**Pengaruh Pengetahuan NAPZA dan HIV Remaja, dan Pengetahuan Orangtua tentang Pembangunan Keluarga terhadap Perilaku NAPZA pada Remaja**

Herien Puspitawati1\*), Sri Lilestina Nasution2, Risda Rizkillah3, Mardiana Dwi Puspitasari4

1,3Departemen Ilmu Keluarga dan Konsumen, Fakultas Ekologi Manusia, Institut Pertanian Bogor, Bogor 16680, Indonesia

2,4Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, Jakarta 13650, Indonesia

*\*)E-mail: herien\_puspitawati@email.com*

# Abstrak

Tantangan remaja saat ini semakin besar dikarenakan arus globalisasi. Penelitian ini bertujuan menganalisis pengaruh dari karakteristik remaja dan keluarga, pengetahuan remaja tentang NAPZA, pengetahuan remaja tentang HIV, dan Pengetahuan orangtua tentang pembangunan keluarga terhadap Perilaku NAPZA. Metode penelitian inimenggunakan data sekunder Survei Indikator Kinerja Program KKBPK RPJMN 2017 yang dirancang untuk menghasilkan estimasi parameter pada level provinsi dan nasional. Unit analisis adalah remaja usia 15-24 tahun belum menikah di seluruh Indonesia.Analisis dalam studi ini dilakukan secara deskriptif dan inferensial menggunakan regresi logistik. Secara garis besar ditemukan bahwa remaja yang rentan terhadap perilaku NAPZA adalah remaja yang tinggal di perkotaan, berusia 20-24 tahun, jeniskelamin laki-laki,berpendidikan dasar, indeks pengetahuan NAPZAmenengah dan indeks pengetahuan HIVmenengah. Remaja yang rentan terhadap perilaku NAPZA adalah remaja yang berasal dari keluarga denganumur kepala keluarga kurang dari 40 tahun,tipe keluarga tidak utuh/tunggal, jenis kelamin kepala keluarga perempuan, tingkat pendidikankepala keluarga menengah-tinggi, keluarga dengan kuintil kekayaanterbawah,dan indeks pengetahuan orangtua padapembangunan keluarga yang tinggi.

# Keywords:Pembangunan Keluarga, Pengetahuan HIV, Pengetahuan NAPZA, Perilaku NAPZA, Remaja

# The Influence of Adolescent’s Knowledge of Drug and HIV and Parent’s Knowledge of Family Development toward Adolescent’s Drug Behavior

# Abstract

The challenges for young people (adolescent and youth) are greater today than ever before because of globalization. The present research proposes the role of demographic factors of young people and of their family, young people’s knowledge on drug abuse and HIV, and family’s knowledge about family development program in drug abuse among young people.

Secondary analysis of the 2017 Survey of Population, Family Planning and Family Development (KKBPK) Program Indicatorswhich was designed to produceparameter estimatesat the Provincial and National levels was used. The unit of analysis was young people aged 15-24 years who have never been married in Indonesia. Logistic regression was applied to analyze the descriptive and inferential statistics. Results indicate that the risk factors of young people which make them more likely to use drug are living in urban area, between the ages of 20-24 years, male, having low education level, having moderate drug abuse and HIV knowledge indexes. The family contexts examining the risk factors are family whose head was under 40 years of age, single-parent family, family whose head was female, family with moderate to high educational level, low level of family’s wealth and high family development program index.

Keywords: Family Development program, HIV knowledge, Drug abuse knowledge, dug abuse, young people.

# PENDAHULUAN

Keluargamerupakan sekumpulan orang yang memiliki ikatan perkawinan, kelahiran, dan adopsi, dalam perkembangannya dibagi ke dalam delapan tahapan, salah satunya adalah keluarga dengan anak remaja(Duvall dan Miller 1985). Anak remaja merupakan calon pemimpin di masa depan yang harus dipersiapkan dengan maksimal. Oleh karena itu tahapan keluarga dengan anak remaja merupakan salah satu tahapan kritis. Keluarga tahapan ini harus melakukan perlindungan dan pengasuhan anak yang sesuai dengan tahapan anak remaja karena remaja berada dalam masa transisi baik secara fisik maupun sosial-psikologi. Usia anak remaja adalah 10-24 tahun melihat faktor kematangan biologis dan faktor perannya dalam lingkungan sosial (Sawyer *et al*., 2018). Faktor kematangan biologis dalam hal ini ditandai dengan semakin cepatnya masa pubertas, sementara pada saat yang bersamaan terjadi penundaan peran sosial yang diakibatkan masa sekolah yang semakin lama serta usia pernikahan yang semakin tinggi. Namun pemerintah Indonesia dalam hal ini BKKBN mengkategorikan pemuda berusia 15-24 tahun dengan mengacu pada karakteristik dari WHO tahun 2004. Remaja merupakan calon pemimpin bangsa oleh karena itu kualitas Sumber Daya Manusia kelompok remaja harus berkualitas, yang dapat ditunjukkan dari fisik dan psikososial yang baik, namun Lyold (2015) dalam bukunya menyebutkan bahwa masa remaja merupakan masa yang penuh tantangan dikarenakan masa transisi dari anak menuju dewasa serta arus globalisasi. Arus globalisasi merupakan dua sisi mata pisau yang berlawanan, dimana di satu sisi berdampak pada pembangunan dan peningkatan kualitas hidup; sementara di sisi lainnya dapat menurunkan kualitas hidup remaja, misalnya premarital seksual yang diakibatkan meningkatnya masa sekolah dan usia pernikahan, penggunaan rokok dan obat-obatan terlarang serta hubungan seksual yang tidak amandi kalangan anak muda di kebanyakan negara miskin dan berkembang.

Berdasarkan data Kemenkes (2017) prevalensi penyalahgunaan narkoba di kalangan pelajar dan mahasiswa di Indonesia mengalami penurunan dari 2,9 persen di tahun 2011 menjadi 1,9 persen di tahun 2016 . Akan tetapi,survei penyalahgunaan dan peredaran gelap narkoba pada kelompok pelajar dan mahasiswa hanya dilakukan di 18 provinsi di tahun 2016 serta angka 1,9 persen masih harus ditindaklanjuti.Penggunaan narkoba, khususnya penggunaan jarum suntik bersama, erat kaitannya dengan penyebaran kasus HIV/ AIDS. Pada tahun 2016, 1,9 dan 2,6 persen penyebaran kasus HIV positif dan AIDS disebabkan oleh pengguna narkoba suntikan.

Lickona (1991) dalam bukunya *Educating for Character* juga menyatakan bahwa ada sepuluh tanda-tanda kehancuran suatu bangsa yang meliputi meningkatnya kekerasan di kalangan remaja, penggunaan bahasa dan kata-kata kotor, pengaruh kelompok teman yang kuat dalam tindakan kejahatan, meningkatnya perilaku merusak diri seperti narkoba, seks bebas dan alkohol, semakin kaburnya pedoman moral antara hal-hal yang baik dan buruk, penurunan etos kerja, semakin rendahnya rasa hormat kepada orangtua dan guru, rendahnya rasa tanggung jawab sebagai individu dan sebagai warga negara, semakin membudayanya nilai ketidakjujuran, dan semakin meningkatnya rasa kebencian dan saling curiga.Konsisten dengan perspektif ekologi Bronfenbrenner, (Ennett et al., 2008) menemukan bahwa pengaruh keluargasangat terkait erat,dibandingkan dengan pengaruh dari teman sebaya, sekolah dan lingkungan, dalam penyalahgunaan alkohol dan obat-obatan terlarang oleh remaja.

