan pada orang lain untuk memberikan dukungan emosional dan instrumental

(McKenzie et al., 2018). Keterhubungan dan dukungan sosial telah diidentifikasi sebagai sumber daya pelindung yang menahan dampak kondisi berisiko ekstrim seperti kemiskinan dan lingkungan dengan tingkat kejahatan dan kekerasan yang tinggi (McCrea et al., 2019).

Perilaku dan gaya hidup sehat jangka panjang dimulai dengan pengetahuan dan keterampilan yang diperoleh di masa remaja awal (Ofosu et al., 2018). Pengetahuan adalah sumber penting untuk membuat keputusan yang berhubungan dengan kesehatan. Meskipun remaja mungkin memiliki banyak pengetahuan tentang perilaku berisiko, mereka sering kekurangan informasi khusus tentang melindungi diri dari bahaya dan memulai perilaku yang mempromosikan kesehatan (Thom et al., 2016).

Sebagian besar dari apa yang diketahui tentang perilaku berisiko kesehatan remaja awal didasarkan pada studi siswa sekolah menengah atau sekolah menengah atas (Simmons et al., 2021). Intervensi untuk mengurangi perilaku berisiko kesehatan, dan karena itu morbiditas dan mortalitas pada remaja, perlu mengatasi kelompok perilaku daripada masalah diskrit, dan mereka perlu membangun kekuatan dan sumber daya anak dan keluarga (Barker et al., 2018). Oleh karena itu, melakukan intervensi pada masa remaja dapat sangat mengurangi dampak negatif dari faktor-faktor ini. Perilaku remaja dapat menerima intervensi yang dapat mengurangi efek kesehatan jangka panjang yang merugikan dengan berfokus pada aktivitas yang meningkatkan kesehatan (Xu et al., 2020).

2.6 Kerangka Kerja Kesehatan WHO

Menurut WHO (2016), ada 4 Kerangka kerja Kesehatan (AAAQ) yaitu *Availability* (Ketersediaan), *Accessibility* (Aksesibilitas), *Acceptability* (Penerimaan), and *Quality* (Kualitas). Kerangka Kerja ini pada awalnya dikembangkan untuk sektor kesehatan, tetapi juga dapat berfungsi sebagai alat yang berguna untuk menilai jenis layanan lain. Secara khusus, kepada remaja yang menghadapi sejumlah hambatan dalam mengakses layanan kesehatan seperti mendapatkan informasi terkait pencegahan penggunaan NAPZA. Dengan demikian, kerangka kerja AAAQ dapat membantu mengidentifikasi hambatan yang mungkin dihadapi remaja dalam mengakses informasi terkait pencegahan penggunaan NAPZA. Dimensi AAAQ dapat dikaitkan dengan studi ini sebagai berikut:

- 1) **Ketersediaan:** Pemanfaatan *e-Health* dapat meningkatkan produktivitas pihak terkait seperti BNN dan Guru dalam menyampaikan informasi kepada remaja. Seperti; hemat waktu, tidak perlu menggunakan media konvensional (modul), serta akses informasi yang lebih cepat. Produktivitas yang lebih tinggi berarti peningkatan ketersediaan dan kapasitas untuk memberikan layanan kepada lebih banyak pengguna khususnya kepada remaja.
- 2) **Aksesibilitas:** Aksesibilitas meningkat saat penyedia melakukan intervensi dari jarak jauh, dengan kapasitas untuk memberikan informasi terkait pencegahan penggunaan NAPZA melalui perangkat seluler maupun PC (*Personal Computer*) yang biasanya difokuskan pada daerah perkotaan dengan kompleksitas yang lebih tinggi, dapat

diakses saat mereka berinteraksi dengan teman maupun lingkungan sekitar. Hal ini berpotensi untuk memfasilitasi pengembangan media edukasi pencegahan penggunaan NAPZA pada remaja.

- 3) **Akseptabilitas:** Layanan *e-Health* membuat komunikasi lebih mudah serta dapat disesuaikan dengan kebutuhan masing-masing individu, sehingga berpotensi meningkatkan akseptabilitas penyedia. Hal ini lebih mungkin terjadi pada orang yang lebih muda (remaja) yang lebih mengenal penggunaan komputer dan perangkat seluler.
- 4) **Kualitas:** Alat *eHealth* dapat memberikan akses mendapatkan informasi lebih cepat ke sasaran yang dituju. Dengan demikian *eHealth* dapat meningkatkan literasi NAPZA kepada remaja.

2.7 Literasi Kesehatan

2.7.1 Definisi Literasi Kesehatan

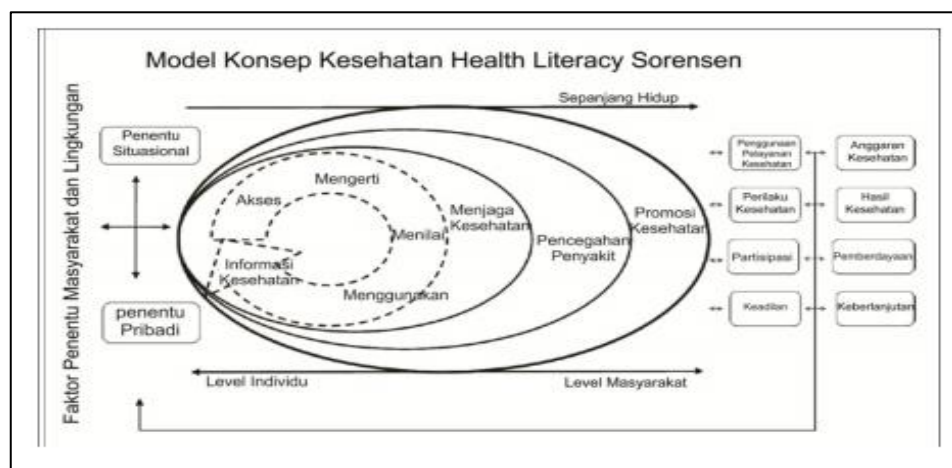
Literasi Kesehatan atau kemelekan kesehatan didefinisikan suatu konsep yang terintegrasi sebagai pengetahuan, motivasi, dan kompetensi untuk mengakses, memahami, menilai dan menerapkan informasi kesehatan untuk membuat keputusan dan mengambil keputusan dalam kehidupan sehari-hari berhubungan dengan kesehatan perawatan, pencegahan penyakit dan promosi kesehatan (Kickbusch et al., 2013).

