HUBUNGAN TINGKAT RISIKO PENGGUNAAN ZAT PSIKOAKTIF DENGAN KUALITAS HIDUP PADA DEWASA MUDA

PROPOSAL SKRIPSI

UNIVERSITAS TRISAKTI

Disusun Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan
Mencapai Derajat Sarjana Kedokteran

MUHAMAD SYAHREZA TRIHATMANTO, 030002300160

PROGRAM STUDI KEDOKTERAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS TRISAKTI

JAKARTA, JUNI 2026

Bidang Ilmu: Klinik

PROPOSAL SKRIPSI

HUBUNGAN TINGKAT RISIKO PENGGUNAAN ZAT PSIKOAKTIF DENGAN KUALITAS HIDUP PADA DEWASA MUDA

UNIVERSITAS TRISAKTI

Disusun untuk memenuhi sebagian persyaratan

Mencapai derajat sarjana kedokteran

MUHAMAD SYAHREZA TRIHATMANTO, 030002300160

PROGRAM STUDI KEDOKTERAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS TRISAKTI

JAKARTA, JUNI 2026

PERSETUJUAN

Proposal Skripsi

HUBUNGAN TINGKAT RISIKO PENGGUNAAN ZAT PSIKOAKTIF DENGAN KUALITAS HIDUP PADA DEWASA MUDA

MUHAMMAD SYAHREZA TRIHATMANTO
NIM 030002300160

Telah disetujui untuk diuji di hadapan
Tim Penguji Proposal Skripsi
Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti

Pada Hari ..Kamis... , Tanggal ..18.....Juni... 2026

Pembimbing

dr. Nuryani Sidarta, Sp.KFR

PENGESAHAN PROPOSAL SKRIPSI

Judul:

HUBUNGAN TINGKAT RISIKO PENGGUNAAN ZAT PSIKOAKTIF DENGAN KUALITAS HIDUP PADA DEWASA MUDA

Muhamad Syahreza Trihatmanto
NIM 030002300160

Telah diuji dan disahkan di hadapan **Dewan Penguji Proposal Skripsi**
Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti
Pada Hari, Tanggal

Ketua Penguji
Nama : ……
NIK : .....
Anggota Penguji I
Nama : dr. Nuryani Sidarta, Sp. KFR
NIK : 2487/USAKTI
Anggota Penguji II
Nama : …...……
NIK : .....

Jakarta, ……..…20……
Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti

Dr.dr. Yenny, Sp.FK
NIK: 2613/USAKTI

PERNYATAAN KEASLIAN PROPOSAL SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama	: Muhamad Syahreza Trihatmanto
NIM	: 030002300160
Program Studi	: Kedokteran
Alamat Korespondensi	: Jl. Tawakal XI No.41A, Tomang, Jakarta Barat
Telepon / mobile	: 081513806162
E-mail	: 030002300160@std.trisakti.ac.id
Judul skripsi	: Hubungan Tingkat Risiko Penggunaan Zat Psikoaktif dengan Kualitas Hidup pada Dewasa Muda

Dengan ini menyatakan bahwa proposal skripsi yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya ilmiah saya sendiri. Proposal skripsi ini belum pernah diajukan sebagai suatu karya ilmiah untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan proposal skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut sesuai dengan SK Permendiknas No.17 tahun 2010 tentang pencegahan dan penanggulangan plagiat di perguruan tinggi.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya, agar dapat dimanfaatkan sebagaimana mestinya.

Jakarta, 18 Juni 2026



Muhamad Syahreza Trihatmanto

NIM 030002300160

DAFTAR ISI

PERSETUJUAN PROPOSAL SKRIPSI ii
PENGESAHAN PROPOSAL SKRIPSI iii
PERNYATAAN KEASLIAN PROPOSAL SKRIPSI iv
DAFTAR ISI v
DAFTAR TABEL vii
DAFTAR GAMBAR viii
DAFTAR LAMPIRAN ix
DAFTAR SINGKATAN 1
BAB I PENDAHULUAN 2
1.1 Latar belakang 2
1.2 Perumusan masalah 3
1.3 Tujuan 3
1.4 Hipotesis 4
1.5 Manfaat 4
BAB II TINJAUAN, RINGKASAN PUSTAKA, KERANGKA TEORI 5
2.1 Tinjauan Pustaka 5
2.1.1 Dewasa muda 5
2.1.2 Zat psikoaktif 6
2.1.3 Dampak sistemik penggunaan zat psikoaktif 7
2.1.3.1 Disregulasi hormonal akibat penggunaan zat psikoaktif 7
2.1.3.2 *Gut-Brain Axis* 7
2.1.3.3 *Polydrug use* dan implikasinya 8
2.1.4 Tingkat risiko penggunaan zat psikoaktif 8
2.1.5 Instrumen pengukur tingkat risiko 10
2.1.6 Kualitas hidup 13
2.1.7 Instrumen pengukuran kualitas hidup 14
2.1.8 Hubungan Tingkat Risiko Penggunaan Zat Psikoaktif dengan Kualitas Hidup 15
2.2 Ringkasan pustaka 18
2.3 Kerangka teori 20
BAB III KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL 21
3.1 Kerangka konsep 21
3.2 Definisi operasional 22
BAB IV METODE 24
4.1 Desain 24
4.2 Lokasi dan waktu 24
4.3 Populasi dan subjek 24
4.3.1 Populasi 25
4.3.1.1 Populasi target 25
4.3.1.2 Populasi terjangkau 25
4.3.2 Subjek 25
4.3.2.1 Kriteria pemilihan subjek 25
4.3.2.2 Perhitungan jumlah subjek 26

4.3.3 Teknik *sampling*....28
4.4 Bahan dan instrumen....28
4.5 Analisis statistik....29
4.5.1 Analisis univariat....29
4.5.2 Analisis bivariat....29
4.5.3 Tingkat kemaknaan statistik....30
4.6 Alur kerja penelitian....30
4.7 Etika penelitian....30
4.8 Penjadwalan penelitian....30
REFERENSI....32
LAMPIRAN....36

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Ringkasan pustaka.....18
Tabel 2. Definisi operasional.....22
Tabel 3. Penjadwalan pelaksanaan penelitian.....30

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Kerangka teori.....20
Gambar 2. Kerangka konsep.....21
Gambar 3. Alur kerja.....30

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. *Dummy table*.....36
Lampiran 2. *Informed consent*.....38
Lampiran 3. Formulir persetujuan responden.....39
Lampiran 4. Kuesioner penelitian.....40

DAFTAR SINGKATAN

ASSIST v3.1	: *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* versi 3.1
ASSIST 11	: *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* - 11
AUDIT	: *Alcohol Use Disorders Identification Test*
BNN RI	: Badan Narkotika Nasional Republik Indonesia
CAGE Questionnaire	: *Cut down, annoyed, guilty, eye-opener Questionnaire*
CI	: *Confidence Interval*
DAST	: *Drug Abuse Screening Test*
EQ-5D	: *EuroQol – 5 Dimension*
GABA	: *gamma-aminobutyric acid*
NPS	: *New Psychoactive Substances*
QLICD-DA	: *Quality of Life Instrument for Chronic Diseases - Drug Addiction*
SF-36	: *Short Form Health Survey* - 36
SUD	: *Substance Use Disorder*
WHO	: World Health Organization
WHOQOL-BREF	: World Health Organization *Quality of Life* - BREF
WHOQOL-100	: World Health Organization *Quality of Life* - 100

BAB I
PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Dewasa muda merupakan kelompok usia produktif yang berada pada fase transisional menuju kemandirian secara sosial, akademik, dan ekonomi.[1] Fase ini sering disebut sebagai *young/emerging adulthood*, umumnya berada pada rentang usia 18–29 tahun dan ditandai dengan eksplorasi identitas.[1,2] Pada periode perkembangan ini, individu cenderung mengalami peningkatan perilaku eksploratif dan berisiko, termasuk mencoba berbagai kebiasaan baru seperti penggunaan zat psikoaktif.