Berdasarkan pemaparan tersebut maka penelitian ini penting dilakukan berkaitan dengan remaja, keluarga, pengetahuan remaja dan perilaku NAPZA remaja. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis pengaruh dari karakteristik remaja, karakteristik keluarga, pengetahuan remaja tentang NAPZA, pengetahuan remaja tentang HIV, dan Pengetahuan orangtua tentang pembangunan keluarga terhadap Perilaku NAPZA.

**METODE**

Penelitian dilakukan dengan menggunakan data sekunder Survei Indikator Kinerja Program KKBPK RPJMN 2017 yang dirancang untuk menghasilkan estimasi parameter pada level provinsi dan nasional. Unit analisis adalah remaja usia 15-24 tahun belum menikah di seluruh Indonesia.Variabel-variabel yang digunakan dalam analisis dikelompokkan menjadi variabel tidak bebas dan variabel bebas. Variabel tidak bebas yaitu penggunaan Napza sedangkan variabel bebas meliputi wilayah tempat tinggal, usia remaja, jenis kelamin remaja, tingkat pendidikan remaja, kelompok umur kepala keluarga, jenis kelamin kepala keluarga, tingkat pendidikan kepala keluarga, kuintil kekayaan, tipe keluarga, indeks Pengetahuan NAPZA, Indeks Pengetahuan HIV, Indeks Pengetahuan Pembangunan Keluarga.Analisis dalam studi ini dilakukan secara deskriptif dan inferensial. Analisis secara deskriptif dilakukan untuk mengidentifikasi remaja menurut karakteristik latar belakang.Analisis dilakukan dengan menggunakan tabulasi silang. Analisis secara inferensial dilakukan dengan uji statistik *chi-square* untuk mengetahui hubungan antara masing-masing variabel independen dengan variabel dependen yang dianalisis secara bivariat. Analisis inferensial lainnya menggunakan model regresi logistik yang digunakan untuk melihat hubungan beberapa variabel independen terhadap variabel dependen.

**HASIL**

**Karakteristik Remaja**

**Usia remaja**. Berdasarkan hasil penelitian, total remaja laki-laki sebanyak 13.238 jiwa (55.4%) dan remaja perempuan sebanyak 10.640 jiwa(44.6%).Baik remaja laki-laki maupun perempuan berada pada kategori rentangusia 15-19 tahun (64,8%) dan (70,4%) dan kategori usia 20-24(35,2%) dan (29,6%). Rata-rata usia remaja laki-laki 18.56 tahun dan peremuan 18.20 tahun.

**Pendidikan remaja**.Berdasarkan tingkat pendidikan, lebih dari separuh remaja laki-laki dan perempuan memiliki tingkat pendidikan menengah-tinggi (SMA/SMK/MA ke atas) masing-masing 65 persen dan 76 persen.Baik remaja yang tinggal di perkotaan maupun di perdesaan memiliki tingkat pendidikan menengah-tinggi masing-masing 78 persen dan 64 persen.

**Karakeristik Keluarga**

**Usia kepala keluarga.**Berdasarkan hasil penelitian, 21.195(89 persen) kepala keluarga berjenis kelamin laki-laki dan 2683 (sebelas persen) berjenis kelamin perempuan. Hampir separuhkepala keluarga berjenis kelamin laki-lakiberada pada rentang usia 40-49 tahun(47 persen), sedangkan kepala keluarga berjenis kelaminperempuanberada pada rentang usia 50-59 tahun (41 persen).Rata-rata usia kepala keluarga berjenis kelamin laki-laki 49,63 tahun dan berjenis kelamin perempuan 49,97 tahun.

**Pendidikan kepala keluarga.**Kepala keluarga baik yang berjenis kelamin laki-laki maupun perempuan lebih banyak yang memiliki tingkat pendidikan dasar, masing-masing 66 persen dan 72 persen. Sedangkan, kepala keluarga berjenis kelamin laki-laki dengan tingkat pendidikan menengah-tinggi (SMA keatas) tercatat 34.5 persen dan 28 persen pada kepala keluarga berjenis kelamin perempuan. Angka tersebut menunjukkan bahwa kepala keluarga berjenis kelamin laki-laki relatif memiliki tingkat pendidikan yang lebih baik dibandingkan kepala keluarga wanita. Selanjutnya, kepala keluarga yang bertempat tinggal di perkotaanmemiliki tingkat pendidikan menengah-tinggi (SMA ke atas) sebesar 50.2 persen, dibandingkan dengan kepala keluarga yang bertempat tinggal di wilayah perdesaan yaitu sebesar 21.8 persen.

**Tipe Keluarga.** Berdasarkan hasil penelitian, hampir seluruh kepala keluarga berjenis kelamin laki-laki memiliki keluarga utuh (97%), sedangkan kepala keluarga dengan jenis kelamin perempuan memiliki keluarga tidak utuh sebesar 81.7 persen.Lebih lanjut, kepala keluarga yang tinggal di perkotaan maupun diperdesaan memiliki tipe keluarga yang utuh (masing-masing 87.7 persen dan 88.5 persen).

**Kuintil kekayaan keluarga.**Lebih dariseparuh kepala keluarga yang berjenis kelamin laki-laki maupun perempuan berada pada kelompok kuintil kekayaan menengah ke atas (masing-masing 64 persen dan 57 persen). Sementara, sepertiga keluarga dengan kepala keluarga berjenis kelamin laki-laki (35,7%) dan dua dari lima (43,4%) keluarga dengan kepala keluarga berjenis kelamin perempuan masuk dalam kuintil kekayaan menengah bawah hingga terbawah.Tabel 6 juga menyajikanempat dari lima kepala keluarga (83.1%) yang tinggal di perkotaan masuk dalam kuintil kekayaan keluarga menengah hinggateratas. Sedangkan pada kepala keluarga yang tinggal di perdesaan separuhnya (51%) masuk dalam kuintil kekayaan keluarga menengah kebawah.

Tabel 1 Distribusi persentase kepala keluarga menurut kuintil kekayaan,jenis kelamin dan wilayahtempat tinggal

| Kuintil kekayaan | Jenis kelamin KK | Daerah tempat tinggal |
| --- | --- | --- |
| Laki-laki | Perempuan | Perkotaan | Perdesaan |
| n | % | n | % | n | % | n | % |
| Terbawah | 3.652 | 17,2 | 580 | 21,6 | 520 | 5,2 | 3.712 | 26,9 |
| Menengah bawah | 3.921 | 18,5 | 585 | 21,8 | 1.188 | 11,8 | 3.318 | 24,1 |
| Menengah | 4.454 | 21,0 | 594 | 22,1 | 1.935 | 19,2 | 3.112 | 22,6 |
| Menengah atas | 4.598 | 21,7 | 465 | 17,3 | 2.603 | 25,8 | 2.461 | 17,8 |
| Teratas | 4.571 | 21,6 | 459 | 17,1 | 3.837 | 38,1 | 1.192 | 8,6 |
| Total | 21.195 | 100,0 | 2.683 | 100,0 | 10.084 | 100,0 | 13.794 | 100,0 |

**Pengetahuan Remaja tentang NAPZA**

Berdasarkan sebaran pengetahuan remaja tentang NAPZA (Tabel 2), sepertiga remaja perempuan (33.3%) dan hampir sepertiga remaja laki-laki (30.6%) memiliki pengetahuan tentang NAPZA pada kategori tinggi. Berdasarkan hasil uji beda, pengetahuan tentang NAPZA antara remaja laki-laki dan perempuan berbeda sangat signifikan. Remaja perempuan memiliki pengetahuan lebih tinggi (27.17) dibandingkan remaja laki-laki (26.03). Hasil uji beda total pengetahuan tentang NAPZA berdasarkan wilayahtempat tinggalremaja menunjukkan terdapat perbedaan yang signifikan antara wilayah kota (27,44) dan desa (25,88). Pengetahuan Remaja tentang NAPZA di wilayah kota lebih tinggi dibandingkan remaja di wilayah desa.Hampir sepertiga remaja di kota (32.7%) dan desa (31.1%) memiliki pengetahuan NAPZA pada kategori tinggi, namun 37.6 persen remja di wilayah kota dan 41.9 persen di wilayah desa masih masuk pada kategori pengetahuan NAPZA yang masih rendah.