National Assesment of Adults Literacy di Amerika Serikat mendefinisikan *health literacy* yaitu seseorang mampu mencari, menemukan, memahami dan menilai informasi kesehatan dari sumber elektronik dan menerapkan pengetahuan yang telah didapatkan untuk mengatasi atau memecahkan masalah kesehatan (Cutilli & Bennett, 2009).

Pada intinya, *health literacy* seseorang mampu memiliki tiga ketrampilan, yaitu keakasaraan ilmiah, melek media dan melek computer (Rademakers et al., 2020).

2.7.2 Teori dan Konsep Literasi Kesehatan

Banyak pendekatan terkait konsep kesehatan yang telah berkembang. Konsep yang dikembangkan Eropa dengan konsorsium untuk masyarakat Eropa pada survey kesehatan yang mengidentifikasi 12 *subdimension* kesehatan yang terkait dengan kompetensi yang dibutuhkan guna memahami kesehatan, menilai dan menerapkan layanan kesehatan, kesehatan lingkungan dan pencegahan penyakit seperti promosi kesehatan.



Gambar 2.7.2. Model Konsep Kesehatan Health Literacy

Model dari gambar 2.7.2 menunjukkan bahwa kompetensi yang berkaitan dengan proses menilai, mengakses, pemahaman, dan menerapkan informasi yang berhubungan dengan kesehatan. Ada 4 jenis kompetensi yang dibutuhkan untuk proses tersebut, antara lain (Sørensen et al., 2012):

- a. Menilai kemampuan untuk menyaring, menafsirkan dan mengevaluasi informasi kesehatan yang diakses
- b. Kemampuan mengakses dalam mencari, menemukan dan memperoleh informasi kesehatan
- c. Menerapkan kemampuan berkomunikasi dan menggunakan informasi tersebut untuk membuat keputusan, mempertahankan
- d. Kemampuan untuk memahami informasi kesehatan yang telah diakses (Sørensen et al., 2012).

2.7.3 Dimensi *Health Literacy*

Tabel 2. 1. Matriks dengan 4 Dimensi Health Literacy

Health Literacy	Akses dengan memperoleh Informasi yang Relevan	Memahami Informasi terkait Kesehatan	Mengevaluasi Informasi yang berhubungan dengan Kesehatan	Menerapkan atau Menggunakan Informasi yang berhubungan dengan Kesehatan
Perawatan Kesehatan	Kemampuan mengakses informasi	Kemampuan untuk memahami informasi	Kemampuan untuk menafsirkan dan mengevaluasi informasi	Kemampuan untuk membuat keputusan masalah
Pencegahan Penyakit	Kemampuan untuk mengakses informasi pada faktor resiko	Kemampuan untuk memahami informasi mengenai faktor resiko	Kemampuan untuk menafsirkan dan mengevaluasi faktor resiko	Kemampuan untuk membuat informasi relevan mengenai faktor resiko
Promosi Kesehatan	Kemampuan untuk memperbarui diri sendiri dalam masalah kesehatan	Kemampuan untuk memahami informasi kesehatan	Kemampuan untuk menafsirkan dan memahami informasi kesehatan	Kemampuan untuk menyampaikan pendapat tentang masalah kesehatan

2.7.4 Faktor yang memengaruhi *Health Literacy*

National Assessment of Adult Literacy (NAAL) menyatakan, faktor-faktor yang memengaruhi health literacy seseorang yang rendah adalah usia tua, pendidikan rendah, disparitas etnis, hambatan dalam mengakses pelayanan kesehatan dan mengakses informasi kesehatan (Cutilli & Bennett, 2009).

Faktor-faktor tersebut adalah:

a. Pengetahuan

Pengetahuan (*knowledge*) adalah hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia yakni: indra penglihatan, pendengaran, penciuman rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.

b. Akses Informasi

Akses informasi adalah sebuah pencapaian, peralihan dan perolehan akan informasi dengan atau tanpa menggunakan alat berupa telekomunikasi dan melalui saluran atau media. Akses informasi menjadi sebuah jembatan yang menghubungkan sumber informasi, sehingga informasi yang dibutuhkan oleh setiap individu dapat terpenuhi. Akses informasi kesehatan mempunyai peran penting dalam menentukan *health literacy*.

c. Tingkat Pendidikan

Pendidikan diartikan sebagai usaha untuk membina kepribadiannya sesuai dengan nilai-nilai di dalam masyarakat dan kebudayaannya.

d. Umur

Umur adalah lamanya hidup dalam tahun yang dihitung sejak dilahirkan, salah satu satuan yang mengukur keberadaan suatu makhluk, baik yang hidup ataupun yang mati. Seiring bertambahnya umur seseorang akan mengalami penurunan kemampuan untuk berfikir dan kemampuan fungsinya, keadaan tersebut dapat memengaruhi kemampuan untuk berfikir, hal itu dapat memengaruhi kemampuan membaca dan menangkap informasi, sehingga dapat berpengaruh pada tingkat *health literacy*.

e. Pendapatan

Pendapatan dapat diartikan sebagai yang diperoleh dari suatu pekerjaan. Pendapatan dapat memengaruhi pendidikan dan pelayanan kesehatan. seseorang dengan pendapatan tinggi cenderung akan mendapatkan pendidikan yang baik, sehingga memengaruhi mereka dalam memahami dan menggunakan informasi kesehatan.

f. Pekerjaan

Pekerjaan adalah setiap orang yang melakukan pekerjaan dan mendapatkan upah atau imbalan lain. Pekerjaan secara umum diartikan sebagai kegiatan aktif yang dilakukan oleh manusia yang menghasilkan karya atau bentuk imbalan.