Secara global, penggunaan zat psikoaktif menjadi bagian dari masalah kesehatan masyarakat yang signifikan. Berdasarkan laporan dari United Nations Office on Drugs and Crime melalui *World Drug Report*, lebih dari 296 juta orang di dunia diestimasi menggunakan zat psikoaktif pada tahun 2021, dengan kelompok usia dewasa muda merupakan salah satu populasi dengan prevalensi penggunaan yang relatif tinggi.[3] Di Indonesia, survei nasional yang dilaksanakan oleh Badan Narkotika Nasional (BNN) menunjukkan bahwa remaja usia akhir hingga dewasa muda, termasuk mahasiswa, merupakan salah satu kelompok dengan paparan zat psikoaktif yang cukup bermakna.[4] Bukti signifikan ini menjadi salah satu indikator bahwa kelompok dewasa muda merupakan populasi yang relevan untuk diteliti dalam konteks penggunaan zat psikoaktif.

Penggunaan zat psikoaktif memiliki dampak terhadap biologis dan sistem neurokognitif individu. Secara khusus, zat psikoaktif dapat memengaruhi aktivitas sistem saraf pusat melalui perubahan pada sistem neurotransmiter di otak. Perubahan pada sistem neurotransmiter ini dapat menimbulkan berbagai konsekuensi psikologis, seperti perubahan suasana hati, penurunan motivasi, serta gangguan dalam fungsi sosial dan produktivitas individu.[5]

Perubahan kondisi psikologis dan fungsi sosial yang terjadi akibat penggunaan zat psikoaktif pada akhirnya dapat memengaruhi bagaimana individu menilai kondisi kesehatan dan kualitas hidupnya secara keseluruhan. Sejumlah

penelitian terbaru menunjukkan bahwa individu dengan penggunaan zat psikoaktif atau dengan tingkat risiko penggunaan zat yang lebih tinggi cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih rendah dibandingkan individu yang tidak menggunakan zat.[6–8] Temuan tersebut menunjukkan bahwa penggunaan zat tidak hanya berdampak pada kesehatan fisik, tetapi juga berkaitan erat dengan kesejahteraan subjektif dan kualitas hidup individu secara keseluruhan.[6]

Penilaian tingkat risiko penggunaan zat psikoaktif penting tidak hanya dalam konteks klinis, tetapi juga dalam penanganan di institusi sosial yang menampung dewasa muda dengan masalah penggunaan zat di luar sistem pelayanan kesehatan formal. Meskipun institusi sosial umumnya telah melakukan skrining penggunaan zat menggunakan ASSIST (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test)*, gambaran mengenai kualitas hidup penghuninya secara terstruktur masih jarang dievaluasi dan dilaporkan. Kondisi ini menunjukkan adanya celah informasi yang relevan untuk dikaji, mengingat kualitas hidup merupakan indikator kesejahteraan multidimensional yang penting dalam menentukan kebutuhan intervensi secara lebih komprehensif.

Oleh karena itu, penelitian ini dilakukan untuk menganalisis hubungan antara tingkat risiko penggunaan zat psikoaktif dengan kualitas hidup pada dewasa muda yang berada dalam penanganan institusi sosial. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran ilmiah mengenai profil kualitas hidup pada kelompok dewasa muda dengan masalah penggunaan zat, serta menjadi dasar pertimbangan dalam pengembangan pendekatan penanganan yang lebih holistik dan berbasis bukti di institusi sosial.

1.2 Perumusan masalah

Apakah terdapat hubungan antara tingkat risiko penggunaan zat psikoaktif dengan kualitas hidup pada dewasa muda?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan umum

Untuk meningkatkan kualitas hidup dari dewasa muda.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Untuk menentukan tingkat risiko penggunaan zat psikoaktif pada dewasa muda.
2. Untuk menentukan tingkat kualitas hidup per domain pada dewasa muda.
3. Untuk menentukan hubungan antara tingkat risiko penggunaan zat psikoaktif dengan skor kualitas hidup secara keseluruhan pada dewasa muda.

1.4 Hipotesis

Terdapat hubungan antara tingkat risiko penggunaan zat psikoaktif dengan kualitas hidup pada dewasa muda.

1.5 Manfaat

Bagi pengembangan ilmu pengetahuan

- Memberikan kontribusi ilmiah dalam pengembangan kajian mengenai hubungan antara risiko penggunaan zat psikoaktif dan kualitas hidup multidimensional pada populasi dewasa muda di Indonesia (literatur lokal).

Bagi profesi/institusi

- Menjadi dasar evaluasi dan pemantauan kualitas hidup pasien yang sedang menjalani program rehabilitasi sebagai indikator prognosis kesembuhan klinis.

Bagi masyarakat

- Menjadi bahan pertimbangan bagi manajemen dan tenaga kesehatan di Sentra Galih Pakuan Bogor dalam merumuskan pendekatan program rehabilitasi yang lebih holistik dan tidak hanya berfokus pada detoksifikasi fisik.

BAB II
TINJAUAN, RINGKASAN PUSTAKA, KERANGKA TEORI

2.1 Tinjauan Pustaka

2.1.1 Dewasa muda

Dewasa muda merupakan tahap perkembangan yang berada pada masa transisi antara remaja dan dewasa penuh. Pada periode ini individu mulai mengalami peningkatan kemandirian serta perubahan dalam berbagai aspek kehidupan, termasuk pendidikan, pekerjaan, dan hubungan interpersonal. Masa ini juga ditandai dengan proses pembentukan identitas diri serta penyesuaian terhadap berbagai peran sosial yang lebih kompleks dibandingkan masa remaja.(1)

Salah satu konsep yang banyak digunakan untuk menjelaskan tahap perkembangan ini adalah *emerging adulthood* yang diperkenalkan oleh Jeffrey Jensen Arnett. Konsep tersebut mendefinisikan *emerging adulthood* sebagai fase perkembangan yang umumnya berada pada rentang usia 18 hingga 29 tahun.(1) Pada periode ini individu berada pada tahap eksplorasi identitas, mengalami ketidakstabilan dalam berbagai aspek kehidupan, serta memiliki kecenderungan untuk mencoba berbagai kemungkinan dalam menentukan arah masa depan.(1)

Dalam perspektif kesehatan masyarakat, WHO mengelompokkan individu usia 10 hingga 24 tahun sebagai kelompok remaja dan pemuda (*adolescents and young people),* yaitu fase perkembangan yang berada pada masa transisi menuju kehidupan dewasa.(9) Kelompok usia ini sering digunakan dalam penelitian kesehatan karena berkaitan dengan berbagai perubahan perilaku kesehatan serta meningkatnya kecenderungan individu untuk terlibat dalam perilaku berisiko.(9)

Selain itu, perkembangan biologis dan neurologis pada masa dewasa muda masih terus berlangsung, terutama pada area otak yang berperan dalam pengambilan keputusan dan pengendalian perilaku.(10) Salah satu bagian otak yang mengalami perkembangan penting pada periode ini adalah korteks prefrontal, yang berfungsi dalam regulasi emosi, kontrol impuls, serta proses pengambilan keputusan.(10) Penelitian menunjukkan bahwa proses pematangan struktur dan fungsi pada area ini masih berlangsung hingga masa awal dewasa, sehingga

individu pada tahap perkembangan ini cenderung memiliki kerentanan lebih tinggi terhadap perilaku berisiko.[10]