**Pengetahuan Remaja tentang HIV**

Berdasarkan sebaran pengetahuan tentang HIV (Tabel 2), hampir separuh remaja laki-laki (41.2%) dan perempuan (38.7%) memiliki pengetahuan tentang HIV pada kategori rendah. Hasil uji beda menunjukkan pengetahuan HIV antara remaja laki-lakidan perempuanberbeda secara signifikan, Remaja perempuan (76,78) memiliki rata-rata pengetahuan lebih tinggi dibandingkan remaja laki-laki (73,19). Berdasarkan hasil uji beda pengetahuan tentang HIV secara total berdasarkan wilayah, terdapat perbedaan yang sangat signifikan dimana remaja di wilayah kota (80,83) memiliki pengetahuan yang lebih baik dibandingkan remaja di wilayah desa (70,38). Berdasarkan kategorisasi pengetahuan tentang HIV, baik remaja yang tinggal di perkotaan maupun diperdesaan lebih banyak masuk pada kategori rendah, masing-masing 37.6 persen dan 41.9 persen.

**Pengetahuan Orangtua tentang Pembangunan Keluarga**

Berdasarkan Tabel 2 sebaran pengetahuan orangtua tentang pembangunan keluarga, hampir separuh orangtua remaja laki-laki (43,7%) dan perempuan (44,2%) memiliki pengetahuan tentang pembangunan keluarga pada kategori sedang. Terdapat perbedaan yang signifikan, orangtua remaja perempuan (33.64) memliki pengetahuan yang lebih baik dibandingkan orangtua remaja laki-laki (32.62). Orangtua remaja di wilayah kota (36,80) memiliki pengetahuan lebih baik dibandingkan orangtua remaja di wilayah desa (30,35). Hampir separuh (47,3%) orangtua remaja di wilayah kota dan orangtua remaja di wilayah desa (41,4%) memiliki pengetahuan tentang pembangunan keluarga pada kategori sedang. Dua dari lima (39%) orangtua remaja di wilayah kota dan hampir sepertiga (31,4) orangtua remaja di wilayah desa memiliki pengetahuan tentang pembangunan keluarga pada kategori tinggi.

Tabel 2 Sebaran dan uji beda pengetahuan NAPZA, Pengetahuan HIV, dan Pengetahuan Orangtua tentang Pembangunan Keluarga

| Kategorisasi | Rendah | Sedang | Tinggi | Rata-Rata | t | *P-Value* |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| n | % | n | % | n | % |
| **Pengetahuan NAPZA** |
| Laki-laki | 5455 | 41.2 | 3733 | 28.2 | 4051 | 30.6 | 26.03 | -4.977 | 0.000\*\* |
| Perempuan | 4117 | 38.7 | 2984 | 28.0 | 3539 | 33.3 | 27.17 |
| Kota | 3790 | 37.6 | 3000 | 29.7 | 3294 | 32.7 | 27.44 | 6.807 | 0.000\*\* |
| Desa | 5782 | 41.9 | 3717 | 26.9 | 4296 | 31.1 | 25.88 |
| **Pengetahuan HIV** |
| Laki-laki | 5455 | 41,2 | 3733 | 28,2 | 4051 | 30,6 | 73.19 | -8.615 | 0.000\*\* |
| Perempuan | 4117 | 38,7 | 2984 | 28,0 | 3539 | 33,3 | 76.78 |
| Kota | 3790 | 37,6 | 3000 | 29,7 | 3294 | 32,7 | 80.83 | 25.185 | 0.000\*\* |
| Desa | 5782 | 41,9 | 3717 | 26,9 | 4296 | 31,1 | 70.38 |
| **Pengetahuan Orangtua tentang Pembangunan Keluarga** |
| Laki-laki | 2958 | 22,3 | 5781 | 43,7 | 4500 | 34,0 | 32,62 | -2,983 | 0,003\*\* |
| Perempuan | 2174 | 20,4 | 4705 | 44,2 | 3762 | 35,4 | 33,64 |
| Kota | 1377 | 13,7 | 4774 | 47,3 | 3932 | 39,0 | 36,80 | 18,825 | 0,000\*\* |
| Desa | 3755 | 27,2 | 5711 | 41,4 | 4329 | 31,4 | 30,35 |

**Perilaku NAPZA**

Berdasarkan hasil penelitian, hampir seluruh (91.5%) remaja tidak pernah mencoba mengkonsumsi NAPZA.Hanya 8.5 persen remaja yang mengaku pernah mencoba NAPZA. Hasil uji beda menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang sangat signifikan (α=0.000) antara remaja laki-laki dengan remaja perempuan, remaja laki-laki (0.12) lebih banyak yang pernah mencoba mengkonsumsi NAPZA dibandingkan remaja perempuan (0.05). Sedangkan berdasarkan wilayah, remaja di wilayah desa (0.09) lebih banyak yang pernah mengkonsumsi NAPZA dibandingkan remaja di wilayah kota (0.08), namun tidak berbeda signifikan.

Tabel 3. Uji Beda Perilaku NAPZA berdasarkan Jenis Kelamin dan Wilayah

| Pertanyaan | Rata-rata | *P-Value* | *Rata-rata* | *P-Value* |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Laki-laki | Perempuan | Kota | Desa |
| Pernah mencoba mengkonsumsi NAPZA? | 0.12 | 0.05 | 0.000\*\* | 0.08 | 0.09 | 0.099 |

**Tipologi Pengetahuan NAPZA dan HIV dengan Perilaku NAPZA**

Berdasarkan Gambar 1, sebanyak 54.8 persen remaja laki-laki dan 62.4 persen remaja perempuan masuk pada tipe 3 yaitu memiliki pengetahuan NAPZA tinggi dan perilaku NAPZA yang rendah. Namun masih terdapat 7.6 persen remaja laki-laki dan 3.5 persen remaja perempuan yang masuk pada kategori tipe 2 yaitu pengetahuan NAPZA tinggi namun perilaku NAPZA nya tinggi.

 **PN2**

 **Tipe 1 Tipe 2**

 Remaja Laki-laki 4.5% Remaja Laki-laki7.6%

 Remaja Perempuan 1.8% Remaja Perempuan 3.5%

 **PNH 1** **PNH 2**

 **Tipe 4 Tipe 3**

 Remaja Laki-laki 33.1% Remaja Laki-laki 54.8%

 Remaja Perempuan 32.3% Remaja Perempuan 62.4%

 **PN 1**

Keterangan:

PNH2= Pengetahuan NAPZAsedang-tinggi

PNH1= Pengetahuan NAPZA rendah

PN2= Perilaku NAPZA sedang- tinggi

PN1= Perilaku NAPZA rendah

Gambar 1 Tipologi Pengetahuan NAPZA dan HIV dengan Perilaku NAPZABerdasarkan Jenis Kelamin

Berdasarkan Gambar 2, tipe tiga yaitu pengetahuan orangtua tentang pembangunan keluarga yang tinggi dengan perilaku NAPZA yang rendah memiliki persentase terbanyak yaitu 69,6% pada keluarga remaja laki-laki dan 76,6 persen pada keluarga remaja perempuan. Terdapat 9.9 persen keluarga remaja laki-laki dan 4.7 persen keluarga remaja peremuan yang memiliki pengetahuan orangtua tentang pembangunan keluarga yang tinggi dan perilaku NAPZA yang tinggi.