g. Bahasa

Bahasa memengaruhi seseorang untuk mendapatkan ilmu dan mengaplikasikan kemampuan. Apabila bahasa yang digunakan dalam sehari-hari bukanlah bahasa nasional (bahasa resmi yang dipakai di negaranya) maka seseorang akan mengalami kesulitan dalam memahami informasi kesehatan, sehingga akan mengalami kendala dalam berbagai hal.

h. Etnis

Budaya yang dimiliki berbagai etnis memengaruhi kepercayaan kesehatan, konsep antara sehat dan sakit dan cara menafsirkan pesan-pesan kesehatan. Budaya tersebut akan memengaruhi perilaku pencegahan penggunaan NAPZA.

i. Jenis Kelamin

Jenis kelamin adalah perbedaan pada pria dan wanita secara biologis, tetapi yang berperan penting dalam health literacy adalah karakteristik, tanggung jawab dan peran.

j. Akses Pelayanan

Akses pelayanan dapat memengaruhi kemampuan seseorang untuk memperoleh informasi kesehatan.

2.7.5 *Health literacy conceptual framework*

Squiers et al., (2012) mengatakan bahwa kerangka kerja Keterampilan Literasi Kesehatan menghipotesiskan hubungan antara literasi kesehatan dan hasil terkait kesehatan dan menggambarkan bagaimana literasi kesehatan berfungsi di tingkat individu. Konsep ini dilakukan untuk mencerminkan bagaimana faktor-faktor di luar individu (misalnya, keluarga, lingkungan, komunitas, budaya, dan media) memengaruhi perilaku kesehatan.

Kerangka tersebut disusun menjadi 4 komponen utama: (a) faktor yang memengaruhi pengembangan dan penggunaan keterampilan literasi kesehatan; (b) rangsangan yang berhubungan dengan kesehatan; (c) keterampilan literasi kesehatan yang diperlukan untuk memahami stimulus dan melaksanakan tugas; dan (d) mediator antara melek kesehatan dan hasil kesehatan.

Squiers et al., (2012) berharap kerangka konseptual ini dapat menjadi acuan untuk diskusi lebih lanjut dan kemajuan dalam mengoperasionalkan konsep ini. Selain itu, Kerangka Keterampilan Literasi Kesehatan juga dapat digunakan untuk memandu pengembangan intervensi untuk meningkatkan literasi kesehatan untuk penelitian (Squiers et al., 2012).

2.8 Remaja

Remaja merupakan masa peralihan antara masa kanak-kanak dan masa dewasa, dimulai saat terjadinya kematangan seksual yakni antara usia 11 atau 12 tahun sampai dengan usia 20 tahun, yaitu proses menjelang masa dewasa muda (Soetjiningsih, 2004). (Wirawan, 2012) menjelaskan bahwa WHO mengemukakan tiga kriteria untuk mengenali remaja secara konseptual yakni biologis, psikologis, dan sosial ekonomi; (1) individu yang berkembang saat pertama kali ia menunjukkan tanda-tanda seksual sekunder nya sampai saat ia mencapai kematangan seksual, (2) individu yang mengalami perkembangan psikologis dan pola identifikasi dari anak-anak menjadi dewasa, dan (3) terjadi peralihan dari ketergantungan sosial ekonomi yang penuh kepada keadaan yang lebih mandiri.

Masa remaja adalah masa perubahan, masa remaja terjadi dengan perubahan yang cepat baik secara fisik, maupun psikologis. Perubahan fisik pada remaja akan terlihat jelas dari perkembangan tubuhnya, mampu berfikir abstrak dan mulai tumbuh perubahan kognitif. Perkembangan membagi remaja ke dalam tiga fase yaitu:

a. Masa remaja awal (12-15 tahun)

Masa remaja awal mulai melepaskan diri dari ketergantungan orang tua dan meninggalkan perannya sebagai anak-anak. Fokus dari tahap ini adalah penerimaan terhadap bentuk dan kondisi fisik serta adanya konformitas yang kuat dengan teman sebaya.

b. Masa remaja pertengahan (15-18 tahun)

Pada masa usia ini kemampuan berfikir yang baru mulai berkembang dan peran temannya sangat penting, serta lebih mampu mengarahkan diri sendiri. Selain itu masa remaja ini mulai menerima teman lawan jenis. Kematangan tingkah laku, belajar mengendalikan *impulsivities* dan membuat keputusan-keputusan awal yang berkaitan dengan tujuan vokasional.

c. Masa remaja akhir (19-22 tahun)

Ciri dari tahap ini keinginan yang kuat untuk diterima dalam kelompok teman sebaya dan orang dewasa. Selama ini remaja berusaha memantapkan tujuan vokasional dan mengembangkan *sense of personal identity* (Purnama et al., 2020).

2.9 Participatory Action Research (PAR)

Participatory Action Research (PAR) merupakan kegiatan riset yang dilaksanakan secara partisipatif di antara masyarakat warga dalam suatu komunitas atau lingkup sosial yang lebih luas untuk mendorong terjadinya aksi-aksi transformatif (perubahan kondisi hidup yang lebih baik) (Baum et al., 2006). PAR dilaksanakan dengan mengacu metodologi riset tertentu, harus bertujuan untuk mendorong aksi transformatif, dan harus melibatkan sebanyak mungkin masyarakat warga atau anggota komunitas sebagai pelaksana PAR-nya sendiri (Kindon et al., 2007).

PAR berorientasi pada perubahan situasi, peningkatan pengetahuan dan kemampuan masyarakat warga untuk memahami dan mengubah situasi mereka menjadi lebih baik (Kindon et al., 2007). Pendekatan ini

dipilih karena situasi dan masalah yang diteliti bukan berujud sesuatu yang sangat terukur secara kuantitatif, melainkan situasi dan masalah yang masih sedang berkembang dan memiliki beragam aspek sosial (Kindon et al., 2007).