Karakteristik perkembangan pada masa dewasa muda juga berkaitan dengan kecenderungan individu untuk mengeksplorasi berbagai pengalaman baru, termasuk dalam gaya hidup dan perilaku kesehatan. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa kelompok usia ini memiliki prevalensi perilaku berisiko kesehatan yang relatif lebih tinggi dibandingkan kelompok usia yang lebih tua, termasuk penggunaan zat psikoaktif seperti alkohol, tembakau, maupun zat lainnya.[1,2,5] Oleh karena itu, dewasa muda sering menjadi kelompok populasi yang penting dalam penelitian terkait perilaku kesehatan dan faktor risiko yang dapat memengaruhi kesejahteraan individu. Berdasarkan konsep *emerging adulthood* yang banyak digunakan dalam penelitian perkembangan, penelitian ini menggunakan batasan usia 18 hingga 29 tahun untuk mendefinisikan kelompok dewasa muda.[1]

2.1.2 Zat psikoaktif

Zat psikoaktif merupakan zat yang ketika dikonsumsi dapat memengaruhi fungsi sistem saraf pusat sehingga menimbulkan perubahan pada persepsi, suasana hati, kesadaran, kognisi, maupun perilaku individu. Menurut WHO, zat psikoaktif mencakup berbagai kelompok zat baik yang legal maupun ilegal yang bekerja secara langsung pada sistem saraf pusat dan dapat menyebabkan perubahan fungsi mental maupun perilaku.[11]

Secara farmakologis, zat psikoaktif bekerja dengan memodulasi berbagai sistem neurotransmiter di otak, seperti dopamin, serotonin, dan *gamma-aminobutyric acid* (GABA).[12] Sistem neurotransmiter tersebut berperan dalam regulasi suasana hati, motivasi, proses kognitif, serta *reward system*.[5] Aktivasi jalur dopamin pada sistem penghargaan otak merupakan salah satu mekanisme utama yang mendasari efek menyenangkan dari penggunaan zat psikoaktif serta berperan dalam terjadinya penggunaan berulang hingga ketergantungan.[12]

Berdasarkan efek farmakologisnya terhadap sistem saraf pusat, zat psikoaktif dapat diklasifikasikan ke dalam beberapa kelompok utama, antara lain depresan, stimulan, opioid, halusinogen, serta kanabis.[12] Setiap kelompok zat

memiliki mekanisme kerja yang berbeda, namun secara umum dapat memengaruhi fungsi kognitif, emosi, serta perilaku individu. Selain zat psikoaktif klasik, dalam beberapa tahun terakhir juga muncul berbagai *new psychoactive substances* (NPS) yang merupakan senyawa sintetis yang dirancang untuk meniru efek zat psikoaktif konvensional.[13]

Penggunaan zat psikoaktif merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang signifikan di berbagai negara.[3,11] Penggunaan zat tersebut dapat menimbulkan berbagai dampak kesehatan, termasuk gangguan fungsi neurologis, gangguan psikologis, serta penurunan fungsi sosial dan produktivitas individu. Dampak tersebut tidak hanya dipengaruhi oleh jenis zat yang digunakan, tetapi juga oleh frekuensi penggunaan, jumlah konsumsi, serta tingkat risiko penggunaan zat pada individu. Oleh karena itu, penilaian terhadap tingkat risiko penggunaan zat psikoaktif menjadi penting dalam upaya identifikasi dini individu yang berisiko mengalami dampak kesehatan akibat penggunaan zat.

2.1.3 Dampak sistemik penggunaan zat psikoaktif

2.1.3.1 Disregulasi hormonal akibat penggunaan zat psikoaktif

Zat psikoaktif memengaruhi aksis hipotalamus–hipofisis–adrenal (HPA) dan aksis hipotalamus–hipofisis–gonad (HPG). Paparan zat secara berulang mengaktifkan respons stres melalui pelepasan kortisol yang berlebihan, yang seiring waktu menyebabkan disregulasi aksis HPA dan memperkuat siklus kecanduan.[14,15] Pada sistem reproduksi, penggunaan opioid dan zat lain dikaitkan dengan hipogonadisme, penurunan kadar testosteron, serta gangguan fungsi gonad dan adrenal.[16,17] Gangguan hormonal ini berperan penting karena hormon seperti kortisol dan hormon seks turut memodulasi nafsu makan, metabolisme energi, dan komposisi tubuh — sehingga menjadi salah satu jalur yang menghubungkan penggunaan zat dengan perubahan status gizi.[15]

2.1.3.2 *Gut-Brain Axis*

Gut-Brain Axis merupakan jalur komunikasi dua arah antara saluran cerna dan sistem saraf pusat yang melibatkan sinyal neural, imun, dan endokrin. Penggunaan zat psikoaktif dapat mengubah komposisi mikrobiota usus (disbiosis), yang selanjutnya memengaruhi produksi neurotransmiter, respons inflamasi, dan

perilaku terkait kecanduan.[18,19] Perubahan mikrobiota ini juga berkaitan dengan gangguan penyerapan nutrien dan regulasi nafsu makan, sehingga memperberat risiko malnutrisi pada pengguna zat.[20] Dengan demikian, aksis ini menjadi penghubung biologis antara pola konsumsi zat, status gizi, dan kondisi psikologis pengguna.

2.1.3.3 *Polydrug use* dan implikasinya

Penggunaan zat multipel (*polydrug use*) didefinisikan sebagai penggunaan lebih dari satu jenis zat psikoaktif, baik secara bersamaan maupun berurutan dalam kurun waktu tertentu.[21] Pola ini meningkatkan kompleksitas dampak kesehatan karena efek antar-zat dapat saling memperkuat, sehingga memperbesar risiko gangguan fisik, psikologis, dan gizi dibandingkan penggunaan zat tunggal.[22] Interaksi antara berbagai zat dengan status gizi ini menegaskan bahwa penilaian tingkat risiko penggunaan zat sebaiknya mempertimbangkan seluruh jenis zat yang digunakan responden, sebagaimana diakomodasi oleh instrumen ASSIST.

2.1.4 Tingkat risiko penggunaan zat psikoaktif

Penggunaan zat psikoaktif pada setiap individu tidak selalu menunjukkan tingkat keparahan yang sama. Berkembang dari hal tersebut, dalam konteks kesehatan masyarakat dan kedokteran, penggunaan zat psikoaktif sering dinilai berdasarkan tingkat risiko penggunaan, yaitu tingkat kemungkinan seseorang mengalami dampak kesehatan fisik, psikologis, maupun sosial akibat pola penggunaan zat tersebut. Penilaian terhadap tingkat risiko ini penting untuk mengidentifikasi individu yang berpotensi mengalami masalah terkait penggunaan zat sehingga intervensi dapat dilakukan secara lebih dini.[12]

Menurut WHO, tingkat risiko penggunaan zat psikoaktif berkaitan erat dengan frekuensi penggunaan, jumlah zat yang dikonsumsi, jenis zat yang digunakan, serta dampak yang telah muncul akibat penggunaan tersebut.[23] Individu yang menggunakan zat psikoaktif secara sporadis dengan jumlah kecil umumnya memiliki risiko yang lebih rendah dibandingkan individu yang menggunakan zat secara rutin atau dalam jumlah besar.[23,24] Selain itu, jenis zat juga memengaruhi tingkat risiko karena beberapa zat memiliki potensi ketergantungan yang lebih tinggi dibandingkan zat lainnya.[24]