**PN2**

 **Tipe 1 Tipe 2**

 Remaja Laki-laki 2.2 % Remaja Laki-laki 9.9%

 Remaja Perempuan 0.6% Remaja Perempuan 4.7%

 **POR 1 POR 2**

 **Tipe 4** **Tipe 3**

 Remaja Laki-laki 18.3% Remaja Laki-laki 69.6%

 Remaja Perempuan 18.1% Remaja Perempuan 76.6%

 **PN 1**

Keterangan

POR2= Pengetahuan Orangtua tentang Pembangunan Keluarga sedang-tinggi

POR1= Pengetahuan Orangtua tentang Pembangunan Keluargarendah

PN2= Perilaku NAPZA sedang-tinggi

PN1= Perilaku NAPZA rendah

Gambar 2 Tipologi Pengetahuan Orangtuatentang Pembangunan Keluarga dengan Perilaku NAPZA Berdasarkan Jenis Kelamin

**Tipologi Pengetahuan Orangtua tentang Pembangunan Keluarga dengan Perilaku NAPZA**

Berdasarkan Gambar 3, sebanyak 61.0 persen remaja di wilayah kota dan 55.8 persen remaja di wilayah desa masuk pada tipe 3 yaitu memiliki pengetahuan NAPZA tinggi dan perilaku NAPZA yang tinggi. Namun masih terdapat masing-masing 5.8 persen di wilayah kota dan di wilayah desa yang masuk pada kategori tipe 2 yaitu pengetahuan NAPZA tinggi namun perilaku NAPZA nya tinggi.

 **PN2**

 **Tipe 1 Tipe 2**

 Kota 2.9 % Kota 5.8 %

 Desa 3.6% Desa 5.8%

**PNH 1 PNH 2**

 **Tipe 4 Tipe 3**

 Kota 30.3% Kota 61.0%

 Desa 34.8% Desa 55.8%

 **PN 1**

Keterangan

PNH2= Pengetahuan NAPZA sedang-tinggi

PNH1= Pengetahuan NAPZA rendah

PN2= Perilaku NAPZA sedang-tinggi

PN1= Perilaku NAPZA rendah

Gambar 3 Tipologi Pengetahuan Pengetahuan Orangtuatentang Pembangunan Keluarga dengan Perilaku NAPZA Berdasarkan Wilayah

Gambar 4 menunjukkan bahwa tipe tiga yaitu pengetahuan orangtua tentang pembangunan keluarga yang tinggi dengan perilaku NAPZA yang tinggi memiliki persentase terbanyak yaitu 79.6 persen pada keluarga remaja di wilayah kota dan 66.8 persen pada keluarga remaja di wilayah desa. Namun masih terdapat7.8persen keluarga remaja di wilayah kota dan7.4persen keluarga remaja di wilayah desa yang memiliki pengetahuan orangtua tentang pembangunan keluarga yang tinggi dan perilaku NAPZA yang tinggi.

 **PN2**

 **Tipe 1 Tipe 2**

 Kota 0.9% Kota 7.8 %

 Desa 2.0% Desa 7.4%

 **POR 1 POR 2**

 **Tipe 4** **Tipe 3**

 Kota 11.7% Kota 79.6%

 Desa 23.8% Desa 66.8%

 **PN 1**

Keterangan

POR2= Pengetahuan Orangtua tentang Remaja sedang-tinggi

POR1= Pengetahuan Orangtua tentang Remaja rendah

PN2= Perilaku NAPZA sedang-tinggi; PN1= Perilaku NAPZA rendah

Gambar 4 Tipologi Pengetahuan Pengetahuan Orangtuatentang Pembangunan Keluarga dengan Perilaku NAPZA Berdasarkan Wilayah

**Uji Kesesuaian Model Regresi Logistik**

Nilai *-2 log likelihood*digunakan untuk uji keseluruhan model *(overall model fit test)* dalam menilai model yang telah dihipotesiskan.Terjadi penurunan -2 *log likelihood* setelah dimasukkan variabel independen dari 22.124,156 menjadi 17.547,436 sehingga model regresi logistik yang digunakan merupakan yang model fit. Uji estimasi parameter secara serentak pada analisis regresi logistik biner menghasilkan nilai *Chi-square*sebesar 19.570,115 dengan nilai signifikansi 0,00 dibawah nilai *p-value* (0,05). Artinya, minimal ada satu variabel independen yang signifikan mempengaruhi variabel dependen. Selanjutnya, Pengujian koefisien determinasi pada regresi logistik menggunakan pendekatan dengan nilai *Nagelkerke RSquare* sebesar 0,638, yang artinya variabilitas variabel dependen yang dapat dijelaskan oleh variabilitas variabel independen sebesar 63,8%. Dari hasil *classification table* menunjukkan secara keseluruhan ketepatan model sebesar 86,5%.

**Faktor-Faktor yang Memengaruhi Perilaku NAPZA**

Hasil penelitian selanjutnya menunjukkan hasil analisis regresi biner logistik yang menjelaskan lebih jauh tentang seberapa besar pengaruh dari jenis kelamin kepala keluarga, umur kepala keluarga, umur remaja, pendidikan remaja, pendidikan kepala keluarga, tipe keluarga, indeks pengetahuan NAPZA, indeks pengetahuan HIV, jenis kelamin remaja, indeks pengetahuan pembangunan keluarga, kuintil kekayaan dan wilayah tempat tinggal terhadap penggunaan NAPZA pada remaja usia 15-24 tahun. Semuavariabel independen yaitu wilayah tempat tinggal, usia remaja, jenis kelamin remaja. tingkat pendidikan remaja, kelompok umur kepala keluarga, jenis kelamin kepala keluarga, tingkat pendidikan kepala keluarga, kuintil kekayaan, tipe keluarga, indeks Pengetahuan NAPZA, Indeks Pengetahuan HIV, Indeks Pengetahuan Pembangunan Keluarga secara signifikan berpengaruh terhadap penggunaan NAPZA. Wilayah tempat tinggal berpengaruh positif terhadap probabilitas menggunakan NAPZA. Probabilitas remaja yang bertempat tinggal di perkotaan 1,18 lebih tinggi menggunakan NAPZA dibandingkan remaja yang ada diperdesaan.Usia remaja juga berpengaruh positif terhadap probabilitas menggunakan NAPZA. Remaja yang masuk kategori usia 20-24 memiliki kecenderungan menggunakan NAPZA 2,68 kali dibandingkan remaja yang berusia 15-19 tahun. Remaja lai-laki 1,32 kali lebih cenderung untuk menggunakan NAPZA dibandingkan dengan remaja perempuan dan tingkat pendidikan dasar juga cenderung menggunakan NAPZA sebesar 2,8 kali dibandingkan dengan tingkat pendidikan tinggi.