Menurut (Kindon et al., 2007) PAR merupakan pendekatan dalam penelitian yang mendorong orang-orang yang mengambil manfaat dari penelitian untuk bekerja bersama-sama secara penuh dalam semua tahapan penelitian. Olehnya itu proses intervensi penelitian pada penelitian ini melalui *e-Health DPA* dilakukan pendampingan oleh Guru, sebab pendekatan PAR merupakan penelitian yang melibatkan secara aktif semua pihak-pihak yang relevan (stakeholder) dalam mengkaji tindakan yang sedang berlangsung (dimana pengamalan mereka sendiri sebagai persoalan) dalam rangka melakukan perubahan atau lebih resilien terhadap penggunaan NAPZA. Upaya pencegahan terhadap penggunaan NAPZA di kalangan pelajar, sudah seyogianya menjadi tanggung jawab bersama. Dalam hal ini semua pihak termasuk orang tua, guru, dan masyarakat harus turut berperan aktif dalam mewaspadai ancaman NAPZA.

Guru memiliki peran dalam mencegah bahaya NAPZA, dalam kenyataannya guru memiliki peran yang sangat penting untuk mencegah bahaya NAPZA masuk ke lingkungan sekolah (Forster et al., 2017). Jika seorang guru tidak bisa mencegah NAPZA masuk di kalangan sekolah maka masa depan generasi muda ini akan lebih baik. Guru harus

senantiasa menjadi sosok yang mampu menumbuhkan inspirasi dan memberikan motivasi untuk peserta didiknya (Forster et al., 2017).

2.10 Penelitian terdahulu

2.10.1 Resiliensi pada Remaja

Tabel 2. 2. Matriks Hasil Penelitian Resiliensi pada remaja

Penulis (Tahun)	Judul, Nama Jurnal	Desain Penelitian	Temuan dan Rekomendasi
(Dias & Cadime, 2017)	<i>Protective factors and resilience in adolescents: The mediating role of self-regulation (Psicologia educativa, Elsevier)</i>	Studi Kualitatif	Hasil penelitian menunjukkan bahwa lingkungan rumah, komunitas dan teman sebaya memprediksi secara signifikan tingkat resiliensi siswa.
(Scarf et al., 2017)	<i>Increasing resilience in adolescents: the importance of social connectedness in adventure education (programmes Australasian Psychiatry, SAGE)</i>	Studi Kuantitatif	Remaja yang berpartisipasi dalam AEP, tetapi tidak pada kelompok kontrol, menunjukkan peningkatan resiliensi dari Waktu 1 ke Waktu.
(Murphy et al., 2017)	<i>Resilience in adolescents with cancer: Association of coping with positive and negative affect (Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, LWW)</i>	Studi Kuantitatif	Temuan memberikan dukungan akan pentingnya koping dalam regulasi emosi positif. Peran potensial mengatasi dalam intervensi pencegahan untuk meningkatkan resiliensi pada remaja
(Cardoso et al., 2017)	<i>Assessing self-concept as a mediator between anger and resilience in adolescents with cancer in Taiwan (Cancer nursing, LWW)</i>	Studi Kuantitatif	Konsep diri mungkin memainkan peran mediasi antara kemarahan dan resiliensi, sehingga membantu menjembatani kesenjangan pengetahuan.
(Simón-Saiz et al., 2018)	<i>Influence of resilience on health-related quality of life in adolescents (Enfermería Clínica, Elsevier)</i>	Studi Kuantitatif	Resiliensi dikaitkan dengan tingkat kualitas hidup yang lebih tinggi pada remaja dan karena skor yang lebih rendah pada anak perempuan., ini bisa menjadi salah satu faktor penjas untuk kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan yang lebih buruk.

Penulis (Tahun)	Judul, Nama Jurnal	Desain Penelitian	Temuan dan Rekomendasi
(Gmuca et al., 2019)	<i>The role of patient and parental resilience in adolescents with chronic musculoskeletal pain (The Journal of pediatrics, Elsevier)</i>	Studi Kuantitatif	Ketahanan pasien yang lebih tinggi berkorelasi dengan penurunan keparahan penyakit di kalangan remaja dengan nyeri muskuloskeletal kronis.
(Cong et al., 2019)	<i>Association of suicidal ideation with family environment and psychological resilience in adolescents (hinese Journal of Contemporary Pediatrics)</i>	Studi Kuantitatif	Kekompakan keluarga merupakan faktor pelindung terhadap keinginan bunuh diri pada remaja. Organisasi keluarga.
(Kurtz et al., 2019)	<i>Brief interventions for young adults who use drugs: The moderating effects of resilience and trauma. Journal of Substance Abuse Treatment</i>	Studi Kuantitatif	Temuan ini menunjukkan pentingnya penguatan resiliensi sebelum dilakukan intervensi agar memaksimalkan dampak intervensi singkat bagi pengguna NAPZA.
(K.S. et al., 2020)	<i>The causal effect of resilience on risk for drug abuse: A Swedish national instrumental variable, co-relative and propensity-score analysis. Psychological Medicine</i>	Studi Kuantitatif	Temuannya menunjukkan bahwa program pencegahan yang meningkatkan resiliensi pada remaja secara bermakna mengurangi risiko jangka panjang.
(Bomysoad & Francis, 2021)	<i>Associations between parental incarceration and youth mental health conditions: The mitigating effects of adolescent resilience and positive coping strategies. Current Psychology (Springer)</i>	Studi Kuantitatif	Temuan menunjukkan implikasi kesehatan masyarakat, termasuk program tambahan dapat meningkatkan resiliensi bagi remaja yang rentan terhadap penggunaan NAPZA.

2.10.2 Health Literacy pada remaja

Tabel 2. 3. Matriks Hasil Penelitian *Health Literacy* pada remaja

Penulis (Tahun)	Judul, Nama Jurnal	Desain Penelitian	Temuan dan Rekomendasi
(Attygalle et al., 2017)	<i>Mental health literacy in adolescents: ability to recognise problems, helpful interventions and outcomes</i>	Studi Kuantitatif	Kemampuan untuk mengenali masalah kesehatan mental, intervensi yang membantu.

