

BUKU SAKU PENGABDIAN MASYARAKAT

FARMAKOEDUKASI LITERASI KESEHATAN MENTAL DAN NAPZA



Dr. Aminah Dalimunthe, S.Si., M.Si., Apt.
Khairunnisa, S.Si., M.Pharm., Ph.D., Apt.
Lisda Rimayani Nasution, S.Farm., M.Si., Apt.
apt. Chemayanti Surbakti, S.Farm., M.Si
Adelia Syahfitri
Devia Salsabila
Nidya Haschita Kimura



**FAKULTAS FARMASI
UNIVERSITAS SUMATERA UTARA
2024**

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa, modul **“Farmakoedukasi Literasi Kesehatan Mental dan NAPZA”** bagi masyarakat umum telah selesai disusun sesuai yang diharapkan.

Modul ini disusun sebagai bahan acuan bagi masyarakat umum agar dapat mengetahui masalah kesehatan mental dan pentingnya menjaga kesehatan mental agar mencegah kasus depresi yang menyebabkan berbagai dampak negatif. Pokok bahasan yang diulas dalam modul ini meliputi pengenalan kesehatan mental, permasalahan kesehatan mental, penanganan kesehatan mental, serta informasi mengenai NAPZA (Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif).

Modul ini tentunya masih memiliki banyak kekurangan dalam penyusunannya, tetapi penyusun berharap buku ini dapat bermanfaat bagi seluruh pembaca. Kritik dan saran yang membangun dari pembaca buku ini sangat penyusun harapkan.

Medan, Juli 2024

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI	iii
BAB I	5
1.1 Pengertian Kesehatan Mental.....	5
1.2 Jenis-Jenis Masalah Kesehatan Mental	7
1.2.1 Depresi	7
1.2.2 Gangguan Afektif.....	10
1.2.3 Gangguan Kecemasan.....	12
1.2.4 Gangguan Psikotik.....	14
1.2.5 Gangguan Makan.....	16
1.2.6 Gangguan Kontrol Impuls.....	17
1.2.7 Gangguan Kepribadian.....	19
1.2.8 Gangguan Perilaku.....	23
1.2.9 Gangguan Stress Pasca-trauma.....	25
BAB II.....	29
2.1 Terapi Non Farmakologi	29
2.1.1 <i>Mindfulness-Based Cognitive Therapy</i>	30
2.1.2 Terapi <i>Reminiscence</i>	30
2.1.3 Terapi Yoga.....	31
2.1.4 Terapi Musik.....	33
2.2 Terapi Farmakologi	34
2.2.1 <i>Selective Serotonin Re-uptake Inhibitor</i>	34
2.2.2 <i>Tricyclic Antidepressant</i> (TCA).....	36
2.2.3 <i>Monoamine Oxidase Inhibitor</i> (MAOI).....	37
BAB III.....	39
3.1 Pengertian Napza	39
3.2 Jenis-Jenis NAPZA.....	41
3.2.1 Opiat atau Opium.....	41

3.2.2 Morfin.....	41
3.2.3 Heroin.....	42
3.2.4 Ganja.....	43
3.2.5 LSD atau <i>lysergic acid</i>	43
3.2.6 Kokain.....	43
3.3 Kasus Penyalahgunaan NAPZA.....	46
3.4 Dampak Penyalahgunaan NAPZA.....	49
3.4.1 Dampak Fisik.....	50
3.4.2 Dampak Psikis.....	50
3.4.3 Dampak Sosial.....	51
3.5 Pencegahan Penyalahgunaan NAPZA.....	51
3.5.1 Pandangan Agama.....	51
3.5.2 Peran Pemerintah.....	52
3.5.3 Peran Keluarga atau Orangtua.....	53
3.5.4 Peran Bimbingan Konseling.....	54
3.5.5 Peran Media Massa dan Elektronik.....	54
DAFTAR PUSTAKA.....	57

BAB I

PENGENALAN KESEHATAN MENTAL

1.1 Pengertian Kesehatan Mental

Untuk mencapai kesehatan yang komprehensif, diperlukan fondasi kesehatan mental yang kuat. Pentingnya kesehatan mental dan fisik adalah sama. Menurut definisi kesehatan dari Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), menyatakan bahwa kesehatan adalah "suatu keadaan fisik, mental, dan sosial yang lengkap dan bukan hanya ketiadaan penyakit atau kelemahan," tidak akan ada kesehatan tanpa kesehatan mental. Salah satu elemen penting dari konsep kesehatan adalah kesehatan mental. Orang yang memiliki kesehatan mental yang baik akan lebih mampu mencapai potensi penuh mereka, mengelola stres sehari-hari, melakukan pekerjaan yang berkualitas, dan memberi kembali kepada komunitas mereka.

Sesuai dengan Undang-Undang Kesehatan Jiwa Nomor 18 Tahun 2014, kesehatan jiwa atau

kesehatan mental seseorang adalah suatu keadaan di mana ia dapat tumbuh secara mental, fisik, dan spiritual. Seseorang yang memiliki kesehatan jiwa yang baik dapat bertumbuh di semua tingkatan baik fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga mereka dapat percaya diri dengan bakat yang dimiliki, mampu mengatasi stres, dapat bekerja secara efektif, dan mampu memberikan kontribusi kepada komunitas masyarakat. Hal ini juga menyiratkan bahwa kesehatan mental mempengaruhi kesehatan fisik dan akan menghambat produktivitas (Nurhaeni dkk., 2022).

Depresi terjadi dengan salah satu ciri adalah dengan stres dan kecemasan berkepanjangan yang menyebabkan terhambatnya aktivitas dan menurunnya kualitas fisik. Pencegahan depresi dapat dilakukan dengan pengelolaan stres. Pengelolaan stres masing-masing individu berbeda, ada yang mengelola stres dengan melakukan kegiatan yang disukai seperti hobi, melakukan kegiatan

refreshing, mendekatkan diri dalam konteks spiritual keagamaan, hingga bercerita kepada orang lain untuk mengurangi beban stres (Nurhaeni dkk., 2022).



1.2 Jenis-Jenis Masalah Kesehatan Mental

1.2.1 Depresi

Depresi adalah gangguan yang berkepanjangan dan hilangnya minat pada aktivitas menyenangkan ditandai dengan rasa sedih selama kurang lebih dua minggu. Kesedihan, kehilangan minat atau kesenangan, rasa bersalah atau rendah diri, pola tidur atau makan yang terganggu, dan

kesulitan berkonsentrasi adalah tanda-tanda depresi (Pratiwi dan Rusinani, 2022).

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.02.02/Menkes/73/2015 Tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa Episode depresi dapat berdiri sendiri atau menjadi bagian dari gangguan bipolar. Jika berdiri sendiri disebut Depresi Unipolar.

Menurut PPDGJ III13, gejala utama depresi yang terjadi pada derajat ringan, sedang dan berat, yaitu kehilangan minat dan kegembiraan, penurunan energi, dan mudah lelah (rasa lelah, meskipun tidak bekerja berat) dan penurunan aktivitas. Selain itu, gejala lain termasuk penurunan konsentrasi dan perhatian, penurunan harga diri dan kepercayaan diri, pemikiran tentang rasa bersalah dan tidak berguna, pemikiran atau tindakan yang membahayakan diri atau bunuh diri, dan gangguan tidur.