Selain faktor pola penggunaan, tingkat risiko penggunaan zat psikoaktif juga dipengaruhi oleh berbagai faktor individu dan lingkungan. Faktor individu yang berperan antara lain usia, kondisi kesehatan mental, kemampuan pengendalian diri, serta adanya riwayat penggunaan zat sebelumnya.[25] Sementara itu, faktor lingkungan seperti pengaruh teman sebaya, tekanan sosial, kondisi keluarga, serta ketersediaan zat di lingkungan sekitar juga dapat meningkatkan kemungkinan seseorang menggunakan zat psikoaktif secara berisiko.[13,26]

Secara umum, tingkat risiko penggunaan zat psikoaktif dapat diklasifikasikan menjadi risiko rendah, risiko sedang, dan risiko tinggi.[23,24] Individu dengan risiko rendah umumnya memiliki pola penggunaan yang minimal atau tidak menunjukkan tanda-tanda dampak kesehatan yang signifikan. Pada kelompok risiko sedang, individu mulai menunjukkan pola penggunaan yang berpotensi menimbulkan dampak negatif terhadap kesehatan atau fungsi sosial apabila penggunaan tersebut berlanjut. Sementara itu, individu dengan risiko tinggi memiliki kemungkinan yang lebih besar untuk mengalami gangguan penggunaan zat/*substance use disorder* (SUD), ketergantungan, dan berbagai komplikasi kesehatan fisik maupun mental.[23,24]

Penilaian terhadap tingkat risiko penggunaan zat psikoaktif memiliki peran penting dalam proses skrining, pencegahan dan penindaklanjutan. Identifikasi tingkat risiko memungkinkan tenaga kesehatan untuk menentukan jenis intervensi yang paling sesuai, mulai dari edukasi kesehatan dan konseling singkat pada individu dengan risiko rendah hingga intervensi yang lebih intensif atau rujukan ke layanan spesialis pada individu dengan risiko tinggi. Pendekatan berbasis tingkat risiko ini juga banyak digunakan dalam berbagai instrumen skrining penggunaan zat yang dikembangkan untuk kepentingan penelitian maupun praktik klinis.[23,24]

Selain itu, berbagai penelitian menunjukkan bahwa individu dengan tingkat risiko penggunaan zat psikoaktif yang lebih tinggi cenderung mengalami dampak kesehatan yang lebih besar, termasuk gangguan kesehatan mental, penurunan fungsi kognitif, masalah hubungan sosial, serta penurunan kualitas hidup.[2,26,27] Oleh karena itu, penilaian terhadap tingkat risiko penggunaan zat psikoaktif

menjadi penting dalam memahami hubungan antara penggunaan zat dengan berbagai indikator kesejahteraan individu.

2.1.5 Instrumen pengukur tingkat risiko

Penggunaan zat psikoaktif merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang memerlukan deteksi dini untuk mencegah berkembangnya gangguan penggunaan zat. Oleh karena itu, berbagai instrumen skrining telah dikembangkan untuk mengidentifikasi individu yang memiliki pola penggunaan zat berisiko sehingga dapat dilakukan intervensi secara lebih dini. Instrumen tersebut umumnya digunakan dalam penelitian epidemiologi maupun praktik klinis untuk menilai pola penggunaan zat serta tingkat risiko yang mungkin dialami individu.

Beberapa instrumen skrining yang sering digunakan untuk menilai penggunaan zat psikoaktif antara lain CAGE (*Cut down, annoyed, guilty, eye-opener) Questionnaire* (empat pertanyaan untuk skrining alkoholisme), *Drug Abuse Screening Test* (DAST), *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), serta *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST).[23,24,28] CAGE merupakan instrumen skrining singkat yang terutama digunakan untuk mendeteksi masalah penggunaan alkohol, sedangkan DAST lebih berfokus pada identifikasi penyalahgunaan obat selain alkohol.[28] Sementara itu, AUDIT dikembangkan oleh WHO untuk menilai penggunaan alkohol secara lebih komprehensif.[28] Meskipun instrumen-instrumen tersebut memiliki kegunaan yang penting, sebagian besar hanya berfokus pada jenis zat tertentu sehingga kurang mampu menggambarkan keterlibatan individu terhadap berbagai jenis zat psikoaktif secara bersamaan.[28]

Untuk mengatasi keterbatasan tersebut, WHO mengembangkan *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST) melalui ASSIST *Working Group* sebagai alat skrining yang mampu menilai keterlibatan individu terhadap berbagai jenis zat psikoaktif secara simultan.[23,24] Instrumen ini dirancang untuk digunakan dalam berbagai setting pelayanan kesehatan, khususnya pelayanan kesehatan primer, serta dapat digunakan pada berbagai populasi dengan latar belakang budaya yang berbeda.[23,24]

ASSIST menilai keterlibatan individu terhadap beberapa kelompok zat psikoaktif, antara lain tembakau, alkohol, kanabis, kokain, stimulan tipe amfetamin, inhalan, sedatif atau hipnotik, halusinogen, opioid, serta zat lainnya.[23,24] Instrumen ini terdiri dari delapan pertanyaan utama yang menilai berbagai aspek penggunaan zat, seperti riwayat penggunaan sepanjang hidup, frekuensi penggunaan dalam tiga bulan terakhir, keinginan kuat untuk menggunakan zat (*craving*), masalah kesehatan atau sosial yang muncul akibat penggunaan zat, kegagalan menjalankan tanggung jawab karena penggunaan zat, kekhawatiran dari orang lain terhadap penggunaan zat, serta upaya individu untuk mengurangi penggunaan zat.[23,24]

Selain menilai frekuensi penggunaan zat, ASSIST juga mengevaluasi beberapa dimensi penting dalam perilaku penggunaan zat, antara lain keinginan kuat terhadap zat, kesulitan mengendalikan penggunaan, serta dampak negatif terhadap kesehatan dan fungsi sosial individu.[23,24] Instrumen ini juga menilai adanya kekhawatiran dari orang lain terhadap perilaku penggunaan zat serta riwayat upaya individu untuk mengurangi atau menghentikan penggunaan zat tersebut. Penilaian terhadap berbagai dimensi tersebut memungkinkan identifikasi yang lebih komprehensif terhadap pola penggunaan zat pada individu. [23,24]

Setiap pertanyaan dalam ASSIST memiliki skor tertentu yang kemudian dijumlahkan untuk menghasilkan *substance involvement score* pada masing-masing jenis zat. Berdasarkan skor tersebut, tingkat risiko penggunaan zat diklasifikasikan menjadi tiga kategori utama, yaitu risiko rendah, risiko sedang, dan risiko tinggi. [23,24] Individu dengan risiko rendah umumnya tidak memerlukan intervensi khusus selain edukasi kesehatan. Individu dengan risiko sedang disarankan mendapatkan intervensi singkat (*brief intervention*) untuk mencegah progresivitas penggunaan zat, sedangkan individu dengan risiko tinggi memerlukan evaluasi lebih lanjut serta kemungkinan rujukan ke layanan spesialis untuk penanganan gangguan penggunaan zat. [23,24]

Dalam perkembangannya, WHO mengembangkan ASSIST versi 3.1 (ASSIST v3.1) sebagai versi yang telah direvisi untuk meningkatkan kejelasan pertanyaan serta kemudahan penggunaan dalam berbagai konteks penelitian dan pelayanan kesehatan. Versi ini tetap mempertahankan struktur dasar instrumen

namun dengan beberapa penyempurnaan dalam formulasi pertanyaan dan sistem interpretasi skor sehingga lebih konsisten dalam penggunaan lintas populasi. Oleh karena itu, ASSIST v3.1 menjadi salah satu versi yang banyak digunakan dalam penelitian terkait penggunaan zat psikoaktif. [23–25]