Penulis (Tahun)	Judul, Nama Jurnal	Desain Penelitian	Temuan dan Rekomendasi
(Linnebur & Linnebur, 2018)	<i>Self-Administered Assessment of Health Literacy in Adolescents Using the Newest Vital Sign</i>	Studi Kuantitatif	. Menggunakan NVS sebagai alat yang dikelola sendiri dapat sangat meningkatkan fungsinya sebagai penilaian cepat literasi kesehatan bagi remaja, baik dalam praktik klinis maupun dalam pendidikan kesehatan berbasis sekolah
(Riiser et al., 2020)	<i>Adolescents' health literacy, health protective measures, and health-related quality of life during the Covid-19 pandemic</i>	Studi Kuantitatif	Para remaja mengikuti pedoman otoritas kesehatan dan tampak sangat melek huruf..
(Sukys et al., 2019)	<i>Subjective Health Literacy among School-Aged Children: First Evidence from Lithuania</i>	Studi Kuantitatif	Prestasi sekolah ditemukan menjadi prediktor yang signifikan terhadap literasi kesehatan, begitu pula jumlah acara promosi kesehatan berbasis sekolah. Kemakmuran keluarga juga memprediksi peningkatan tingkat melek kesehatan.
(Bjørnsen et al., 2019)	<i>The Relationship Between Positive Mental Health Literacy and Mental Well-Being Among Adolescents: Implications for School Health Services</i>	Studi Kuantitatif	Menemukan pendekatan baru untuk meningkatkan kesehatan mental di kalangan remaja merupakan tanggung jawab penting dari layanan kesehatan sekolah
(Hamzah et al., 2018)	<i>Does attachment to parents and peers influence health literacy among adolescents in Malaysia?</i>	Studi Kuantitatif	Kelekatan orang tua dan kelekatan teman sebaya terbukti memiliki pengaruh independen yang signifikan terhadap tingkat literasi kesehatan remaja.
(M. G. Santos et al., 2018)	<i>The Health Literacy of U.S. Immigrant Adolescents: A Neglected Research Priority in a Changing World</i>	Studi Kuantitatif	Temuan penelitian ini menyebutkan bahwa studi remaja imigran memberikan jendela kritis ke dalam literasi kesehatan sebagai praktik yang terletak secara sosial

Penulis (Tahun)	Judul, Nama Jurnal	Desain Penelitian	Temuan dan Rekomendasi
(Brandt et al., 2019)	<i>Differential associations of health literacy with Austrian adolescents' tobacco and alcohol use. Public Health (Elsevier)</i>	Studi Kuantitatif	Hasilnya menunjukkan bahwa ketersediaan informasi yang berhubungan dengan kesehatan mungkin tidak cukup untuk mencegah atau mengurangi penggunaan zat yang berisiko.
(Riiser et al., 2020)	<i>Adolescents' health literacy, health protective measures, and health-related quality of life during the Covid-19 pandemic. PLoS ONE</i>	<i>Cross-sectional study</i>	Para remaja mengikuti pedoman otoritas kesehatan dan tampak sangat melek huruf. Namun, kesetiaan yang tinggi membutuhkan pengorbanan yang besar
(Liddle et al., 2021)	<i>A Brief Sports-Based Mental Health Literacy Program for Male Adolescents: A Cluster-Randomized Controlled Trial. Journal of Applied Sport Psychology (Taylor & Francis)</i>	Randomized Controlled Trial	Hasilnya menunjukkan bahwa intervensi singkat dapat efektif untuk meningkatkan literasi kesehatan mental remaja muda.

2.10.3 Intervensi e-Health

Tabel 2. 4. Matriks Hasil Penelitian Intervensi e-Health pada remaja

Penulis (Tahun)	Judul, Nama Jurnal	Subjek	Hasil dan Rekomendasi	Konsep dan Platform	Negara
(Srivastava et al., 2017)	<i>Yuva: An e-health model for Remaja dealing with psychological issues of adolescents</i>	Remaja	Remaja dan dewasa muda mungkin yang terkena dampak terburuk karena tuntutan kehidupan sehari-hari yang menyebabkan depresi, kecemasan, dan masalah terkait.	"YUVA" RWD (pengembangan web responsif)	India
(Tu et al., 2017)	<i>Does parental and Remaja adolescent participation in an e-health lifestyle modification intervention improve weight outcomes?</i>	Remaja	Temuan menunjukkan bahwa meningkatkan kepatuhan remaja terhadap intervensi gaya hidup e-health dapat secara efektif mengubah lintasan berat badan remaja yang kelebihan berat badan / obesitas.	Intervensi gaya hidup e-health selama 8 bulan	Kanada
(Eyimaya et al., 2021)	<i>Determining the healthy Remaja lifestyle behaviors and e-health literacy levels in adolescents</i>	Remaja	Penelitian ini menekankan pentingnya literasi e-Health dalam pengembangan prosedur perawatan yang bertujuan untuk meningkatkan perilaku gaya hidup sehat remaja.	healthy lifestyle	Turki
(Piatkowski et al., 2020)	<i>User Characteristics and Remaja Parenting Practices Associated with Adolescents' Initial Use of a Lifestyle Behavior Modification Intervention</i>	Remaja	Temuan ini akan membantu menginformasikan intervensi e-health di masa depan meningkatkan keterlibatan pengguna dengan mengidentifikasi karakteristik individu yang tidak mengakses intervensi,	e-health life style	Kanada
(González-Forteza et al., 2017)	<i>Use of a Smartphone Remaja Application for Prompting Oral Medication Adherence Among Adolescents and Young Adults With Cancer</i>	Remaja	Hampir semua peserta menggunakan aplikasi tersebut setidaknya satu kali. Lebih dari separuh melaporkan bahwa mereka segera minum obat setelah menerima pengingat.	smartphone	Amerika Serikat