Penyebab dari terjadinya depresi terbagi menjadi beberapa faktor yaitu:

a. Faktor Biologis

Berbagai gangguan metabolisme pada darah, urin, dan cairan serebrospinal akan terlihat pada penderita gangguan depresi.

b. Faktor Genetik

Genetik memainkan peran penting dalam penyebab depresi. Pada kembar homozigot, risiko depresi keluarga generasi pertama delapan hingga 18 kali lebih besar dibandingkan kontrol subyek normal. Untuk kembar dizigot, risiko depresi berkisar antara 10 hingga 25%.

c. Faktor Psikososial

1) Peristiwa Kehidupan dan Lingkungan mampu memunculkan depresi dengan mempengaruhi neurotransmiter dan sistem intra neuron untuk jangka lama dan menetap. 2) Faktor Kepribadian yang

beragam dapat menimbulkan risiko depresi.

3) Faktor Psikoanalisis dan Psikodinamika,
Menurut Kaplan, depresi dapat muncul karena emosi menekan kedalam ego sehingga harus berhadapan dengan realita (Pratiwi dan Rusinani, 2022).

1.2.2 Gangguan Afektif (*Mood Disorders*)

Gangguan mood yang paling umum adalah gangguan unipolar, juga dikenal sebagai gangguan fungsional kesehatan mental yang berhubungan dengan beban penyakit yang berat yang berdampak pada pasien, keluarga mereka, komunitas, dan juga ekonomi, dan gangguan bipolar yang dikenal sebagai gangguan mood pada pasien disertai depresi (Nasution dan Firdausi, 2021).

Dalam kasus gangguan bipolar, seseorang dapat mengalami gejala perubahan suasana hati yang sangat signifikan, seperti berubah dari marah menjadi sedih dan putus asa. Periode tertinggi dan terendah dikenal sebagai periode mania akut dan

periode bipolar depresi. Baik periode bipolar depresi maupun mania akut memiliki gejala dan diagnosis yang sama. Namun, periode manik akut dicirikan oleh perubahan perilaku yang menyimpang, seperti banyak bicara, bicara keras, egomanik, paranoid, dan tidak taat aturan, minimal selama satu minggu (Nasution dan Firdausi, 2021).

Penyebab terjadinya gangguan bipolar disebabkan terganggunya fungsi monoamine, terjadi defisiensi neurotransmitter yang dimediasi oleh serotonin (5-HT, 5-hydroxytryptamin), norepinefrin, dan dopamin. Sel tubuh serotonin berada di tengah otak dan aksonnya diproyeksikan ke korteks frontal, yang bertanggung jawab atas pengaturan mood. Neuron serotonin yang diproyeksikan ke korteks frontalis mengatur mood, dan neuron hipotalamus limbik mengatur makan, nafsu makan, berat badan, dan nafsu seksual. Norepinefrin juga dapat diproyeksikan ke korteks frontalis, yang bertanggung jawab atas pengaturan

kognitif dan perhatian, dan ke serebellum, yang bertanggung jawab atas pengaturan pergerakan motorik (Nasution dan Firdausi, 2021).

1.2.3 Gangguan Kecemasan (*Generalized Anxiety Disorders*)

Generalized anxiety disorder (GAD) merupakan salah satu gangguan psikologis yang sering dijumpai di masyarakat. GAD ditandai dengan rasa cemas dan khawatir yang muncul secara berlebihan dan tidak dapat dikendalikan dalam berbagai situasi seperti dalam pertemanan, sekolah, kesehatan, dan keluarga. Rasa cemas ini menyebabkan gangguan di sekolah, pekerjaan, keluarga, dan hubungan sosial. GAD dapat berdampak dan mengganggu pada beberapa aspek kehidupan pula ketika tidak ditangani dengan baik (Soen dkk., 2021).

Gejala somatik gangguan cemas termasuk nafas pendek, denyut jantung meningkat, insomnia, mual, gemetaran, dan pusing. Selain itu, gejala

otonomik seperti nyeri kepala, berkeringat, kekakuan pada dada, jantung berdebar, dan masalah pencernaan ringan juga muncul. Adanya diare, pusing, melayang, keringat berlebihan, hiperrefleksia, hipertensi, midriasis pupil, gelisah, pingsan, takikardi, rasa gatal pada anggota gerak, tremor, dan frekuensi urin adalah tanda-tanda manifestasi kecemasan perifer. Ketika seseorang cemas, gejala mereka bervariasi. Menurut Akbar dkk (2022), gejala cemas psikologis dapat berupa perilaku seperti gelisah, menarik diri, bicara cepat, bicara tidak teratur, dan sikap menghinda; kognitif, seperti kehilangan fokus, mudah lupa, salah paham, bingung, kesadaran diri yang berlebihan, lapangan persepsi yang berkurang, obyektivitas yang berkurang, khawatir yang berlebihan, takut kecelakaan, dan takut mati.

Penyebab gangguan kecemasan adalah masalah internal seseorang, yang diperkuat oleh ketidakcocokan antara keingintahuan akan sesuatu

yang diharapkan dan keadaan yang sebenarnya. Beberapa faktor yang mempengaruhi kecemasan adalah sebagai berikut: 1) keyakinan diri; kecemasan berlawanan dengan kepercayaan diri; 2) dukungan sosial, seperti akses ke informasi, bantuan, dan materi yang diperoleh dari hubungan sosial yang membuat seseorang merasa diperhatikan, dicintai, dan dihargai. Dukungan sosial ini mengurangi kecemasan; dan 3) modeling; perilaku orang lain yang dianggap dapat mengurangi kecemasan. Faktor-faktor ini dapat mengubah bagaimana seseorang bertindak. Jika seseorang melihat perilaku kecemasan saat menghadapi masalah, orang yang melihatnya cenderung mengalami hal yang sama juga (Akbar dkk., 2022).

1.2.4 Gangguan Psikotik (*Psychotic Disorders*)

Psikotik adalah sindrom perilaku atau pola psikologis yang klinis dan signifikan yang terjadi pada seorang individu. Ini dikaitkan dengan stres

dan kehilangan kebebasan yang signifikan karena ketakutan atau kesalahan dalam memahami dunia (Wulandari, 2020).

Gejala yang muncul pada penderita gangguan psikotik yaitu delusi, halusinasi, kekacauan dalam berbicara (inkoherensi, menyimpang atau melenceng), kekacauan motorik, atau perilaku katatonik. Gejala gangguan berlangsung minimal 1 hari hingga kurang dari 30 hari. Kemudian penderita akan kembali pada kondisi sebelum terjadinya gangguan (Wulandari, 2020).