Remaja yang memiliki kepala keluarga masuk dalam kategori usia < 40 tahun lebih cenderung menggunakan NAPZA daripada remaja yang memiliki kepala keluarga usia >60 tahun. Sementara remaja yang memiliki kepala keluarga usia 40-49 tahun serta 50-59 tahun memiliki probabilitas masing-masing 0,3 kali kurang cenderung menggunakan NAPZA. Jenis kelamin Kepala Keluarga berpengaruh positif terhadap penggunaan NAPZA. Remaja yang memiliki Kepala Keluarga berjenis kelamin perempuan 3,5 kali lebih tinggi menggunakan NAPZA dibandingkan dengan remaja yang memiliki Kepala Keluarga berjenis kelamin Pria. Sementara, remaja yang memiliki kepala keluarga berpendidikan rendah 0,38 kali kurang cenderung untuk menggunakan NAPZA dibandingkan yang berpendidikan tinggi.

Kuintil kekayaan dan tipe keluarga berpengaruh positif terhadap penggunaan NAPZA. Remaja yang berasal dari keluarga dengan kuintil kekayaan terbawah memiiki peluang 1,43 kali cenderung untuk menggunakan NAPZA. Begitu juga remaja yang berasal dari keluarga dengan kuintil kekayaan menengah bawah lebih cenderung menggunakan NAPZA sebesar 1,26 kali dibandingkan dengan remaja yang berasal dari kuintil teratas.Lebih lanjut, remaja yang berasal dari keluarga lainnya/tidak utuh memiliki probabilitas 2,52 kali menggunakan NAPZA dari remaja dengan keluarga utuh. Hasil ini menunjukkan, rentannya remaja menngunakan NAPZA jika berasal dari keluarga yang tidak utuh.

Tabel 4 Pengaruh karakteristik remaja, orangtua, wilayah tempat tinggal, pengetahuan tentang NAPZA, pengetahuan tentang HIV, dan pengetahuan orangtua tentang pembangunankeluarga terhadap perilaku NAPZA

| **Variabel** | **Koefisien β** | **Sig.** | **Exp (β)** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Daerah Tempat Tinggal** |   |   |   |
| Perkotaan | 0,17 | 0,00\* | 1,18 |
| Perdesaan\*\* |  - |   | 1,00  |
| **Usia Remaja** |   |  |   |
| 15-19\*\* | - |  | 1,00 |
| 20-24 | 0,99 | 0.00\* | 2,68 |
| **Jenis Kelamin Remaja** |   |  |   |
| Perempuan\*\* | - |  | 1,00 |
| Laki-laki | 0,28 | 0.00\* | 1,32 |
| **Tingkat pendidikan Remaja** |   |   |   |
| Pendidikan Dasar | 1,03 | 0.00\* | 2,80 |
| Pendidikan Menengah-tinggi\*\* | - |  | 1,00 |
| **Kelompok Umur Kepala Keluarga**  |  |  |  |
| <40 tahun | 0,65 | 0,00\* | 1,92 |
| 40-49 tahun | -1,15 | 0,00\* | 0,32 |
| 50-59 tahun | -1,17 | 0,00\* | 0,31 |
| >60 tahun\*\* | - |  | 1,00 |
| **Jenis Kelamin Kepala Keluarga** |   |   |   |
| Laki-laki\*\* | - |  | 1,00 |
| Perempuan | 1,26 | 0,00\* | 3,52 |
| **Tingkat pendidikan Kepala Keluarga** |   |   |   |
| Pendidikan Dasar | -0,96 | 0,00\* | 0,38 |
| Pendidikan Menengah-Tinggi\*\* | - |  | 1,00 |
| **Kuintil Kekayaan** |  |  |  |
| Terbawah | 0,36 | 0,00\* | 1,43 |
| Menengah bawah | 0,23 | 0,00\* | 1,26 |
| Menengah | 0,11 |  0,07 | 1,12 |
| Menegah Atas | 0,07 |  0,24 | 1,08 |
| Teratas\*\* | - |  | 1,00 |
| **Tipe Keluarga** |  |  |  |
| Keluarga Utuh\*\* | - |  | 1,00 |
| Lainnya/Tidak Utuh | 0,92 | 0,00\* | 2,52 |
| **Indeks Pengetahuan NAPZA** |  |  |  |
| Rendah | -0,49 | 0,00\* | 0,60 |
| Menengah | 0,13 | 0,00\* | 1,14 |
| Tinggi\*\* | - |  | 1,00 |
| **Indeks Pengetahuan HIV** |  |  |  |
| Rendah | 0,23 | 0,00\* | 1,27 |
| Menengah | 0,31 | 0,00\* | 1,37 |
| Tinggi\*\* | - |  | 1,00 |
| **Indeks Pengetahuan Pembangunan Keluarga** |  |  |  |
| Rendah | 0,02 |  0,61 | 1,03 |
| Menengah | -0,21 | 0,00\* | 0,80 |
| Tinggi\*\* | - |  | 1,00 |
| Keterangan: \* = signifikan pada α=0,01\*\* = kategori referensi |

Remaja yang memiliki indeks pengetahuan NAPZA yang rendah memiliki probabilitas 0.6 kali kurang cenderung menggunakan NAPZA, namun remaja yang memiliki indeks pengetahuan NAPZA yang sedang 1,14 kali lebih cenderung untuk menggunakan NAPZA. Sementara remaja dengan pengetahuan HIV yang rendah dan sedang lebih cenderung untuk menggunakan NAPZA dengan probabilitas 1,27 kali dan 1,37 kali dari remaja yang memiliki indeks pengetahuan HIV tang tinggi. Selanjutnya, remaja dengan orangtua yang memiliki pengetahuan Pembangunan Keluarga sedang lebih kurang cenderung menggunakan NAPZA 0,8 kali sebesar 1,03 kali dari remaja dengan orangtua dengan indeks pengetahuan Pembangunan Keluarga yang tinggi.

**PEMBAHASAN**

Pandangan teori ekologi keluarga dapat dikaitkan dengan proses sosialisasi anak-anak dalam membentuk kualitas sumberdaya manusia.Model Bronfenbrennermenyajikan model pandangan dari segi ekologi dalam mengerti proses sosialisasi anak-anak.Model tersebut menempatkan posisi anak pada pusat di dalam model yang secara langsung dapat berinteraksi dengan lingkungan mikrosistem (keluarga, sekolah, teman sebaya, dan tetangga), lingkungan mesosistem, lingkungan *exosystem* dan lingkungan makrosistem (Klein and White 1996).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa remaja yang rentan terhadap perilaku NAPZA adalah remaja yang tinggal di perkotaan.Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Tutussaus & Balic, 2016) dengan hasil bahwa penggunaan NAPZA oleh remaja lebih banyak ditemukan di daerah perkotaan dibandingkan di daerah perdesaan. Bertentangan dengan hasil survei RPJMN 2017, preposisi yang diajukan oleh (Keyes *et. al.*, 2014) mengatakan bahwa remaja pengguna NAPZA lebih banyak ditemukan di perdesaan. Akan tetapi, tingginya penggunaan NAPZA lebih dikarenakan kemudahan dalam penyebaran dan distribusi obat-obat terlarang di suatu wilayah, tanpa memperhatikan apakah itu di perkotaan ataupun di perdesaan.