Penulis (Tahun)	Judul, Nama Jurnal	Subjek	Hasil dan Rekomendasi	Konsep dan Platform	Negara
(Pernencar et al., 2018)	<i>Planning a health promotion program: Mobile app gamification as a tool to engage adolescents</i>	Remaja	Untuk mencegah obesitas dalam kelompok risiko ini, Mereka sedang mengerjakan aplikasi seluler yang melibatkan teknik gamifikasi.	Mobile app gamification	Portugal
(Wingo et al., 2020)	<i>Lessons learned from a blended telephone/e-health platform for caregivers in promoting physical activity and nutrition in children with a mobility disability</i>	Remaja	Intervensi e-health adalah cara yang menjanjikan untuk mempromosikan perilaku sehat pada anak-anak penyandang disabilitas fisik, tetapi teknologi harus diimbangi dengan kemudahan penggunaan untuk orang tua sekaligus melibatkan anak tersebut.	blended telephone/e-health platform	Amerika Serikat
(Thabrew et al., 2018)	<i>E-Health interventions for Remaja anxiety and depression in children and adolescents with long-term physical conditions. (Cochrane Database of Systematic Reviews, John Wiley & Sons, Ltd)</i>	Remaja (Usia 0-18 Tahun)	intervensi e-health pada anak-anak dan remaja tidak efektif pada anak-anak berusia di bawah 10 tahun. Penelitian ini merekomendasikan intervensi e-health untuk populasi remaja yang berisiko, mengingat jumlahnya yang terus bertambah, dan peningkatan global dalam akses ke teknologi.	Edukasi berbasis Komputer Aplikasi Mobile Multimedia Games	New Zealand
(Kim et al., 2019)	<i>Mobile Health Application and e-Health Literacy: Opportunities and Concerns for Cancer Patients and Caregivers. Journal of Cancer Education (Springer)</i>	Remaja	aplikasi kesehatan seluler (aplikasi) dapat meningkatkan literasi kesehatan. Rekomendasi untuk pembuatan kebijakan kesehatan serta desain dan pengembangan aplikasi seluler. Penting, aplikasi seluler harus dikembangkan dengan tujuan mencapai	Health Literacy Mobile App Android, iPhone, Nokia, and BlackBerry platforms	USA

Penulis (Tahun)	Judul, Nama Jurnal	Subjek	Hasil dan Rekomendasi	Konsep dan Platform	Negara
(Çinar et al., 2020)	<i>The effect of sociodemographic characteristics of adolescents on E-Health literacy. European Journal of Public Health (Oxford University Press)</i>	Remaja Tahun)	(14-18 Hasil penelitian mengungkapkan pentingnya peningkatan keterampilan literasi e-health pada remaja laki-laki.	Health literacy berbasis internet	Turkey
(Korkmaz Aslan et al., 2021)	<i>Association of electronic health literacy with health-promoting behaviours in adolescents. (International journal of nursing practice, Wiley Online Library)</i>	Remaja Tahun)	(14-19 Dengan literasi e-health yang secara signifikan dapat memprediksi perilaku mempromosikan kesehatan,	Electronic health literacy Berbasis di sekolah menggunakan website	Turkey
(Ferrante et al., 2021)	<i>Digital health interventions in children with asthma. (Clinical & Experimental Allergy, John Wiley & Sons, Ltd)</i>	Remaja (Usia 6-17 Tahun)	Dalam keadaan darurat sebagai pandemic COVID-19, telemedicine juga dapat memainkan peran sentral dalam mendukung dokter dalam menangani anak penderita asma.	Game Genre	Italy

2.11 Perbandingan Website dan Aplikasi Mobile

Aplikasi web memerlukan koneksi internet aktif agar dapat berjalan, sedangkan aplikasi seluler dapat bekerja offline. Aplikasi seluler memiliki keuntungan karena lebih cepat dan lebih efisien, tetapi mereka memang mengharuskan pengguna mengunduh pembaruan secara teratur. Aplikasi web akan memperbarui sendiri. Aplikasi seluler dan aplikasi web dirancang dan dibuat dengan sangat berbeda. Untuk membedakan lebih jauh antara keduanya sebagai berikut (Olsina & Rossi, 2002):

a. Aplikasi mobile

Kelebihan:

- 1) Lebih cepat dari aplikasi web
- 2) Fungsionalitas lebih besar karena mereka memiliki akses ke sumber daya sistem
- 3) Dapat bekerja secara offline
- 4) Lebih aman karena aplikasi asli harus terlebih dahulu disetujui oleh *app store*
- 5) Lebih mudah dibangun karena ketersediaan alat pengembang, elemen antarmuka, dan SDK

Kekurangan:

- 1) Lebih mahal untuk membangun daripada aplikasi web
- 2) Kompatibilitas dengan platform yang berbeda (yaitu *iOS* dan *Android*) karena harus merancang dan membangun aplikasi dari awal
- 3) Mahal untuk memelihara dan memperbarui *system*

- 4) Mungkin juga bisa ditolak atau tidak disetujui oleh pihak *app store*

b. Website

Kelebihan:

- 1) Tidak perlu diunduh atau diinstal – karena aplikasi web berkerja di dalam *browser*
- 2) Mudah dirawat – yaitu memiliki basis kode umum terlepas dari *platform mobile*
- 3) Akan memperbarui sendiri
- 4) Lebih cepat dan lebih mudah dibangun daripada aplikasi seluler
- 5) Tidak memerlukan persetujuan toko aplikasi, sehingga dapat diluncurkan dengan cepat

Kekurangan:

- 1) Tidak bisa bekerja *offline*;
- 2) Lebih lambat dari aplikasi seluler, dan kurang canggih dalam hal fitur;
- 3) Tidak dapat di download seperti aplikasi seluler karena tidak terdaftar dalam basis data tertentu, seperti toko aplikasi;
- 4) Kualitas dan keamanan tidak selalu dijamin dan aplikasi web tidak perlu disetujui oleh *app store*.