Interaksi antara faktor biologis dan lingkungan adalah penyebab gangguan psikotik. Kondisi sindrom psikotik dapat disebabkan oleh perkembangan saraf, degenerasi saraf, perubahan di masa remaja, dan stres lingkungan. Faktor biologis yang dimaksud termasuk faktor genetik, seperti abnormalitas kromosom yang menyebabkan kelainan pada otak dan neurotransmitter, serta

trauma otak. Faktor lingkungan sebagai penyebab gangguan psikotik termasuk beberapa hal, seperti orang tua yang dingin dan tidak membangun kedekatan dengan anak, pola komunikasi yang tidak jelas dan sulit diikuti, lingkungan sosial yang penuh tekanan, dan ekspresi emosi yang cenderung mengkritik atau menunjukkan ketidaksukaan, keterlibatan emosional yang terlalu berlebihan, dan sikap bermusuhan (Wulandari, 2020).

1.2.5 Gangguan Makan (*Eating Disorders*)

Eating disorder (ED) adalah gangguan pola makan yang tidak normal. Gangguan makan terjadi akibat kekhawatiran berlebihan saat makan. Gangguan makan adalah kondisi medis dan psikologis yang menyebabkan seseorang terobsesi dengan berat badan yang sangat rendah sehingga mereka rela kelaparan atau berolahraga berlebihan. *Bulimianervosa* adalah gangguan makan yang membuat seseorang memuntahkan semua yang mereka makan untuk menjaga berat badannya

stabil. *Binge eating disorder* adalah kondisi di mana seseorang memakan makanan dalam jumlah yang sangat besar dalam waktu yang terbatas daripada yang biasanya dimakan oleh orang (Hendrawati dkk., 2022).

Faktor penyebab gangguan makan terkait dengan masalah psikis penderita. Gangguan makan dapat disebabkan oleh perilaku menyimpang, termasuk faktor genetik, pola makan, dan citra tubuh. Umumnya, penderita mengalami rasa kepercayaan diri yang rendah karena percaya bahwa mereka tidak memiliki tubuh yang langsing atau kurus (Hendrawati dkk., 2022).

1.2.6 Gangguan Kontrol Impuls (*Impulse Control and Addiction Disorders*)

Impulse control and addiction disorders merupakan suatu keadaan di mana seseorang mengalami kesulitan mengontrol emosinya maupun perilakunya. Gangguan kontrol impuls dianggap berbahaya karena penderitanya akan mengalami

kondisi dengan suasana hati yang emosional maupun mudah tersinggung, tindakan yang menantang maupun argumentatif, dan penuh dengan rasa pendendam (Fernando dkk., 2022).

Gejala yang dialami oleh penderita gangguan kontrol impuls yaitu mudah menentang, argumentatif, dan juga menunjukkan perilaku pendendam; emosi yang meledak-ledak, baik fisik maupun verbal; menunjukkan kemarahan dan agresi yang dapat menimbulkan bahaya bagi orang lain (Fernando dkk., 2022).

Penyebab terjadinya gangguan pengendalian impuls (*Impulse Control Disorders/ICD*); yaitu genetika yaitu gangguan suasana hati, orang tua yang menderita skizofrenia, ADHD, gangguan penggunaan zat, atau gangguan kepribadian antisosial yang merupakan keturunan dari orang tua. Namun, hubungan ini dapat terjadi jika orang tua yang menderita gangguan memberikan lingkungan keluarga yang tidak

cukup. Selain itu, faktor sosial juga terlibat dalam perkembangan ICD seperti ekonomi rendah, kekerasan komunitas, kurangnya struktur, pengabaian, lingkungan yang kasar, dan hubungan sebaya yang menyimpang. Gangguan pengendalian impuls yang sering terjadi adalah kleptomania (mencuri), piromania (menyalakan api) (Probst dan Eimeren, 2013).

1.2.7 Gangguan Kepribadian (*Personality Disorders*)

Personality disorders atau gangguan kepribadian merupakan gangguan kesehatan mental yang tidak disadari oleh penderita dan dicirikan oleh pola pikir, perilaku, dan perasaan yang terganggu. Membangun kehidupan sosial bersama orang lain biasanya sulit bagi orang dengan gangguan ini. Gangguan kepribadian dapat mengganggu aspek-aspek kehidupan penderita, biasanya muncul saat remaja atau saat memasuki usia dewasa (Gunawan dan Hidayatulloh, 2023).

Berdasarkan DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorder Edition IV*), aksis II, jenis gangguan kepribadian ini dibagi menjadi tiga kelompok: klaster A, klaster B, dan klaster C. Kelompok A memiliki sifat eksentrik dan dramatis, dan kelompok B cemas atau ketakutan. Gangguan kepribadian klaster A adalah paranoid, skizoid, dan skizotipal (Gunawan dan Hidayatulloh, 2023).

Gangguan Kepribadian Paranoid (*Paranoid Personality disorders*) gejalanya termasuk kurangnya kepercayaan pada orang lain, keraguan terhadap alasan di balik tindakan orang lain, dan keyakinan bahwa orang lain akan menipu atau mencederakan dia meskipun itu tidak terjadi. Mereka juga lebih cenderung untuk menyimpan dendam. Adanya trauma psikologis, seperti menjadi korban pelecehan seksual atau kekerasan fisik, adalah penyebab gejala paranoid. Ini juga dapat disebabkan oleh penyakit mental, seperti

kecemasan, depresi, skizofrenia, stres berat, atau tekanan batin. Selain itu, gangguan kepribadian paranoid dapat disebabkan oleh gangguan otak, seperti demensia, penyakit huntington, stroke, atau penyakit parkinson (Gunawan dan Hidayatulloh, 2023).

Gangguan Kepribadian Skizoid (*Schizoid Personality disorders*) gejala gangguan ini adalah kurangnya minat untuk membangun hubungan sosial dengan orang lain, tidak dapat menangkap isyarat sosial yang normal, dan tidak emosional. Meskipun penyebab gangguan ini tidak diketahui, kombinasi faktor genetik dan lingkungan dapat berperan dalam perkembangan gangguan tersebut. Ini terutama berlaku pada anak usia dini. Memiliki orang tua atau kerabat dengan gangguan skizoid, skizotipal, atau skizofrenia adalah beberapa risiko yang dapat meningkatkan kemungkinan terkena gangguan skizoid. memiliki orang tua yang tidak peduli atau tidak menanggapi kebutuhan emosional

anaknya Masa kanak-kanak yang dingin dan tanpa emosi (Gunawan dan Hidayatulloh, 2023).

Gangguan Kepribadian Skizotipal (*Schizotipal Personality disorders*) gejalanya termasuk keyakinan bahwa dia memiliki kemampuan untuk mempengaruhi pikiran atau peristiwa tertentu, sering salah menafsirkan perilaku orang lain, dan pada akhirnya mengalami sensasi indera yang tidak wajar, seperti mendengar namanya dibisikkan ditelinga, dan cenderung menghindari hubungan dekat dengan orang lain. Faktor genetik dapat berperan dalam penyebab skizotipal, yang lebih sering terjadi dalam keluarga dengan riwayat skizofrenia dan biasanya berkembang pada awal masa dewasa (Gunawan dan Hidayatulloh, 2023).