Remaja yang rentan terhadap perilaku NAPZA berasal dari keluarga denganumur kepala keluarga kurang dari 40 tahun.Remaja yang menjadi responden pada survei RPJMN 2017 adalah mereka yang belum menikah dan berusia 15-24 tahun. Artinya, jika remaja yang menjadi responden adalah anak pertama, maka kepala keluarga dari remaja tersebut menikah pertama kali pada rentang usia antara 15-24 tahun. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa remaja yang cenderung menggunakan NAPZA berasal dari keluarga yang menikah muda.Pernikahan yang terjadi pada usia yang masih sangat muda akan rentan pada permasalahan sosial dan mental, termasuk disini adalah kekerasan dalam rumah tangga dan penggunaan NAPZA (Hovdestad *et. al.* 2015). Bahkan anak-anak dari pasangan usia muda juga rentan untuk tidak mendapatkan kasih sayang dari orang tua mereka, beresiko pada penggunaan minuman keras/ alkohol bahkan melakukan hubungan seksual di usia yang masih sangat muda (Cavazos *et.al.* 2010).

Remaja berusia 20-24 tahun, berjeniskelamin laki-laki,dan berpendidikan dasar juga rentan terhadapperilaku NAPZA.Hasil ini menguatkan penelitian yang menyatakan bahwa secara keseluruhan laki-laki lebih bermasalah dalam penyalahgunaan obat dibandingkan perempuan (Afandi et.al. 2009; Turner *et.al.* 2013; Nur’atavia 2017). Namun terkait rentang usia remaja yang menggunakan NAPZA. Penelitian sebelumnya menemukan hal yang saling bertentangan. Pada (Tutussaus & Balic, 2016) ditemukan bahwa semakin tinggi usia remaja, kecenderungan mereka menggunakan NAPZA akan semakin kecil dan Nur’atavia (2017) juga menyatakan pelajar yang menyalahgunakan NAPZA sebagian besar berada pada usia remaja awal. Akan tetapi hasil survei RPJMN 2017 sejalan dengan penelitian pada (Kabir *et.al.* 2013) yang menemukan bahwa remaja pada rentang usia 20-24 tahun lebih cenderung menggunakan NAPZA dibandingkan mereka yang berada pada rentang usia 15-19 tahun dan remaja yang berpendidikan rendah cenderung menggunakan NAPZA dibandingkan mereka yang berpendidikan tinggi. Secara umum, pendidikan terkait erat dengan pengetahuan yang dimiliki seseorang. Hasil analisa deskriptif tipologi pengetahuan NAPZA dan HIV dengan Perilaku NAPZA menunjukkan bahwa ebih dari separuh remaja pada survei RPJMN 2017 memiliki pengetahuan yang tinggi akan resiko NAPZA dan kecil kemungkinan menggunakan NAPZA.

Remaja dengan tipe keluarga tidak utuh/ tunggal, dan memiliki kepala keluarga berjenis kelamin perempuan lebih rentan dengan perilaku NAPZA.Sejalan dengan beberapa penelitian sebelumnya yang menemukan bahwa remaja yang tinggal pada keluarga tidak utuh/ tunggal lebih beresiko menggunakan NAPZA (Amoateng & Bahr, 1986;Hoffmann & Johnson, 1998; Hoffman, 2002). Hasil survei RPJMN tahun 2017 juga menunjukkan hal yang sama. Lebih lanjut (Hoffmann & Johnson, 1998; Hoffman, 2002; Hemovich & Crano, 2009) menemukan bahwa remaja yang tinggal pada keluarga yang hanya memiliki ayah maupun ayah dan ibu tiri memiliki resiko yang paling tinggi akan menyalahgunakan NAPZA dibandingkan remaja yang tinggal hanya dengan ibunya. Hal ini berbeda pada temuan survei RPJMN 2017 dimana resiko penyalahgunaan NAPZA akan lebih tinggi ditemukan pada remaja yang tinggal hanya dengan ibunya. Hal ini kemungkinan dilihat dari fungsi kuintil kekayaan keluarga tersebut. Hasil survei RPJMN 2017 menunjukkan bahwa sebagian besar remaja pengguna NAPZA yang tinggal hanya dengan ibunya berada pada kuintil kekayaan rendah (52 persen).

Remaja yang tinggal pada keluarga dengan kuintil kekayaan terbawah cenderung beresiko menggunakan NAPZA. Hal ini sejalan dengan (Laoniramau *et.al.*, 2005)) dan (Keyes *et.al.* 2014) yang menemukan bahwa tekanan ekonomi dapat membuat kecenderungan remaja menggunakan NAPZA lebih tinggi. Akan tetapi, hal ini berlawanan dengan (Humensky, 2010) yang menemukan bahwa remaja yang datang dari keluarga dengan status ekonomi yang tinggi cenderung menggunakan NAPZA dikarenakan kemudahan untuk membeli barang tersebut.

Remaja yang tinggal pada keluarga dimana kepala keluarganya memiliki tingkat pendidikan menengah-tinggi cenderung menggunakan NAPZA.Sejalan dengan penelitian (Humensky, 2010) juga menemukan bahwa pemuda yang masuk dalam kategori dewasa awal (lebih dari 20 tahun) dan datang dari keluarga dengan orang tua berpendidikan tinggi cenderung menggunakan NAPZA. Akan tetapi hasil penelitian ini terlihat ketika digabungkan dengan status ekonomi keluarga yang tinggi. Sementara (Amoateng & Bahr, 1986) menemukan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan orang tua dengan penggunaan NAPZA pada remaja.

Remaja dengan indeks pengetahuan NAPZA menengah cenderung menggunakan NAPZA dibandingkan mereka dengan indeks pengetahuan tinggi. Akan tetapi, hasil ini menjadi tidak konsisten ketika ditemukan bahwa remaja dengan indeks pengetahuan yang rendah cenderung untuk tidak menggunakan NAPZA.Demikian pula dengan indeks pengetahuan HIV/AIDS dan kecenderungan remaja untuk menggunakan NAPZA. Remaja dengan indeks pengetahuan HIV/AIDS menengah cenderung lebih menggunakan NAPZA dibandingkan mereka yang memiliki indeks pengetahuan HIV/ AIDS rendah dan tinggi.Penelitian yang dilakukan (Malik *et.al.*, 2012) menemukan bahwa meski kesadaran akan resiko penggunaan NAPZA lebih tinggi pada remaja yang tidak menggunakan NAPZA, akan tetapi masih banyak ditemukan remaja yang terus menggunakan NAPZA meskipun telah mengetahui bahaya NAPZA. Hal ini juga diperkuat oleh hasil penelitian (Poole & Evans, 1987) bahwa rasa takut akan resiko penggunaan NAPZA hanya berlaku pada remaja yang tidak menggunakan NAPZA. Sedangkan kecil kemungkinan remaja yang telah menggunakan NAPZA menggunakan pengetahuannya akan bahaya NAPZA.

Secara umum, remaja lebih membutuhkan pengetahuan *life skill*. Laoniramau *et. al.*  (2005) dan Poole & Evans (1987) menemukan bahwa pengetahuan *life skill* - dibandingkan pengetahuan akan bahaya NAPZA - merupakan faktor yang paling mampu mencegah remaja menggunakan NAPZA.Pengetahuan *life-skill*berfungsi untuk meningkatkan keyakinan dan kemampuan untuk mengendalikan konteks hidupnya sendiri. Sebagaimana perspektif Erik Erikson mengenai tahapan perkembangan psikososial, masa remaja adalah masa terjadinya konflik pencarian identitas dan peran (*identity vs role confusion*) (Curtis, 2015) dimana remaja butuh untuk mendefinisikan dirinya sendiri dan menjadi independen. Fungsi keluarga disini dilihat dari pola komunikasi yang terbuka dan dua arah (keterlibatan peran orang tua dalam keseharian remaja), pemberian hadiah/ *reward* kepada remaja atas perbuatannya yang positif. Ketika keluarga tidak berfungsi dengan baik, maka remaja akan mengalami kebingungan peran (*role confusion*) dan mengalami permasalahan; sebaliknya jika fungsi keluarga berjalan dengan baik, maka kebingungan peran dan permasalahan remaja dapat dicegah(Schwartz & Pantin, 2005).