2.12 Perbandingan dengan Media Sebelumnya

Badan Narkotika Nasional (BNN) Republik Indonesia telah meluncurkan sebuah yang bernama Aplikasi Dialogue 101 pada tahun 2018 untuk pengguna android saja. Aplikasi tersebut dirancang sebagai alat edukasi untuk mencegah penggunaan NAPZA. Kemudian, pada November 2019 pihak BNN kembali meluncurkan sebuah platform digital bernama Rumah Edukasi Anti NAPZA (Rean.id). Platform tersebut dibuat untuk lebih memudahkan orang mengakses informasi tanpa melakukan instalasi pada *gadget* atau handphone *android* maupun *IOS*. Rean.id merupakan *platform* digital berbentuk website. Pihak BNN mengatakan, pembuatan *platform* tersebut dibuat dengan pertimbangan tidak memerlukan instalasi pada *gadget*, sehingga memudahkan orang untuk mengakses informasi terkait NAPZA (BNN, 2019).

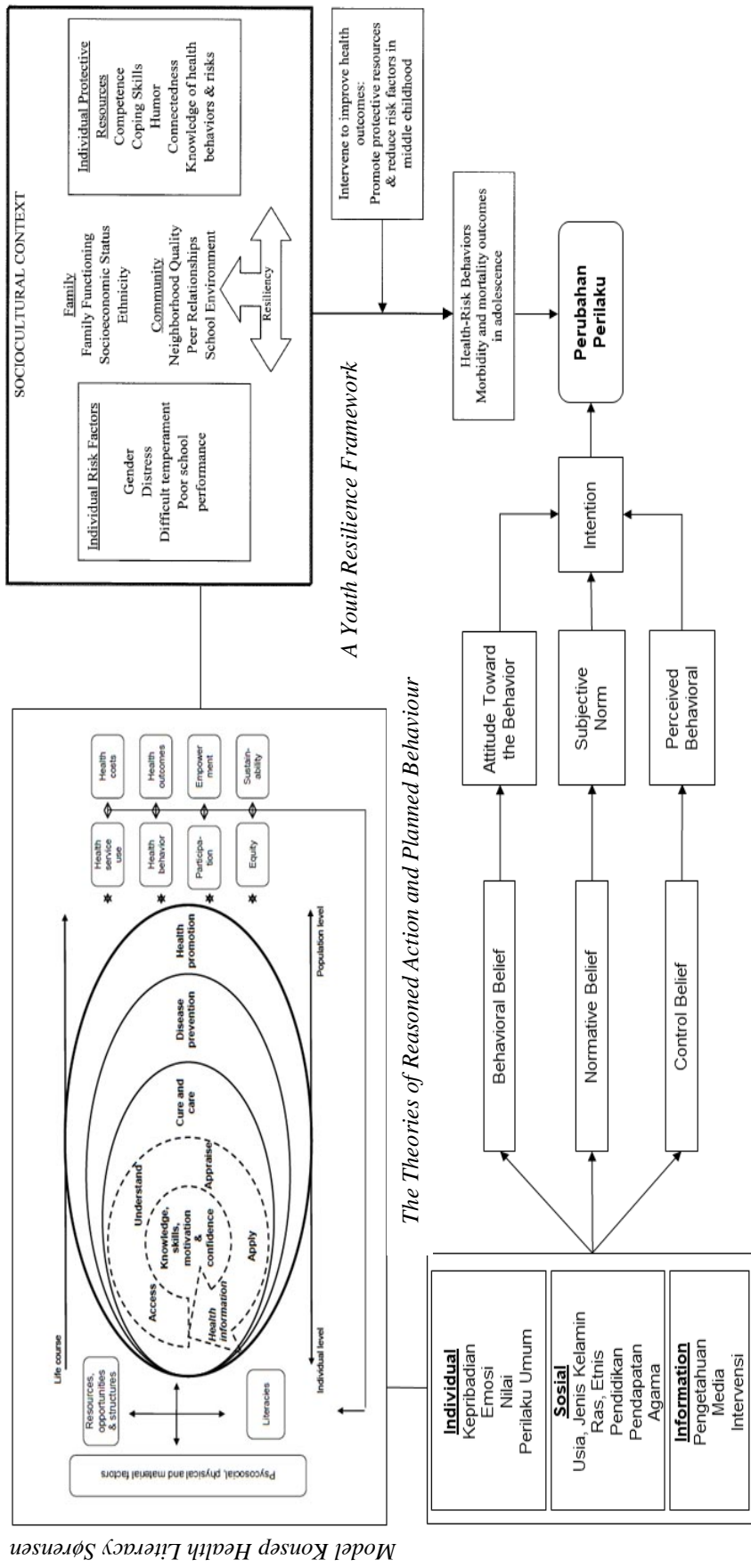
Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti melalui pengamatan Ahli IT dan Ahli Komunikasi terdapat kelemahan dan kelebihan media sebelumnya. Sehingga media yang digunakan (*e-Health DPA*) pada penelitian ini dikembangkan berdasarkan keterbatasan yang terdapat pada media sebelumnya melalui pengamatan para Ahli tersebut Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 2.5:

Tabel 2. 5. Perbandingan dengan Media Sebelumnya

Rumah Edukasi Anti NAPZA (REAN.id) https://rean.bnn.go.id/	
Kelebihan	Kelemahan
<ul style="list-style-type: none"> - Platform digital yang dirancang untuk anak muda yang dapat menjadi wadah ilmu dalam mencari referensi tentang bahaya penggunaan NAPZA - Menggunakan Website - Keamanan situs <i>secure</i> (https) - Konten dalam bentuk fotografi, video, artikel, dan games. - Terdapat fitur infografis, video, dan games yang informatif dan edukatif. - Terintegrasi dengan sosial media - <i>Youth Friendly</i> - Tersedianya fasilitas komentar dan <i>chatting</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Dirancang untuk remaja secara umum - Tidak menyasar target secara spesifik - Tidak melalui tahapan penelitian - Belum pernah digunakan sebagai alat intervensi untuk penelitian - Komunikasi satu arah - Belum ada fasilitas <i>Chatting</i> sebagai wadah untuk diskusi