Ada dua penyebab gangguan kepribadian yaitu: 1) Lingkungan, yang mencakup tempat seseorang tumbuh, peristiwa hidup, dan hubungan dengan anggota keluarga lainnya; 2) Genetik, di

mana beberapa kepribadian tertentu dapat diturunkan secara genetik dan dikenal sebagai tempramen (Gunawan dan Hidayatulloh, 2023).

1.2.8 Gangguan Perilaku (*Obsessive-Compulsive Disorders*)

Penderita gangguan *Obsessive-compulsive disorder* (OCD) merasa tertekan ketika perilaku mereka yang tidak dapat dikontrol muncul. Karena mereka melakukan pekerjaan yang sama berulang kali, mereka merasa malu jika orang mempertanyakan perilaku mereka. Mereka berusaha sekuat tenaga untuk menghilangkan kebiasaan ini. (Sukma dkk., 2021).

Penderita OCD terbagi menjadi 6 yaitu:

a. Cheekers

Seseorang yang menderita jenis ini selalu memeriksa atau mengerjakan segala sesuatu secara berulang hingga dia merasa aman.

b. Washer & Cleaners

Seseorang yang takut terkontaminasi oleh kuman, kotoran, atau penyakit, sehingga melakukan apa pun selama tidak bersentuhan dengan sesuatu agar dia yakin tidak terkontaminasi.

c. Repeaters

Mereka adalah orang-orang yang selalu mengulangi tindakan. Ketika mereka takut, mereka merasa perlu untuk mengulangi sesuatu agar pikiran itu tidak muncul.

d. Order

Seseorang yang ingin benda-benda di sekitarnya berbentuk simetris dan menghabiskan banyak waktu untuk memastikan bahwa benda-benda tersebut tersusun dengan benar.

e. Hoarder

Seseorang yang mengumpulkan barang-barang yang dia pikir tidak akan pernah dibuang.

f. Thinker ritualizes

Mirip dengan repeaters. Tetapi *thinker ritualizes* merupakan pikiran yang berasal dari kebiasaan (Sukma dkk., 2021).

Faktor-faktor yang menyebabkan gangguan tersebut dapat diidentifikasi sebagai gangguan genetik, gangguan organik, gangguan kepribadian, trauma masa lalu, gangguan yang terkait erat dengan depresi, dan konflik dalam kehidupan seseorang (Sukma dkk., 2021).

1.2.9 Gangguan Stress Pasca-trauma (*Personality Disorders*)

Post-traumatic stress disorder (PTSD) merupakan jenis gangguan stres yang terkait dengan peristiwa traumatis tertentu yang gejalanya dapat muncul satu atau beberapa bulan bahkan bertahun-tahun setelah peristiwa itu terjadi (Aprily dkk., 2022).

Gejala akibat PTSD atau gangguan stress pasca-trauma:

1. Gejala Fisik

Seperti pingsan, tenggorokan kering, perut serasa tertekan, dada sesak atau nyeri, jantung berdebar, sakit kepala, nyeri lambung, diare, alergi atau gatal-gatal, otot tegang, kejang, tidak bertenaga, duduk tidak tenang, banyak berkeringat, denyut nadi cepat, rasa lelah, dan gigi menggeretak.

2. Gejala Emosi

Seperti rasa takut, terguncang, mengingkari, marah, putus asa, menyerah, pasrah, menyalahkan, sinis, menyesal, merasa tidak berdaya, hilang kepercayaan, khawatir, bosan, terasing, dan murung.

3. Gejala Mental

Seperti tidak percaya, tidak fokus, mudah lupa, banyak pikiran, sulit mengambil keputusan, curiga, lelah berpikir, merasa terbebani, dan merasa sangat melayani orang lain.

4. Gejala Perilaku

Seperti sulit tidur, kehilangan selera, makan berlebihan, menghindar, menangis, tidak mampu berbicara, tidak bergerak, gelisah, terlalu banyak gerak, mudah marah, ingin bunuh diri, berulang kali menggerakan anggota tubuh, rasa malu, banyak merokok, dan minum alkohol dan narkoba.

5. Gejala Spiritual

Seperti menyalahkan Tuhan, berhenti beribadah, tidak berdaya, marah, menentang Tuhan, mempertanyakan iman, tidak tulus, merasa terancam, merasa menjadi korban orang lain, bersibuk dengan diri sendiri, sedih, menyesali diri, dan menangis (Aprily dkk., 2022).

Beberapa hal yang dapat menyebabkan PTSD adalah kejadian yang membuat stres, seperti trauma, mendapatkan risiko kelainan mental seperti cemas dan depresi, sifat individu yang

temperamental, dan cara otak meregulasi hormon. PTSD juga dapat terjadi karena faktor genetik (Aprily dkk., 2022).

BAB II

TATALAKSANA PENGOBATAN

Tatalaksana dalam perawatan kesehatan mental bervariasi tergantung dengan tingkat keparahan dari gejalanya. Dalam menatalaksana seseorang dengan penyakit mental butuh penanganan secara luas baik dengan diberikannya terapi non-farmakologis dan farmakologis. Melalui terapi nonfarmakologis, yaitu terapi psikologis, seseorang dapat menemukan cara tepat untuk menghadapi gejala depresi tersebut, mengatasi gangguan yang muncul, atau berpikir positif ketika situasi sedang tertekan (Sari, 2020).

2.1 TERAPI NON FARMAKOLOGI

Terapi non farmakologi merupakan suatu pengobatan yang dilakukan tanpa penggunaan obat-obatan. Adapun terapi non farmakologi yang digunakan dalam pengobatan kesehatan mental/ depresi ialah:

2.1.1 *Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)*

Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) adalah program meditasi berdasarkan integrasi terapi perilaku Kognitif dan pengurangan stres berbasis Mindfulness. Terapi ini dapat diaplikasikan untuk pengurangan gejala depresi antarepisodik dan tingkat kecemasan pada pasien yang mengalami masalah psikologis. Terapi MBCT sangat membantu penderita yang mengalami gejala kecemasan dan juga depresi, karena menggabungkan terapi kognitif dengan pelatihan meditasi yang ketat. MBCT membantu penderita dalam menghilangkan pola perenungan dan pikiran pikiran negatif yang menyebabkan kekambuhan dengan cara memberikan pendidikan serta membawa kesadaran pasien untuk memperhatikan arahan tanpa menanggapi atau menghakimi dan menghindari penderitaan (Leni dkk., 2023).

2.1.2 Terapi *Reminiscence*

Terapi *Reminiscence* merupakan salah satu terapi yang bisa diterapkan individu maupun kelompok. Terapi *Reminiscence* (RT) adalah salah satu perawatan psikologis yang terbaik untuk merawat lansia dengan depresi. Terapi ini berupa mengenang masa lalu, mengenang masa kecil, pekerjaan, hobi dan peristiwa lain yang menyenangkan. Mengenang terjadi pada saat kehidupan ketika individu mengalami transisi kehidupan. Pasien mungkin melihat ke masa lalu untuk melanjutkan kesinambungan pribadi. Penderita yang merasa bahwa hidup mereka tanpa tujuan cenderung beralih ke kenang-kenangan. Sebagian besar waktu mengenang masa lalu dapat membantu mereka menemukan arti atau makna kehidupan (Hermawati dan Permana, 2020).