Terakhir, remaja dari keluarga yang memiliki indeks pengetahuan pembangunan keluarga tinggi cenderung menggunakan NAPZA dibandingkan remaja yang berasal dari keluarga dengan indeks pengetahuan menengah.Ennet *et.al.*(2008) dalam temuannya yang konsisten dengan perspektif ekologi Bronfenbrenner menegaskan bahwa hanya fungsi pengawasan dan kontrol dari orang tua yang dapat menjelaskan dampak pada penyalahgunaan alkohol dan NAPZA pada remaja.Walaupun, pengetahuan orang tua tetap harus ditingkatkan sebagaimana temuan Ollalla *et.al.*(2017) yang menyatakan bahwa dukungan orang tua hanya dapat efektif dalam mengurangi tingkat kenakalan remaja (termasuk diantaranya adalah penyalahgunaan NAPZA) dengan meningkatkan pengetahuan orang tua.Selain fungsi pengawasan dan kontrol orang tua, pola komunikasi dan pengasuhan juga perlu ditelaah kembali sesuai dengan tahapan remaja. Penelitian menemukan bahwa keluarga konsensual yang dicirikan dengan komunikasi terbuka dan dua arah, dikombinasikan dengan pemberian aturan yang tegas dan penghargaan bagi anaknya yang tidak menggunakan NAPZA sangat berpengaruh dalam meminimalisir penggunaan NAPZA pada remaja tahap akhir(Marceau *et.al.,* 2015; Ratnasari, 2015; Day, 2016).

Penelitian ini telah membuktikan kebenaran grand teori struktural fungsional.Keluarga yang mempunyai struktur utuh lebih baik dibandingkan dengan keluarga yang tidak utuh.Penelitian ini juga membuktikan teori Bronfenbrener bahwa perilaku remaja dipengaruhi oleh keluarga dan lingkungannya.

Keterbatasan penelitian ini adaah masih banyak terdapat faktor lain yang belum dapat dianalisa tetapi ada kemungkinan berpengaruh pada penggunaan NAPZA di kalangan remaja. Misalnya, pengetahuan *life-skill* pada remaja, pola pengasuhan orang tua dan pola komunikasi orang tua yang mungkin berpengaruh sangat besar pada penggunaan NAPZA di kalangan remaja. Ada dinamika fungsi keluarga (terutama pada fungsi pengawasan dan kontrol orang tua) yang mungkin memiliki pengaruh pada perilaku remaja dan belum terlihat pada survei ini.

**SIMPULAN DAN SARAN**

**Simpulan**

Rata-rata usia remaja laki-laki 18.56 tahun dan perempuan 18.20 tahun. lebih dari separuh remaja laki-laki dan perempuan memiliki tingkat pendidikan menengah-tinggi (SMA/SMK/MA ke atas). Hampir separuhkepala keluarga berjenis kelamin laki-lakiberada pada rentang usia 40-49 tahun. Adapun kepala keluarga berjenis kelaminperempuanberada pada rentang usia 50-59 tahun. Kepala keluarga berjenis kelamin laki-laki relatif memiliki tingkat pendidikan yang lebih baik dibandingkan kepala keluarga wanita.hampir seluruh kepala keluarga berjenis kelamin laki-laki memiliki keluarga utuh. Sedangkan kepala keluarga dengan jenis kelamin perempuan empat per limamemiliki keluarga tidak utuh. Lebih dariseparuh kepala keluarga yang berjenis kelamin laki-laki maupun perempuan berada pada kelompok kuintil kekayaan menengah ke atas. Sepertiga remaja perempuan dan hampir sepertiga remaja laki-laki memiliki pengetahuan tentang NAPZA pada kategori tinggi.Hampir separuh remaja laki-laki dan perempuan memiliki pengetahuan tentang HIV pada kategori rendah.Remaja perempuan memiliki rata-rata pengetahuan NAPZA dan HIV/AIDS lebih tinggi dibandingkan remaja laki-laki.Pengetahuan remaja tentang NAPZA dan HIV/AIDSdi wilayah kota lebih tinggi dibandingkan remaja di wilayah desa. Berdasarkan pengetahuan orangtua tentang pembangunan keluarga orangtua remaja perempuan memliki pengetahuan yang lebih baik dibandingkan orangtua remaja laki-laki, dan orangtua remaja di wilayah kota memiliki pengetahuan lebih baik dibandingkan orangtua remaja di wilayah desa. Berdasarkan tipologi pengetahuan NAPZA dan HIV dengan perilaku NAPZA dan tipologi pengetahuan orangtua tentang pembangunan keluarga dengan perilaku NAPZA, mayoritas remaja masuk pada kuadran terbaik yaitu kuadaran dengan tingkat pengetahuan tinggi dan perilaku NAPZA yang rendah.Berdasarkan perilaku NAPZA remaja laki-laki lebih banyak yang pernah mencoba mengkonsumsi NAPZA dibandingkan remaja perempuan.Secara garis besar ditemukan bahwa remaja yang rentan terhadap perilaku NAPZA adalah remaja yang tinggal di perkotaan,berusia 20-24 tahun, jeniskelamin laki-laki,dan berpendidikan dasar. Remaja yang rentan terhadap perilaku NAPZA adalah remaja yang berasal dari keluarga denganumur kepala keluarganya berusia kurang dari 40 tahun, jenis kelamin kepala keluarga perempuan, tingkat pendidikankepala keluarga menengah-tinggi, keluarga dengan kuintil kekayaanterbawah, tipe keluarga tidak utuh/tunggal, indeks pengetahuan NAPZAmenengah, indeks pengetahuan HIVmenengah, dan indeks pengetahuan orangtua pada pembangunan keluarga yang tinggi.

**Saran:**

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, terdapat beberapa saran yang dberikan, yaitu: 1) Untuk peneliti, diharapkan penelitian lanjutan yang berkaitan dengan pengasuhan dan perlindungan anak yang terkait dengan perilaku negative; 2) Untuk masyarakat terutama yang rentan, diperlukan pendampingan melalui peningkatan pengetahuan dan *lifeskills* seperti pencegahan resiko terhadap NAPZA; 3) Untuk keluarga, diperlukan pendampingan untuk mewujudkan ketahanan keluarga dalam mencegah perilaku NAPZA remaja; 4) Untuk kepentingan program diprioritaskan perhatian pada remaja rentan yaitu remaja yang tinggal di perkotaan,berusia 20-24 tahun, jeniskelamin laki-laki,dan berpendidikan dasar, remaja yang berasal dari keluarga denganumur kepala keluarganya berusia kurang dari 40 tahun, jenis kelamin kepala keluarga perempuan, tingkat pendidikankepala keluarga menengah-tinggi, keluarga dengan kuintil kekayaanterbawah, tipe keluarga tidak utuh/tunggal.

**DAFTAR PUSTAKA**

Afandi, D., Chandra, F., Novitasari, D., Widjaja, IR., &Kurniawan, L. (2009). Tingkat Penyalahgunaan Obat dan Faktor Risiko di Kalangan Siswa Sekolah Menengah Umum. *Majalah Kedokteran Indonesia*, 59(6), 266-271. [tersedia pada] http://fk.unri.ac.id/wp-content/uploads/2017/11/Tingkat-penyalahgunaan-obat-2009.pdf

Amoateng, AY.,& Bahr, SJ. (1986). Religion, Family, and Adolescent Drug Use.*Sociological Perspectives*, 29(1), 53-76.