ASSIST telah melalui proses validasi internasional pada tahap pengembangannya. Studi pengembangan awal menunjukkan bahwa instrumen ini memiliki validitas konstruk yang baik serta reliabilitas internal yang memadai untuk digunakan pada berbagai populasi dan konteks budaya. [23,24] Penelitian psikometrik lintas negara juga menunjukkan bahwa ASSIST memiliki konsistensi internal yang baik dengan nilai *Cronbach's alpha* umumnya ≥0,70, yang menunjukkan tingkat reliabilitas internal yang memadai.[23] Selain itu, skor ASSIST juga menunjukkan korelasi yang signifikan dengan beberapa instrumen skrining penggunaan zat yang telah digunakan secara luas, seperti AUDIT untuk penggunaan alkohol dan *Fagerström Test for Nicotine Dependence* untuk penggunaan tembakau, sehingga mendukung validitas konvergen instrumen ini.[23]

Selain validasi internasional, instrumen ASSIST juga telah diadaptasi ke dalam berbagai bahasa, termasuk Bahasa Indonesia. Di Indonesia, ASSIST telah diadopsi secara resmi sebagai salah satu instrumen standar dalam alur pelayanan rehabilitasi, yang dimuat dalam panduan teknis bagi profesional adiksi oleh *Colombo Plan Drug Advisory Programme* bersama Badan Narkotika Nasional Republik Indonesia (BNN RI) untuk keperluan penerimaan awal, skrining, serta asesmen penggunaan zat psikoaktif.[25]

Berbagai penelitian terdahulu mengenai penggunaan zat psikoaktif umumnya hanya berfokus pada prevalensi penggunaan dan efek neurobiologis, sementara penelitian yang mengevaluasi instrumen ASSIST dengan indikator kesejahteraan subjektif seperti kualitas hidup masih terbatas. Khususnya pada populasi klinis formal yang sedang menjalani masa pemulihan di fasilitas rehabilitasi seperti Sentra Galih Pakuan Bogor, dinamika antara tingkat keparahan risiko penggunaan zat masa lalu dengan kualitas hidup pasien saat ini belum banyak dievaluasi. Kondisi ini menunjukkan adanya celah penelitian yang sangat relevan untuk dikaji, guna mengoptimalkan luaran (*outcome*) rehabilitasi yang paripurna.

2.1.6 Kualitas hidup

Kualitas hidup (*quality of life*) merupakan konsep multidimensional yang menggambarkan persepsi individu terhadap posisi mereka dalam kehidupan, dalam konteks budaya dan sistem nilai tempat mereka hidup serta hubungannya dengan tujuan, harapan, standar, dan perhatian individu tersebut.[29] Definisi ini dikemukakan oleh WHO melalui WHOQOL Group yang mengembangkan konsep kualitas hidup dalam konteks kesehatan dan kesejahteraan manusia. Konsep ini menekankan bahwa kualitas hidup tidak hanya ditentukan oleh kondisi kesehatan fisik, tetapi juga dipengaruhi oleh faktor psikologis, hubungan sosial, serta lingkungan tempat individu hidup.[29]

Dalam bidang kesehatan, kualitas hidup sering digunakan sebagai indikator untuk menilai dampak suatu kondisi kesehatan terhadap kehidupan individu secara menyeluruh.[29,30] Penilaian kualitas hidup memungkinkan peneliti untuk memahami bagaimana kondisi kesehatan, perilaku, maupun faktor sosial memengaruhi kesejahteraan individu secara subjektif.[30] Oleh karena itu, kualitas hidup menjadi salah satu indikator penting dalam penelitian kesehatan masyarakat maupun klinis karena mampu memberikan gambaran yang lebih komprehensif mengenai status kesehatan seseorang.

Kualitas hidup umumnya dipandang sebagai konsep yang bersifat multidimensional, yang mencakup beberapa domain utama. WHOQOL Group mengidentifikasi empat domain utama kualitas hidup, yaitu kesehatan fisik, kesehatan psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan.[29] Domain kesehatan fisik mencakup aspek seperti energi, kelelahan, mobilitas, serta kemampuan menjalankan aktivitas sehari-hari. Domain psikologis mencakup perasaan positif dan negatif, citra diri, serta fungsi kognitif. Domain hubungan sosial berkaitan dengan kualitas hubungan interpersonal serta dukungan sosial yang dimiliki individu, sedangkan domain lingkungan mencakup aspek seperti keamanan, akses terhadap pelayanan kesehatan, kondisi tempat tinggal, serta sumber daya ekonomi.[29,30]

Pada kelompok usia dewasa muda, kualitas hidup dipengaruhi oleh berbagai faktor yang berkaitan dengan fase transisi kehidupan yang sedang dijalani.[27,29,31]

Periode ini sering ditandai dengan perubahan dalam bidang pendidikan, pekerjaan, hubungan sosial, serta peningkatan kemandirian individu. Perubahan-perubahan tersebut dapat memberikan peluang perkembangan positif, namun juga dapat menimbulkan tekanan psikologis maupun perubahan perilaku yang berpotensi memengaruhi kesejahteraan individu secara keseluruhan. Oleh karena itu, evaluasi kualitas hidup pada kelompok usia dewasa muda menjadi penting untuk memahami kondisi kesejahteraan mereka secara lebih komprehensif.

2.1.7 Instrumen pengukuran kualitas hidup

Dalam penelitian kesehatan, berbagai instrumen telah dikembangkan untuk mengukur kualitas hidup. Beberapa instrumen yang dapat digunakan antara lain *Short Form Health Survey* (SF-36), WHO *Quality of Life* (WHOQOL), serta *EuroQol-5 Dimension* (EQ-5D). Masing-masing instrumen memiliki karakteristik yang berbeda dalam hal jumlah domain yang diukur, panjang kuesioner, serta tujuan penggunaannya dalam penelitian atau praktik klinis.

Salah satu instrumen yang banyak digunakan dalam penelitian kesehatan adalah WHOQOL-BREF, yang dikembangkan oleh WHO sebagai versi singkat dari WHOQOL-100 untuk mengukur kualitas hidup secara lintas budaya. Instrumen ini dirancang untuk menilai persepsi individu terhadap kualitas hidupnya dalam berbagai domain kehidupan yang relevan dengan kesejahteraan manusia. Karena dikembangkan melalui penelitian lintas budaya, WHOQOL-BREF memiliki keunggulan dalam hal validitas konseptual serta kemampuan untuk digunakan pada berbagai populasi di berbagai negara.[32,33]

WHOQOL-BREF, yang terdiri dari 26 item dan mencakup empat domain, yaitu kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan. Instrumen ini dikembangkan oleh WHO melalui pendekatan lintas budaya sehingga memungkinkan perbandingan antar populasi. Selain itu, instrumen ini juga memuat dua pertanyaan umum yang menilai persepsi individu terhadap kualitas hidup secara keseluruhan dan kepuasan terhadap kondisi kesehatan. Skor pada masing-masing domain dihitung sesuai pedoman WHO dan ditransformasikan ke dalam skala 0–100, di mana skor yang lebih tinggi menunjukkan kualitas hidup yang lebih baik.[32,33]

WHOQOL-BREF telah diterjemahkan dan diadaptasi ke dalam berbagai bahasa, termasuk Bahasa Indonesia, melalui proses adaptasi lintas budaya. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa WHOQOL-BREF versi Bahasa Indonesia memiliki validitas dan reliabilitas yang baik untuk mengukur kualitas hidup pada berbagai populasi. Penelitian oleh Purba dkk. menunjukkan bahwa WHOQOL-BREF memiliki konsistensi internal dan reliabilitas yang memadai pada populasi umum Indonesia. Temuan tersebut mendukung penggunaan WHOQOL-BREF sebagai instrumen yang valid dan reliabel untuk mengukur kualitas hidup pada populasi Indonesia, termasuk dewasa muda.[34]