2.13 Kerangka Teori

Berdasarkan uraian tinjauan pustaka, maka dapat disusun kerangka teori pada penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 2.13. Kerangka Teori

Source: The Theories of Reasoned Action and Planned Behavior (Hill et al., 1977), Model Konsep Health Literacy Sørensen (Sørensen et al., 2012), A Youth Resilience Framework (Rew & Homer, 2003)

2.14 Kerangka Konseptual

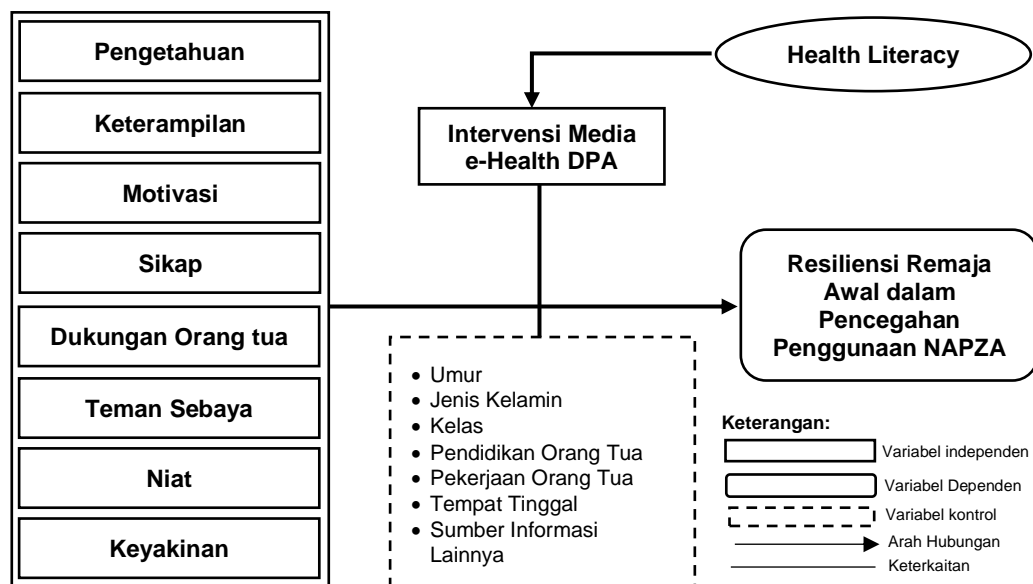
Kerangka konsep dalam penelitian ini merupakan bagian dari kerangka teori yang dituliskan sebelumnya. Unsur penting yg perlu diintervensi dalam literasi kesehatan: pengetahuan, motivasi, dan keterampilan. Sebagaimana konsep yang dikemukakan oleh (Ogbo et al., 2017). Tidak hanya Sorensen yang menyoroti hal ini, temuan Visscher et al., (2018) menyebutkan bahwa intervensi yang baru dikembangkan harus disesuaikan dengan kebutuhan untuk meningkatkan pengetahuan, motivasi dan keterampilan. Intervensi tersebut berbasis web yang tepat untuk remaja yang memiliki keterampilan digital, tetapi juga intervensi campuran (menggabungkan tatap muka dengan aktivitas online).

Perubahan perilaku dalam proses literasi kesehatan tidak hanya merubah pengetahuan, motivasi dan keterampilan saja. Namun ada berbagai aspek penting lainnya yang sangat relevan terutama jika diikatkan dengan resiliensi remaja yaitu sikap keyakinan dan niat sebagaimana dalam konsep TPB oleh (Borges et al., 2016). Dalam konteks TPB pengetahuan dan sikap bukanlah aspek yang paling dekat upaya perubahan perilaku, tapi niat, seperti hasil penelitian yang dilakukan oleh (Vahedi et al., 2018) menyebutkan bahwa keberhasilan intervensi literasi kesehatan pada sikap dan niat menghasilkan efek positif terhadap perubahan perilaku remaja.

Dalam menghadapi perilaku berisiko, remaja tidak terlepas dari lingkungan di luar diri yang membentuk sikap, keyakinan, dan niat yg membentuk perilakunya. Lingkungan di luar diri remaja yang paling relevan

adalah orang tua dan teman sebaya. Peran orang tua dan teman sebaya sangat terkait dengan upaya pertahanan diri remaja dalam hal ini bagaimana mereka dapat resilien terhadap perilaku berisiko seperti penggunaan NAPZA.

Sementara, di luar intervensi yang diberikan ada banyak faktor yg dapat berperan terhadap resiliensi remaja dalam pencegahan penggunaan NAPZA antara lain usia, jenis kelamin, karakteristik keluarga, tempat tinggal, dan sumber informasi lainnya (Shahram et al., 2021). Berdasarkan hal tersebut dapat dilihat kerangka konsep sebagai berikut:



Gambar 2. 14. Kerangka Konseptual

BAB III METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan *mixed method sequential exploratory*. Jenis penelitian tersebut adalah suatu metode penelitian kombinasi dimana pada tahap awal menggunakan metode kualitatif dan tahap berikutnya menggunakan metode kuantitatif (Creswell, 2013). Metode kualitatif menggunakan desain studi *exploratory*, yang mana digunakan sebagai langkah pertama pengumpulan data dan informasi yang bertujuan mengeksplorasi bentuk informasi bagaimana yang dibutuhkan remaja awal untuk menguatkan resiliensi mereka dalam mencegah penggunaan NAPZA.

Sedangkan, Metode kuantitatif menggunakan desain *Quasi-eksperimental design, pre dan post-test with control Group*. *Quasi Eksperimen* digunakan untuk menilai pengaruh perlakuan tertentu terhadap yang lain dalam kondisi yang terkendali (Sumantri, 2015). Cara untuk mengetahuinya yaitu membandingkan satu atau lebih kelompok perlakuan yang diberi intervensi dengan satu kelompok pembanding (kontrol). Adapun rancangan *quasi eksperimen pre-post-tests with control group design* adalah sebagai berikut:

Experiment

Kelompok Perlakuan : O1 → X1 → O2

Control

Kelompok Kontrol : O1 → X2 → O2