2.1.3 Terapi Yoga

Yoga sebagai monoterapi atau terapi tambahan menunjukkan efek positif, terutama untuk mengatasi depresi. Selain itu sebagai terapi

tambahan, yoga dapat memfasilitasi pengobatan gangguan kecemasan, terutama gangguan panik. Terapi yoga juga dapat meningkatkan kesejahteraan subjektif, keterampilan hidup dasar sehari-hari, kebersihan pribadi, perawatan diri, aktivitas dan komunikasi sosial-interpersonal, dan disiplin diri. Terapi yoga dapat ditambahkan sebagai disiplin harian untuk meningkatkan fungsi mereka secara keseluruhan (Nurmaguphita dkk, 2022).

Terapi yoga juga dapat meningkatkan kesejahteraan subjektif, keterampilan hidup dasar sehari-hari, kebersihan pribadi, perawatan diri, aktivitas dan komunikasi sosial-interpersonal, dan disiplin diri. Terapi yoga dapat ditambahkan sebagai disiplin harian untuk meningkatkan fungsi mereka secara keseluruhan. Sehingga pasien dengan gangguan kesehatan mental mungkin dapat lebih mudah termotivasi untuk menjalani terapi yoga dan memasukkan efek menguntungkannya (Nurmaguphita dkk, 2022).



2.1.4 Terapi Musik

Terapi musik baik secara aktif maupun pasif dapat memulihkan masalah gangguan psikosis, depresi, atau kasus yang refrakter. Terapi musik merupakan metode terapi psikologis yang menggunakan musik sebagai alat untuk berinteraksi, ekspresi dan komunikasi. Terapi musik kelompok efektif dalam mengurangi skor *positive and negartif syndrome scale* dan *Depression scale for schizophrenia*. Terapi ini bertujuan untuk membantu meningkatkan kompetensi emosional, relasional dan mengatasi problem yang sulit diselesaikan dengan menggunakan kata-kata saja.

Sebagai tambahan untuk perawatan standar terapi musik dapat meningkatkan keadaan secara umum, gejala negatif, fungsi sosial, kualitas hidup penderita (Nurmaguphita dkk, 2022).



2.2 TERAPI FARMAKOLOGI

Jika sudah dilakukan terapi perilaku kognitif dan interpersonal maupun terapi nonfarmakologis namun tidak berhasil, maka dapat diberikan terapi farmakologi.

2.2.1 *Selective Serotonin Re-uptake Inhibitor (SSRI)*

Antidepresan golongan SSRI biasanya diindikasikan pada pasien depresi, akan tetapi golongan SSRI juga dipilih sebagai terapi lini pertama untuk gangguan ansietas. Jenis obat yang termasuk golongan ini ialah fluoksetin, sertralin, dan escitalopram. Penggunaan antidepresan SSRI sesuai dengan beberapa rekomendasi pengobatan lini pertama pada pasien gangguan ansietas, karena dikatakan bahwa SSRI memiliki spektrum luas kemanjuran dalam pengobatan jangka pendek maupun jangka panjang, dan golongan ini pada umumnya dapat ditoleransi dengan baik. Antidepresan SSRI yang paling banyak digunakan yaitu Fluoksetin dan escitalopram. Fluoksetin disetujui oleh FDA dalam pengobatan beberapa jenis gangguan ansietas diantaranya yaitu gangguan obsesif-kompulsif dan gangguan panik. Fluoxetine memiliki aktivitas minimal pada reuptake noradrenergik. Karena pengambilan kembali serotoninnya, fluoxetine menghasilkan efek

pengaktifan, dan karena waktu paruhnya yang lama, efek antidepresan awal muncul dalam 2 hingga 4 minggu. Metabolit aktif fluoxetine adalah norfluoxetine, yang diproduksi ketika enzim sitokrom P450 (CYP2D6) bekerja padanya dan fluoksetin juga memiliki waktu paruh 2 hingga 4 hari (Rahman dan Oktavilantika, 2023).

2.2.2 Tricyclic Antidepressant (TCA)

Adapun pengobatan lini kedua dapat diberikan antidepresan golongan TCA. TCA sendiri memiliki efikasi yang cukup baik, namun kurang dapat ditoleransi karena memiliki efek samping yang akan ditimbulkan berupa pusing, mengantuk, mulut kering, serta penglihatan kabur. Maka dari itu pada penggunaannya digunakan terlebih dahulu dosis yang rendah dan secara bertahap akan meningkat (Rahman dan Oktavilantika, 2023).

Yang termasuk golongan TCA ialah Amitriptyline, Doxepin, Desipramine, Imipramine, dan Nortriptyline. Mekanisme kerja obat

antidepresan trisiklik (TCA) ialah bekerja dengan memblokir pengambilan kembali neurotransmitter serotonin dan norepinefrin. Struktur pusat tiga cincin, bersama dengan rantai samping, adalah struktur dasar antidepresan trisiklik. Amitriptilin adalah amina tersier dan memiliki afinitas pengikatan kuat untuk reseptor alfaadrenergik, histamin (H1), dan muskarinik (M1). Ini lebih menenangkan dan meningkatkan sifat antikolinergik dibandingkan dengan TCA lain. Seperti antidepresan lainnya, awitan tindakan terapeutik biasanya dimulai sekitar 2 hingga 4 minggu (Nurfahanum, 2022).

2.2.3 *Monoamine Oxidase Inhibitor (MAOI)*

MAOI merupakan golongan obat lini terakhir jika pasien tidak memberikan respon terhadap obat golongan lainnya. Jenis-jenis obat yang termasuk dalam golongan MAOI meliputi Isocarboxazid, Phenelzine, dan Tranylcypromine. MAOI (Monoamine oxidase inhibitor) bekerja

dengan menghambat aksi enzim yang disebut monoamine oksidase. Dengan memblokir aksi enzim ini, kadar neurotransmitter dapat meningkat, serta diharapkan dapat memperbaiki suasana hati. MAOI meningkatkan jumlah senyawa kimia tertentu di otak yang berperan dalam mengatur emosi dan kemampuan berpikir seseorang. MAOI juga digunakan dalam pengobatan penyakit Parkinson (Nurfahanum, 2022).

BAB III

Pengenalan NAPZA

3.1 Pengertian NAPZA

Narkotika, psikotropika, dan bahan adiktif lainnya atau disingkat NAPZA merupakan obat yang dapat mempengaruhi tubuh terutama otak atau susunan saraf pusat, gangguan kesehatan fisik, psikis, fungsi sosial, dan ketergantungan apabila masuk ke dalam tubuh manusia. Narkotika di satu sisi merupakan obat atau bahan yang bermanfaat di bidang pengobatan atau pelayanan kesehatan dan pengembangan ilmu pengetahuan dan di sisi lain dapat pula menimbulkan ketergantungan yang sangat merugikan apabila disalahgunakan. Psikotropika adalah zat atau obat, baik alamiah maupun sintetis bukan narkotika, yang berkhasiat psikoaktif melalui pengaruh selektif pada susunan saraf pusat yang menyebabkan perubahan pada aktivitas mental dan perilaku. Bahan adiktif berbahaya lainnya adalah bahan alamiah,

semi sintetis maupun sintetis yang dapat dipakai sebagai pengganti morfin atau kokain yang dapat mengganggu sistem saraf pusat (Mustofa dkk., 2018).