2.1.8 Hubungan Tingkat Risiko Penggunaan Zat Psikoaktif dengan Kualitas Hidup

Penggunaan zat psikoaktif merupakan salah satu faktor yang dapat memengaruhi kualitas hidup individu melalui berbagai mekanisme biologis, psikologis, dan sosial. [2,13,31]

Secara teoritis, peningkatan tingkat risiko penggunaan zat psikoaktif dapat menimbulkan berbagai perubahan pada fungsi biologis maupun psikososial yang pada akhirnya berdampak terhadap penurunan kualitas hidup. Salah satu mekanisme yang terlibat adalah perubahan pada sistem neurotransmiter di otak, khususnya dopamin, serotonin, dan *gamma-aminobutyric acid* (GABA).[5,12] Intervensi pada jalur persarafan ini secara langsung akan mengubah pusat kendali emosi, fungsi kognitif, serta mengaktivasi sirkuit penghargaan otak (*brain reward pathways*), yang bisa memicu sensasi euforia sekaligus menjadi dasar mekanisme terjadinya ketergantungan.[5,12] Gangguan pada sistem neurotransmiter tersebut dapat menyebabkan perubahan emosi, peningkatan risiko gangguan *mood*, serta penurunan kesejahteraan psikologis individu.[5,12,13]

Selain itu, penggunaan zat psikoaktif juga dapat memengaruhi kesehatan fisik melalui berbagai mekanisme, seperti gangguan pola tidur, penurunan energi, perubahan metabolisme, serta peningkatan risiko penyakit kronis. Kondisi tersebut dapat menyebabkan penurunan kemampuan individu dalam menjalankan aktivitas sehari-hari serta berkontribusi terhadap penurunan skor kualitas hidup pada domain kesehatan fisik.[5,6,12]

Dari aspek psikologis, penggunaan zat psikoaktif sering kali berkaitan dengan peningkatan risiko gangguan kesehatan mental, seperti depresi, kecemasan, serta gangguan kontrol impuls.[2] Penggunaan zat juga dapat memperburuk regulasi emosi serta memengaruhi fungsi kognitif seperti perhatian, memori, dan pengambilan keputusan. Gangguan pada fungsi psikologis ini berpotensi menurunkan persepsi individu terhadap kesejahteraan hidupnya secara keseluruhan.[2,12,13]

Pengaruh penggunaan zat psikoaktif juga terlihat pada aspek sosial kehidupan individu.[2,5] Individu dengan tingkat risiko penggunaan zat yang lebih tinggi sering mengalami konflik interpersonal, penurunan kualitas hubungan sosial, serta berkurangnya dukungan sosial dari lingkungan sekitar. Selain itu, penggunaan zat dapat berdampak pada fungsi akademik atau pekerjaan, seperti penurunan prestasi, absensi yang meningkat, serta kesulitan dalam mempertahankan produktivitas. Kondisi tersebut pada akhirnya dapat memengaruhi domain hubungan sosial dan domain lingkungan dalam penilaian kualitas hidup.[2,5,30]

Beberapa studi pada populasi dewasa muda dan pelajar telah menunjukkan adanya hubungan antara penggunaan zat psikoaktif dan kualitas hidup. Individu dengan tingkat penggunaan zat yang lebih tinggi cenderung memiliki skor kualitas hidup yang lebih rendah dibandingkan individu dengan penggunaan zat yang minimal atau tidak menggunakan zat. Penurunan kualitas hidup tersebut paling sering ditemukan pada domain psikologis dan hubungan sosial, meskipun dampak pada domain kesehatan fisik dan lingkungan juga dapat terjadi.[2,30,31]

Penelitian yang dilakukan oleh Chih dkk. pada populasi dewasa muda di Australia menunjukkan bahwa penggunaan zat psikoaktif yang diukur menggunakan ASSIST 11 berhubungan dengan penurunan kualitas hidup pada berbagai domain WHOQOL-BREF. Individu dengan tingkat penggunaan zat yang lebih tinggi memiliki skor kualitas hidup yang lebih rendah, terutama pada domain kesehatan psikologis dan hubungan sosial. Temuan tersebut menunjukkan bahwa dampak penggunaan zat tidak hanya berkaitan dengan kesehatan fisik, tetapi juga memengaruhi fungsi psikososial yang berperan penting dalam kesejahteraan individu.[35]

Temuan serupa juga dilaporkan di Indonesia oleh Josephine dkk. pada siswa SMA dengan risiko gangguan bipolar di Kelurahan Penjaringan, Jakarta Utara. Penelitian tersebut menemukan bahwa penggunaan zat berhubungan secara bermakna dengan kualitas hidup pada domain hubungan sosial, di mana responden yang menggunakan zat memiliki kemungkinan lebih besar mengalami kualitas hidup yang buruk dibandingkan responden yang tidak menggunakan zat. Hasil tersebut menunjukkan bahwa penggunaan zat dapat berdampak terhadap aspek interaksi sosial dan dukungan sosial yang merupakan komponen penting dalam kualitas hidup.[36]

Sejumlah penelitian terdahulu memperkuat temuan tersebut: studi pada pasien gangguan penggunaan zat secara konsisten menunjukkan penurunan kualitas hidup, baik diukur dengan QLICD-DA (*Quality of Life Instrument for Chronic Diseases - Drug Addiction*) maupun WHOQOL-BREF, bahkan dengan titik potong (*cut-off*) WHOQOL-BREF yang khusus untuk populasi ini, dan penurunan serupa juga ditemukan pada pengguna zat beserta keluarganya.[7,37] Dari sisi instrumen, ASSIST v3.1 terbukti valid untuk menilai tingkat risiko penggunaan zat, sementara studi prevalensi pada dewasa muda dan mahasiswa menegaskan tingginya keterlibatan zat pada kelompok usia ini.[38–41] Di Indonesia, penelitian pada warga binaan dan residen rehabilitasi narkotika melaporkan kualitas hidup yang bervariasi serta dipengaruhi berbagai determinan,sekaligus menekankan pentingnya intervensi pemulihan yang berkelanjutan.[42–46]

Kendati demikian, sebagian besar penelitian yang tersedia dilakukan pada populasi umum, pelajar, atau pasien gangguan penggunaan zat secara umum. Penelitian yang secara khusus mengevaluasi hubungan antara tingkat risiko penggunaan zat psikoaktif berdasarkan ASSIST v3.1 dengan kualitas hidup berdasarkan WHOQOL-BREF pada dewasa muda yang sedang menjalani pembinaan atau rehabilitasi di institusi sosial di Indonesia masih relatif terbatas. Oleh karena itu, penelitian ini bersifat esensial untuk memberikan gambaran mengenai hubungan tersebut pada populasi yang memiliki karakteristik risiko lebih tinggi sehingga dapat menjadi dasar pengembangan program rehabilitasi yang lebih komprehensif, holistik dan berorientasi pada peningkatan kualitas hidup.