Cavazos, R., Patricia, A., Spitznagel, EL., Bucholz, KK., Nurnberger, J., & Edenberg, HJ. (2010). Predictors of Sexual Debut at Age 16 or Younger. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2),664-673.

Curtis, AC. (2015). Defining adolescence.*Journal of Adolescent and Family Health*, 7(2).

Day, MM. (2008). Talking to Youth about Drugs: What Do Late Adolescents Say about Parental Strategies?. Family Relations, 57(1), 1-12.

Duvall, EM & Miller, BC.(1985). Marriage and Family Development (Sixth Edition). New York: Harper & Row.

Ennet ST., Faris R., Foshee VA., Bauman KE, Hussong A., Cai L., Luz H., Reyes M., Hipp RJ., & Durant R. (2008). The Social Ecology of Adolescent Alcohol Misuse.*Child Development*, 79(6), 1777-1791.

Hemovich, V., & Crano, WD. (2009). Family Structure and Adolescent Drug Use: An Exploration of Single-Parent Families. *Subst Use Misuse*, 44(14), 2099-2113.doi:10.3109/10826080902858375.

Hoffmann, JP.,& Johnson, RA. (1998). A National Portrait of Family Structure and Adolescent Drug Use.*Journal of Marriage and the Family*, 60(3), 633-645.

Hoffmann, J. (2002). The Community Context of Family Structure and Adolescent Drug Use.*Journal of Marriage and the Family*, 64(2), 314-330.

Hovdestad, W., Shields, M., Williams, G., & Tonmyr,, L. (2015). Vulnerability within families headed by teen and young adult mothers investigated by child welfare services in Canada.*Ottawa,*[35(8/9).](https://remote-lib.ui.ac.id:2155/indexingvolumeissuelinkhandler/44468/Chronic%2BDiseases%2Band%2BInjuries%2Bin%2BCanada/02015Y10Y01%2423Oct%242fNov%2B2015%243b%2B%2BVol.%2B35%2B%24288%242f9%2429/35/8%242f9?accountid=17242)

Humensky, JL. (2010). Are adolescents with high socioeconomic status more likely to engage in alcohol and illicit drug use in early adulthood?.*Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 5(19), 1-11.

Kabir, MA., Goh, KL., Kamal, SMM., & Khan, MMH. (2013). Tobacco Smoking and Its Association with Illicit Drug Use among Young Men Aged 15-24 Years Living in Urban Slums of Bangladesh.*Plos One*, 8(7), 1-11.

[Kemenkes] Kementerian Kesehatan. (2017). Pusat data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI: Anti Narkoba Sedunia. Jakarta: kemekes.go,id.

Keyes, KM., Cerda, M., Brady, JE., Havens, JR., & Galea, S. (2014). Understanding the Rural–Urban Differences in Nonmedical Prescription Opioid Use and Abuse in the United States. *American Journal of Public Health*, 104(2), 52-59.

Klein DM.,& White JM. (1996). *Family Theories. An Introduction*. Thousand Oaks. London. New Delhi: SAGE Publications. International Education and Professional Publisher.

Laoniramau, P., LAosee, OC., Somrongthong, R., Sunanta, W., & Sitthiamorns, C. (2005).Factors Affecting The Experiences Of Drug Use By Adolescents In A Bangkok Slum. [*Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*](https://remote-lib.ui.ac.id:2155/pubidlinkhandler/sng/pubtitle/Southeast%2BAsian%2BJournal%2Bof%2BTropical%2BMedicine%2Band%2BPublic%2BHealth/%24N/34824/DocView/201456372/fulltextwithgraphics/FFAA133A017F4241PQ/17?accountid=17242), 36(4), 1014-1019.

Lickona, T. (1991).Educating for Character: How our schools can teach respect and responsibility.United State of America: Bantam Book.ISBN 0-553-37052-9.

Lyold, CB. 2005. *Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*. Washington, DC: National Academies Press. ISBN 0-30909-528-X.

Malik, AA., NAwaz, S., Tahir, AA., Ahmed, S, Ashraf, S., Hanif, N., Aslam, J., Jamshed, I., Yawar, A., & Malik, MR. (2012). Knowledge and awareness of harmful effect of substance abuse among users and non-users: a cross-sectional study from Bari Imam. *J Pak Med Assoc*, 62(4), 412-415.

Marceau, K., Abar, CC., & Jackson, KM. (2015). Parental Knowledge is a Contextual Amplifier of Associations of Pubertal Maturation and Substance Use. *Journal Youth Adolescence*, 44, 1720-1734.DOI 10.1007/s10964-015-0335-8

Nur’artavia MR. (2017). Karakteristik Pelajar Penyalahguna NAPZA dan Jenis NAPZA Yang Digunakan Di Kota Surabaya. *The Indonesian Jurnal f Public Health*, 12(1): 27-38

Oktarina,Hanafi, F., Budisuari, MA. (2009). Hubungan Antara Karakteristik Responden, Keadaan Wilayah Dengan Pengetahuan, Sikap Terhadap HIV/AIDS Pada Masyarakat Indonesia. *Buletin Penelitian SIstem KEsehatan*, 12(2), 362-369.

Ollalla, C., Fraguela, G., Antonio, J., & Jorge, S. (2017). Two Faces of Parental Support: Risk and Protection for Antisocial Youth Depending on Parental Knowledge. *Journal of Child and Family Studies*, 26(1), 296-305. DOI:10.1007/s10826-016-0559-6

Poole, M, & Evans, G. (1987). Substance Use: A Life Skills Perspective. *European Journal of Psychology of Education*, 2(4), 403-419.

Ratnaningtyas, S., & Purwana, W. (2011). Perbandingan Pendapatan Dan Produktivitas Tenaga Kerja Rumah Tangga Petani Pedesaan Dan Perkotaan: Suatu Kasus Pada Agro Ekosistem Lahan Basah Berbasis Padi Sawah Di Kecamatan Tarogong Kaler Kabupaten Garut. *Sosiohumaniora*, 13(3), 251-262. [tersedia pada] [file:///C:/Users/User%20Asus/Downloads/5505-9041-2-PB.pdf](file:///C%3A/Users/User%20Asus/Downloads/5505-9041-2-PB.pdf)

Sawyer, SM., Azzopardi, PS., Wickremarathne, D., & Patton, GC. (2018). The age of adolescence. *Lancet Child Adolesc Health*, http://dx.doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30022-1.

Schwartz, SJ.,& Pantin, H. (2005). Family Functioning, Identity, and Problem Behavior in Hispanic Immigrant Early Adolescents.*J Early Adolesc*, 25(4), 392-420.

Turner, EM., Turner, CG., Yang X, Luo H.(2013). Gender Wage Differences and Illicit Drug Use: Findings from Yunnan Province. *China International Journal*, 11(1), 113-130. [tersediapada]file:///C:/Users/User%20Asus/Downloads/Gender\_wage\_differences\_and\_il.PDF.

Tutussaus, LC.,& Balic, MG. (2016). Relationship between Healthy Lifestyle and Sociodemographic Factors in Adolescentsin Catalonia: Application of VISA-TEEN Questionnaire. *PLoS ONE*, 11(9): 1-19. doi:10.1371/journal.pone.0163381