NAPZA dapat terbuat dari bahan yang alami, maupun sintetis yang bersifat buatan. NAPZA alami diekstrak langsung dari tumbuhan contohnya seperti ganja yang berasal dari tumbuhan *canabis sativa*. Sementara sintetis atau buatan ini contohnya seperti ekstasi atau sabu-sabu. NAPZA digunakan dengan cara melalui mulut (oral), melalui hidung (dihirup), maupun disuntikkan melalui pembuluh darah. NAPZA dapat mempengaruhi pikiran, suasana hati dan perasaan, serta perilaku pemakainya. Sehingga pada akibatnya akan memiliki efek ketergantungan baik secara fisik maupun psikologis, diikuti kerusakan yang terjadi pada sistem saraf dan organ tubuh. Efek ketergantungan inilah yang kerap kali

menyebabkan timbulnya penyalahgunaan NAPZA.
(Sianturi dkk., 2022)



3.2 Jenis-Jenis NAPZA

3.2.1 Opiat atau Opium

Merupakan golongan Narkotika alami yang sering digunakan dengan cara dihisap (inhalasi) (Darwis dkk, 2017).

3.2.2 Morfin

Merupakan zat aktif (narkotika) yang diperoleh dari candu melalui pengolahan secara kimia. Umumnya candu mengandung 10% morfin. Cara pemakaiannya disuntik di bawah kulit, ke

dalam otot atau pembuluh darah (intravena) (Darwis dkk, 2017).

3.2.3 Heroin

Merupakan golongan narkotika semisintetis yang dihasilkan atas pengolahan morfin secara kimiawi melalui 4 tahapan sehingga diperoleh heroin paling murni berkadar 80% hingga 99%. Heroin murni berbentuk bubuk putih sedangkan heroin tidak murni berwarna putih keabuan (street heroin). Zat ini sangat mudah menembus otak sehingga bereaksi lebih kuat dari pada morfin itu sendiri. Umumnya digunakan dengan cara disuntik atau dihisap. Timbul rasa kesibukan yang sangat cepat/rushing sensation (\pm 30-60 detik) diikuti rasa menyenangkan seperti mimpi yang penuh kedamaian dan kepuasan atau ketenangan hati (euforia) (Darwis dkk, 2017).

3.2.4 Ganja

Berasal dari tanaman *canabis sativa* dan *canabis indica*. Pada tanaman ini terkandung 3 zat

utama yaitu tetrahidrokanabinol, kanabinol dan kanabidiol. Cara penggunaannya dihisap dengan cara dipadatkan menyerupai rokok atau dengan menggunakan pipa rokok (Darwis dkk, 2017).

3.2.5 LSD atau *lysergic acid* atau *acid, trips, tabs*

Termasuk sebagai golongan halusinogen (membuat khayalan) yang biasa diperoleh dalam bentuk kertas berukuran kotak kecil sebesar $\frac{1}{4}$ perangko dalam banyak warna dan gambar. Ada juga yang berbentuk pil atau kapsul. Cara menggunakannya dengan meletakkan LSD pada permukaan lidah dan bereaksi setelah 30-60 menit kemudian dan berakhir setelah 8-12 jam (Darwis dkk, 2017).

3.2.6 Kokain

Mempunyai 2 bentuk yakni bentuk asam (kokain hidroklorida) dan bentuk basa (free base). Kokain asam berupa kristal putih, rasa sedikit pahit dan lebih mudah larut dibanding bentuk basa bebas yang tidak berbau dan rasanya pahit. Nama jalanan

kadang disebut koka, *coke*, *happy dust*, *snow*, *charlie*, srepet, salju, putih. Disalahgunakan dengan cara menghirup yaitu membagi setumpuk kokain menjadi beberapa bagian berbaris lurus di atas permukaan kaca dan benda yang mempunyai permukaan datar. Kemudian dihirup dengan menggunakan penyedot atau gulungan kertas. Cara lain adalah dibakar bersama tembakau yang sering disebut *cocopuff*. Menghirup kokain berisiko luka pada sekitar lubang hidung bagian dalam (Darwis dkk, 2017).

Jenis-jenis NAPZA berdasarkan cara kerjanya terbagi menjadi tiga yaitu stimulan, depresan, serta halusinogen.



a. Stimulan

Jenis stimulan ini adalah meningkatnya aktivitas tubuh secara tidak normal beberapa diantaranya dengan cara meningkatkan efek dari neuro transmitter dopamin sehingga otak terus terstimulasi untuk beraktivitas terus, ini juga akan bersifat simpatomimetik yaitu akan memperkuat aktivitas dari saraf simpatik. Akibatnya pemakai akan mengalami peningkatan denyut jantung dan juga tekanan darah serta sulit tidur dan akan merasakan perasaan bahagia yang semu juga akan merasa bersemangat walaupun tubuhnya sangat lemah. Contoh dari stimulan yaitu ada kokain sabu-sabu amfetamin nikotin dan juga kafein (Pradesta dkk, 2021).

b. Depresan

Jenis depresan sendiri adalah jenis yang paling sering digunakan karena efeknya yang mampu mempengaruhi perasaan dan akal, sehingga mampu membuat penggunanya tenggelam dalam lamunan.

Cara kerja jenis depresan ini adalah menekan kinerja otak, sehingga dapat mereduksi kecemasan penggunaannya, mengurangi koordinasi, mengalihkan konsentrasi, mudah merasa kantuk, mual, hingga hilang kesadaran. Jenis depresan terdiri atas alkohol, ganja, benzodiazepin, heroin, opioid, dan sebagainya (Sianturi dkk., 2022).

c. Halusinogen

Efek dari jenis halusinogen ini adalah menyebabkan halusinasi dan salah satu cara kerjanya adalah dengan meningkatkan efek dari neurotransmitter serotonin sehingga kemampuan otak untuk menerjemahkan impuls menjadi kacau. Dampaknya pengguna akan merasa terlepas dari dunia nyata, bicara melantur serta tidak masuk akal dan tidak bisa merespon stimulus dengan baik. Contoh dari halusinogen adalah LSD PSP dan senyawa psilosibin serta psilosin yang ditemukan dalam *magic mushroom* (Pradesta dkk, 2021).

3.3 Kasus Penyalahgunaan NAPZA

Penyalahgunaan NAPZA adalah penggunaan NAPZA secara patologis (diluar pengobatan) yang sudah berlangsung selama paling sedikit satu bulan berturut-turut dan menimbulkan gangguan dalam fungsi sosial, sekolah atau pekerjaan. Pada umumnya kasus penyalahgunaan NAPZA dilakukan pada usia remaja yakni sebanyak 97% karena pada masa remaja sedang mengalami keadaan emosional yang labil dan mempunyai keinginan besar untuk mencoba serta mudah terpengaruh oleh lingkungan dan teman sebaya (Wulandari dkk., 2015 ; Nurmaya, 2016).