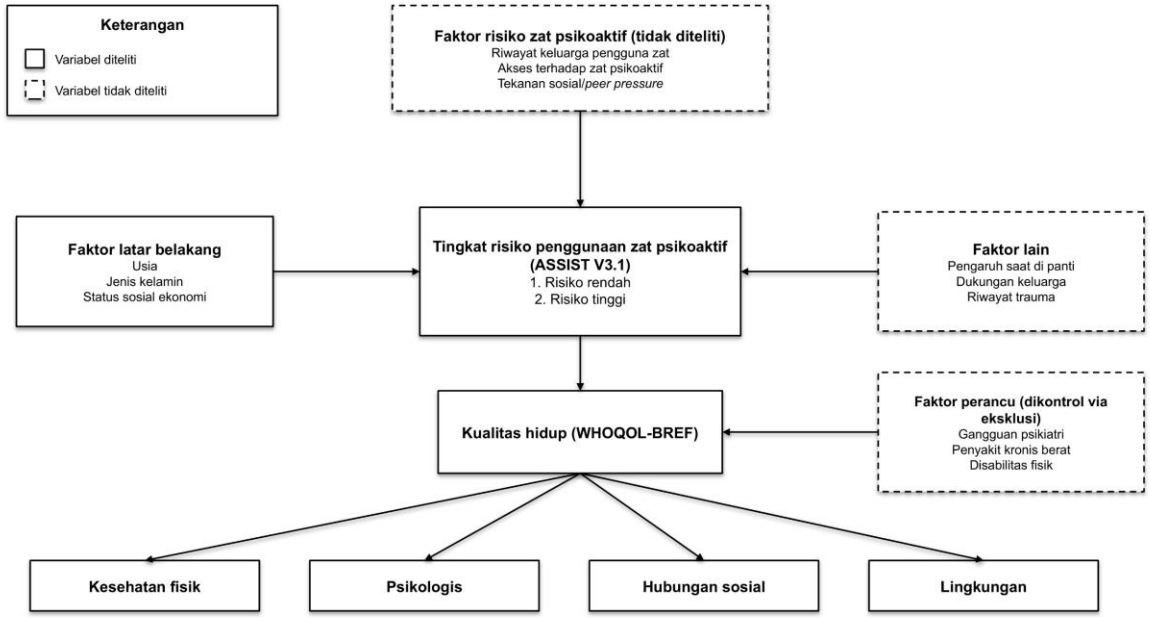
2.2 Ringkasan pustaka

Tabel 1. Ringkasan pustaka

Peneliti	Lokasi & waktu	Desain	Subjek	Variabel yang diteliti	Hasil
Bratu, M. L. dkk.[27]	11 negara, 2023	Tinjauan sistematis	6.079 orang	WHOQOL & WHOQOL-BREF	Individu dengan SUD memiliki kualitas hidup yang secara signifikan lebih rendah dibandingkan populasi umum di seluruh domain. Variabilitas skor tertinggi ditemukan pada domain fisik, di mana lama penggunaan zat, riwayat kriminal, pengangguran, dan pendidikan rendah menjadi prediktor utama penurunan kesejahteraan.
Armoon, B. dkk.[31]	7 negara, 2022	Meta-analisis	17 studi (ukuran sampel 160-43.093 partisipan)	Berbagai skala (termasuk WHOQOL)	Usia yang lebih tua dan penggunaan alkohol berhubungan negatif dengan domain kualitas hidup fisik (beta = -2,21). Dukungan jaringan sosial dari keluarga atau teman meningkatkan kualitas hidup mental (OR=1,05) secara signifikan. Penggunaan kokain dan adanya gangguan mental penyerta dikaitkan dengan skor kualitas hidup mental yang lebih rendah dibandingkan pengguna zat lain.
Pasareanu, A.R. dkk.[30]	Norwegia, 2022	Studi prospektif longitudinal	202 pasien rawat inap	QoL-5	Peningkatan kualitas hidup signifikan pada penindaklanjutan 6 bulan setelah menjalani perawatan khusus SUD. Sebanyak 58% pasien mengalami perubahan QoL positif, pasien perempuan menunjukkan manfaat klinis lebih besar dibandingkan laki-laki (OR=2,64). QoL yang rendah saat awal masuk rumah sakit sangat dipengaruhi oleh tingginya beban gejala psikiatri pada pasien
Chih TL dkk.[35]	Australia, 2023	Potong lintang	82.243 orang	ASSIST 11	ASSIST merupakan instrumen unidimensi dalam investigasi lintas sektoral skala besar di lebih dari 40 negara dan lebih dari 20 bahasa.

Josephine ES dkk.[36]	Jakarta Utara, 2022	Potong lintang	203 orang	Risiko bipolar terhadap kualitas hidup yang dipengaruhi oleh penggunaan zat	Sebanyak 96,6% responden memiliki risiko gangguan bipolar disertai penggunaan zat dan menurunnya kualitas hidup.

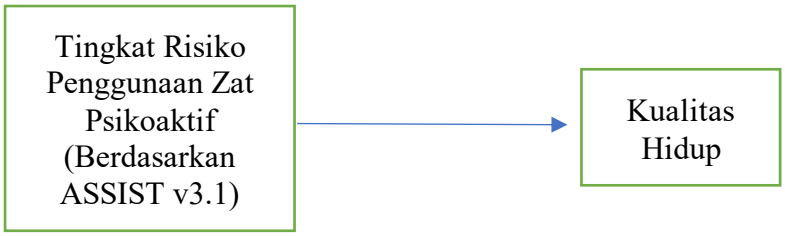
2.3 Kerangka teori



Gambar 1. Kerangka teori

BAB III
KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka konsep



Gambar 2. Kerangka konsep

3.2 Definisi operasional

Tabel 2. Definisi operasional

Variabel	Definisi	Alat ukur	Cara mengukur	Hasil	Skala	Referensi
Tingkat risiko penggunaan zat psikoaktif	Tingkat risiko penggunaan zat psikoaktif pada individu berdasarkan pola penggunaan alkohol, tembakau, dan zat lainnya yang diklasifikasikan menjadi risiko rendah, sedang, dan tinggi	ASSIST v3.1	Responden mengisi kuesioner ASSIST yang terdiri dari 8 pertanyaan mengenai frekuensi penggunaan zat psikoaktif seumur hidup dan 3 bulan terakhir	Berdasarkan skor *Specific Substance Involvement Score* tertinggi, responden dikategorikan menjadi: • Risiko rendah (<27) • Risiko tinggi (≥27)	Ordinal	WHO ASSIST *Working Group*.[24]
Kualitas hidup	Persepsi individu terhadap posisi hidupnya dalam konteks budaya, sistem nilai, tujuan hidup, harapan, standar, dan perhatian yang dimiliki	WHOQOL-BREF	Responden mengisi kuesioner WHOQOL-BREF yang terdiri dari 26 pertanyaan yang mencakup empat domain kualitas hidup	Skor WHOQOL-BREF ditransformasi ke skala 0–100 sesuai pedoman WHO. Kualitas hidup dikategorikan menjadi: • Tidak baik (<60) • Baik (≥60) berdasarkan nilai *cutoff* yang telah digunakan dalam penelitian Silva dkk.	Ordinal	WHOQOL Group *by* WHO dan Silva dkk.[33,47]

Dewasa muda	Manusia berusia 18-29 tahun	-	Usia berdasarkan tanggal lahir di identitas resmi yang terdaftar	-	Rasio	Arnett dkk..[1]

BAB IV
METODE

4.1 Desain

Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan pendekatan *cross-sectional.* Penelitian dilakukan untuk menganalisis hubungan antara tingkat risiko penggunaan zat psikoaktif dengan kualitas hidup pada dewasa muda.

Pengumpulan data dilakukan di lokasi (*on-site)* menggunakan kuesioner berbasis Google Form yang berisi pertanyaan karakteristik responden, kuesioner ASSIST v3.1 untuk menilai tingkat risiko penggunaan zat psikoaktif, serta kuesioner WHOQOL-BREF untuk mengukur kualitas hidup responden.

Pendekatan *cross-sectional* dipilih karena memungkinkan peneliti untuk menilai hubungan antara variabel bebas dan variabel tergantung pada waktu yang sama dalam satu periode pengambilan data.