Di kalangan para pelajar terutama bagi mereka yang berada di bangku SMP maupun SMA biasanya diawali dengan perkenalannya dengan rokok dan terlanjur kebiasaan karena kebiasaan merokok ini, menjadi hal yang wajar di kalangan pelajar saat ini kemudian berlanjut mengonsumsi NAPZA. Hal ini terjadi biasanya karena penawaran, bujukan, atau tekanan seseorang atau sekelompok orang kepadanya, misalnya oleh kawan sebayanya atau bisa saja stress yang berkepanjangan, kurangnya perhatian orang tua, keretakan rumah tangga/*broken home* dan sekaligus didorong rasa ingin tahu, ingin mencoba, atau ingin memakai (Nurmaya, 2016).

Penyalahgunaan NAPZA pada dasarnya dapat dikelompokkan menjadi dua bagian besar. Pertama, sebab-sebab yang berasal dari faktor individu seperti pengetahuan, sikap, kepribadian, jeins kelamin, usia, dorongan kenikmatan, perasaan ingin tahu, dan untuk memecahkan persoalan yang

sedang dihadapi. Kelompok kedua berasal dari lingkungannya : pekerjaan, ketidakharmonisan keluarga, kelas sosial ekonomi, dan tekanan kelompok (Lolok, 2020).

3.4 Dampak Penyalahgunaan NAPZA



Dampak terhadap kesehatan tubuh jika digunakan secara terus menerus atau melebihi takaran mengakibatkan ketergantungan sehingga terjadi kerusakan organ tubuh seperti jantung, paru-paru, hati dan ginjal. Dampak penyalahgunaan pada seseorang sangat tergantung pada jenis NAPZA

yang dipakai, kepribadian pemakai dan situasi atau kondisi pemakai. Secara umum dampak penyalahgunaan dapat terlihat pada fisik, psikis maupun sosial (Wulandari dkk., 2015).

3.4.1 Dampak Fisik

Dampak Fisik yang dapat ditimbulkan dari penyalahgunaan NAPZA yaitu; gangguan pada syaraf, jantung dan pembuluh darah, gangguan pada kulit, gangguan pada paru-paru, sering sakit kepala, mual dan muntah, serta berdampak pada reproduksi remaja perempuan antara lain perubahan menstruasi. Jika menggunakan NAPZA/Narkotika terlalu banyak, maka akan menimbulkan hal yang fatal seperti kematian (Adawiah, 2022).

3.4.2 Dampak Psikis

Dampak psikis dari penyalahgunaan NAPZA yaitu dapat menimbulkan gangguan psikis, keracunan obat dan gejala putus obat pada pemakai narkotika akan menimbulkan rasa gelisah, takut,

curiga yang berlebihan, lambat dan ceroboh kerja, sering tegang, hilang kepercayaan diri, penghayal, fobia, menjadi ganas dan brutal, perasaan tertekan dan cenderung menyakiti (Adawiah, 2022).

3.4.3 Dampak Sosial

Dampak sosial sendiri dari penyalahgunaan NAPZA berupa gangguan mental, dikucilkan di lingkungan, merepotkan dan menjadi beban keluarga, anti sosial, pendidikan menjadi terganggu dan masa depan suram. Dampak fisik, psikis dan sosial ini saling terkait, fisik akan membuat rasa sakit yang luar biasa bila terjadi putus obat, maka keinginan (psikis) yang muncul sangat kuat untuk mengonsumsi zat tersebut. Gejala ini berkaitan erat dengan gejala sosial seperti membohongi orang tua, mencuri, pemarkah, bahkan menipu seseorang untuk mendapatkan NAPZA (Adawiah, 2022).

3.5 Upaya Pencegahan dan Penyalahgunaan NAPZA

3.5.1 Pandangan Agama

Dalam menanggulangi bahaya narkoba yang semakin rawan dan rentan dalam masyarakat, agama mengajarkan untuk melakukan langkah-langkah preventif atau pencegahan. Langkah-langkah pencegahan ini misalnya dengan adanya seruan agar kita selalu peduli kepada sesama. Bentuk kepedulian ini diwujudkan dengan turut mengajak rekan-rekan kita kepada hal hal yang positif, serta mencegah agar mereka tidak terjerumus pada hal-hal yang negatif (Amran dan Ritonga, 2022).

3.5.2 Peran Pemerintah

Dalam upaya mensosialisasikan serta memerangi pengedaran gelap narkoba, pemerintah Indonesia memang telah mengatur masalah narkoba, psikotropika, dan obat-obatan berbahaya yang dimulai tahun 1976 dengan membuat peraturan undang-undang nomor 9 tahun 1976, tetapi undang-undang tersebut hanya mengatur tentang narkoba dalam lingkup yang belum

lengkap. Baru kemudian muncul undang-undang nomor 22 tahun 1997 tentang narkotika dan undang-undang nomor 5 tahun 1997 tentang psikotropika (Undang-undang Narkoba) yang merupakan implementasi telah diratifikasinya Konvensi Perserikatan Bangsa-Bangsa tentang Pemberantasan Peredaran Gelap Narkotika dan Psikotropika (Amran dan Ritonga, 2022).

3.5.3 Peran Keluarga atau Orangtua

Keluarga merupakan satu kesatuan hidup (sistim sosial) dan keluarga menyediakan situasi belajar. Sebagai satu kesatuan hidup bersama (system sosial), keluarga terdiri dari ayah, ibu, dan anak. Ikatan kekeluargaan membantu anak mengembangkan sifat persahabatan, cinta kasih, hubungan antar pribadi, kerja sama, disiplin, tingkah laku yang baik, serta pengakuan akan kewibawaan.

Adapun peran dan tanggung jawab orangtua untuk mencegah penyebaran narkotika yaitu :

- a. Orangtua dapat menjadi panutan
- b. Orangtua menjadi tempat bercerita, diskusi, dan curhat
- c. Orangtua menjadi tempat bertanya
- d. Orangtua perlu mengetahui bakat si anak (Amran dan Ritonga, 2022).

3.5.4 Peran Bimbingan Konseling

Konseling merupakan aktivitas yang dilakukan dalam rangka memberikan berbagai alternatif pemecahan masalah mantan penyalahguna. Konseling narkoba merupakan hubungan antara konselor dengan penyalahguna dalam rangka membantu meningkatkan kesadaran akan masalah yang dialaminya serta kekuatan kekuatan yang dimilikinya yang dapat digunakan dalam melakukan perubahan perilaku, mengatasi kesulitan, dan menentukan keputusan (Amran dan Ritonga, 2022).

3.5.5 Peran Media Massa dan Elektronik

Media Massa (Koran dan majalah) mempunyai peranan penting dalam memberantas narkoba. Media massa mempunyai kekuatan yang tidak dimiliki media lain. Media massa mudah didapatkan, bisa dibaca berulang-ulang dan didokumentasikan.

Ada beberapa hal yang bisa diperankan media massa, diantaranya:

- a. Menyajikan pesan tentang undang-undang narkoba, agar masyarakat paham bentuk-bentuk tindakan yang terlibat dengan masalah narkoba dan bentuk tindakan yang melanggar undang-undang narkoba.
- b. Menyajikan berita tentang upaya pemberantasan masalah narkoba agar masyarakat mengerti bagaimana cara memberantas masalah narkoba.
- c. Televisi bisa menayangkan gambar-gambar atau karikatur tentang sosok orang yang terlibat penyalahgunaan narkoba.

- d. Televisi bisa menayangkan film yang berkaitan dengan narkoba, sehingga masyarakat bisa menghindarinya dengan kesadaran (Amran dan Ritonga, 2022).

DAFTAR PUSTAKA

- Adawiah, R. A. 2022. Bahaya Dan Dampak Penyalahgunaan Napza Di Kalangan Pelajar SMAN 9 Bekasi. *Jurnal Pengabdian Bareleng*. 4(1): 6-12.
- Akbar, R. R., Anissa, M., Hariyani, I. P., Rafli, R. 2022. Edukasi Masyarakat Mengenai Gejala Cemas. *Dinamisia: Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*. 6(4): 886-887.
- Amran, A., & Ritonga, A. 2022. Dampak Penyalahgunaan Narkoba Terhadap Kesehatan Psikis Remaja. *Tadbir: Jurnal Manajemen Dakwah FDIK IAIN Padangsidimpuan*, 4(2), 325-356.
- Aprily, N. M., Insani, S. M., Merliana, A. 2022. Analisis Kecemasan *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) Pada Peserta Didik Pasca Pandemi Covid-19. *Jurnal Paud Agapedia*. 6(2): 221-225.
- Darwis, A., Dalimunthe, G. I., dan Riadi, S. 2017. Narkoba, Bahaya Dan Cara Mengantisipasinya. *Amaliah: Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*. 1(1): 36-45.
- Fernando, Y., Napianto, R., Borman, R. I. 2022. Implementasi Algoritma Dempster-Shafer Theory Pada Sistem Pakar Diagnosa Penyakit Psikologis Gangguan Kontrol Impuls. *Insearch: Information System Research Journal*. 2(02): 46-54.
- Gunawan, A., dan Hidayatulloh, A. 2023. Personality Disorder Klaster A: Penyebab dan

- Penanggulangannya. *Jurnal Pelita Nusantara*. 1(3): 291-295.
- Hendrawati, H., Amira, I., Maulana, I., Senjaya, S. 2022. Gangguan Makan Dan Perilaku Bunuh Diri Pada Remaja: Sebuah Tinjauan Literatur. *Holistik Jurnal Kesehatan*. 16(6): 529-530.
- Hermawati, E. dan Permana, I. 2020. Manfaat Terapi Reminiscence Dalam Mengatasi Depresi Pada Lansia. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*. 3(1)
- Leni, M. M., Dwidiyanti, M., Fitrikasari, A. 2023. Efektivitas Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) Untuk Mengurangi Gangguan Kecemasan Dan Depresi Pada Orang Dewasa. *Journal of Telenursing (JOTING)*. 5(1)
- Lolok, N. 2020. Efektivitas Program P4GN Terhadap Pencegahan Penyalahgunaan Napza di SMP Negeri 10 Kota Kendari. *Jurnal Mandala Pengabdian Masyarakat*. 1(1): 33-38.
- Nasution, H. N., dan Firdausi, H. 2021. Pendekatan Diagnosis Dan Tatalaksana Gangguan Mood Pada Usia Lanjut. *Jurnal Kedokteran*. 6(2): 131-135.
- Nurfahanum, R. 2022. Gambaran Penggunaan Obat Antidepresan Pada Pasien Depresi Di RSUD Embung Fatimah Kota Batam Periode Januari - Desember 2020. *Jurnal Health Sains*. 3(3)
- Nurhaeni, A., Marisa, D. E., Oktiany, T. 2022. Peningkatan Pengetahuan Tentang Gangguan Kesehatan Mental Pada Remaja. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Kesehatan*. 1(01).
- Nurmaguphita, D., Husen, M., Trihidayati, N. 2022. Terapi Komplementer Pada Skizofrenia Dengan

- Depresi: A Literature Review. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*. 5(2)
- Nurmaya, A. 2016. Penyalahgunaan Napza di Kalangan Remaja (Studi Kasus Pada 2 Siswa di MAN 2 Kota Bima). *Jurnal Psikologi Pendidikan & Konseling*. 2(1): 26-32.
- Pradesta, R. Y., Susmarini, D., Fitriyani, A., Kuhu, M. M. 2021. Pengaruh Pemberian Media Kartu Kuartet Terhadap Pengetahuan Tentang Napza Pada Anak Sekolah Dasar. *Jurnal Keperawatan Mersi*. 10(2): 49-54.
- Pratiwi, K., dan Rusinani, D. 2022. Literature Review: Gangguan Mental Depresi Pada Wanita. *Jurnal Ilmu Kebidanan (Journal of Midwifery Science)*. 10(3): 103-110.
- Rahman, Q. dan Oktavilantika, D. M. 2023. Profil Penggunaan Obat Antidepresan Pada Pasien Gangguan Ansietas Di Rumah Sakit Bhayangkara Indramayu Pada Tahun 2021. *Jurnal Farmasi Dan Farmakoinformatika*. 1(2): 113-125.
- Sari, R. A. 2020. Literature Review: Postpartum Depression. *Jurnal Kesehatan*. 11(1): 171.
- Sianturi, R., Hartawan, L. A., Rahmah, N. A., Nuril, P. 2022. Efek Penggunaan NAPZA Terhadap Kesehatan Psikologis. *Jurnal Ilmiah, J-Hestech*. 5(2).
- Soen, C. C., Hardjasasmita, I. M., Ulitua, A. E. 2021. Generalized Anxiety Disorder: Diagnosis And Treatment. *Jurnal Muara Medika dan Psikologi Klinis*. 1(2): 133-134.
- Sukma, V. R., Rukhyana, B., Hapsari, P. W. 2021. Perilaku Obsessive Compulsive Disorder Tokoh

- Utama Dalam Drama Kekkon Aite Wa Chusen De Karya Miu Kakiya. *IDEA: Jurnal Studi Jepang*. 3(1): 22-24.
- Wulandari, C. M., Retnowati, D. A., Handojo, K. J., Rosida. 2015. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Penyalahgunaan NAPZA Pada Masyarakat di Kabupaten Jember. *Jurnal Farmasi Komunitas*. 2(1) : 1-4.
- Wulandari, Y. E. 2020. Dinamika Kepribadian Penderita Psikotik Dengan Riwayat Pengalaman Sebagai Korban Perundungan: Sebuah Studi Kasus. *Ristekdik: Jurnal Bimbingan dan Konseling*. 5(2): 218-220.

BUKU SAKU | FARMAKOEDUKASI LITERASI KESEHATAN MENTAL DAN NAPZA

Pengabdian Masyarakat Universitas Sumatera Utara | 2024