4.2 Lokasi dan waktu

Penelitian dilakukan di Sentra Galih Pakuan Bogor, yaitu institusi sosial yang menampung dewasa muda dengan masalah penggunaan zat psikoaktif. Pengumpulan data menggunakan kuesioner berbasis Google Form yang diisi oleh responden secara mandiri dengan pendampingan langsung oleh peneliti (*assisted self-administered questionnaire*). Pendampingan dilakukan untuk memastikan pemahaman responden terhadap pertanyaan kuesioner, meminimalkan data yang tidak lengkap, serta mengurangi kemungkinan *non-response* akibat ketidakpahaman instruksi pengisian.

Waktu pengambilan data dilaksanakan pada periode Agustus-November 2026.

4.3 Populasi dan subjek

4.3.1 Populasi

4.3.1.1 Populasi target

Populasi target dalam penelitian ini adalah dewasa muda usia 18–29 tahun dengan riwayat penggunaan zat psikoaktif.

4.3.1.2 Populasi terjangkau

Populasi terjangkau dalam penelitian ini adalah seluruh warga binaan dewasa muda usia 18–29 tahun yang menjalani pembinaan di Sentra Galih Pakuan Bogor pada periode pengambilan data.

4.3.2 Subjek

Subjek penelitian adalah warga binaan Panti Sentra Galih Pakuan Bogor yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi serta bersedia berpartisipasi dalam penelitian dengan mengisi kuesioner secara lengkap.

4.3.2.1 Kriteria pemilihan subjek

Kriteria Inklusi

1. Dewasa muda laki-laki dan perempuan usia 18–29 tahun
2. Menjalani pembinaan di Panti Sentra Galih Pakuan Bogor pada periode pengambilan data
3. Bersedia menjadi responden penelitian dengan memberikan persetujuan *informed consent* secara tertulis
4. Mampu membaca dan memahami kuesioner dalam bahasa Indonesia
5. Mengisi kuesioner penelitian secara lengkap

Kriteria Eksklusi

1. Responden tidak mengisi data lengkap.
2. Responden yang sedang mengalami gangguan medis berat meliputi keganasan aktif, gagal organ kronis, atau penyakit autoimun sistemik berat atau penyakit kronis yang signifikan dapat memengaruhi kualitas hidup secara langsung.
3. Responden yang menyatakan telah didiagnosis oleh dokter dengan gangguan psikiatri berat, meliputi skizofrenia, gangguan bipolar, atau gangguan depresif mayor, karena kondisi tersebut merupakan faktor

independen yang secara langsung memengaruhi skor WHOQOL-BREF pada seluruh domain

4. Responden yang menyatakan mengalami disabilitas fisik permanen yang membatasi aktivitas sehari-hari, seperti amputasi atau paralisis, karena kondisi tersebut secara langsung memengaruhi domain kesehatan fisik pada WHOQOL-BREF secara independen dari penggunaan zat
5. Responden yang menarik diri.

   Catatan: lama rawat dan tanggal masuk warga binaan tidak dijadikan kriteria eksklusi, namun dicatat sebagai data demografi dan diakui sebagai potensi faktor perancu yang tidak dikontrol secara statistik, sesuai dengan keterbatasan desain *cross-sectional*.

4.3.2.2 Perhitungan jumlah subjek

Besar sampel minimal penelitian dihitung menggunakan rumus estimasi proporsi pada populasi terbatas. Perhitungan awal dilakukan menggunakan rumus untuk populasi tak terhingga (*infinite population*) sebagai berikut:

$$n = \frac{Z_\alpha^2 P(1-P)}{d^2}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.57 \times (1-0.57)}{(0.05)^2}$$

$$n = 376{,}63$$

$$n \approx 377\ orang$$

Keterangan:

n : Jumlah sampel minimal yang diperlukan

Za : Simpangan baku alfa untuk tingkat kemaknaan 95% (uji dua arah) = 1,96

P : Proporsi pengguna zat psikoaktif dengan kualitas hidup rendah, yaitu 57% (P = 0,57), berdasarkan penelitian Erita & Besral (2019) pada pengguna zat di Jakarta menggunakan WHOQOL-BREF.[7]

d : Tingkat ketelitian yang dikehendaki (0,05)

Untuk mengakomodasi faktor populasi terjangkau dalam penelitian ini yang terbatas, yaitu warga binaan dewasa muda di Sentra Galih Pakuan Bogor, maka dilakukan koreksi populasi terbatas (*finite population correction*) menggunakan rumus:

$$n_f = \frac{n}{1 + \frac{n-1}{N}}$$

$$n_f = \frac{377}{1 + \frac{377-1}{120}}$$

$$n_f = \frac{377}{1 + \frac{376}{120}}$$

$$n_f = 91{,}21$$

$$n_f \approx 92\ orang$$

Berdasarkan hasil perhitungan di atas, diperoleh besar sampel minimal sebanyak 92 responden. Untuk mengantisipasi adanya subjek yang gugur (*dropout*), dilakukan koreksi besar sampel dengan perkiraan proporsi *dropout* sebesar 10% ($f = 0{,}10$) menggunakan rumus berikut:

$$n_{\text{akhir}} = \frac{n}{1 - f}$$

$$n_{\text{akhir}} = \frac{92}{1 - 0{,}10}$$

$$n_{\text{akhir}} = 102{,}22 \approx 103 \text{ responden}$$

Keterangan:

n : Jumlah sampel minimal yang diperlukan

n_f : Besar sampel setelah koreksi populasi terbatas

n_{akhir} : Besar sampel akhir

Dengan demikian, total sampel minimal yang disiapkan dan dibutuhkan dalam penelitian ini setelah mengantisipasi kemungkinan *dropout* adalah sebanyak 103 responden.

4.3.3 Teknik *sampling*

Teknik *sampling* yang digunakan adalah *consecutive non-random sampling*, yaitu seluruh subjek yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi direkrut secara berurutan sampai jumlah sampel minimal terpenuhi.

4.4 Bahan dan instrumen

Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini meliputi:

1. Kuesioner risiko penggunaan zat psikoaktif

Tingkat risiko penggunaan zat psikoaktif diukur menggunakan ASSIST v3.1 (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*), yang dikembangkan oleh WHO. Instrumen ini terdiri dari pertanyaan yang menilai frekuensi penggunaan zat, keinginan kuat (*craving*), gangguan kontrol penggunaan, dampak kesehatan dan sosial, serta riwayat intervensi terhadap penggunaan zat dalam tiga bulan terakhir.

Kategorisasi tingkat risiko didasarkan pada *Specific Substance Involvement Score* tertinggi dari seluruh jenis zat yang dinilai, mengacu pada pendekatan WHO ASSIST *Working Group* (Humeniuk dkk):

a. Risiko rendah: skor tertinggi <27
b. Risiko tinggi: skor tertinggi ≥27

2. Kuesioner kualitas hidup

Kualitas hidup diukur menggunakan WHOQOL-BREF, yang dikembangkan oleh WHO. Instrumen ini terdiri dari 26 pertanyaan yang terbagi dalam empat domain utama: kesehatan fisik, kesehatan psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan.

Skor WHOQOL-BREF dihitung sesuai pedoman WHO dan ditransformasi ke dalam skala 0–100. Untuk keperluan analisis, skor total WHOQOL-BREF dikategorikan menjadi dua kelompok berdasarkan nilai *cutoff* yang digunakan oleh Silva dkk., yaitu:

a. Kualitas hidup tidak baik <60
b. Kualitas hidup baik ≥60

Analisis per domain dilakukan sebagai analisis sekunder untuk memberikan gambaran yang lebih rinci mengenai aspek kualitas hidup yang paling terdampak.

4.5 Analisis statistik

4.5.1 Analisis univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan karakteristik responden, meliputi usia, jenis kelamin, lama rawat di Sentra Galih Pakuan Bogor, dan variabel sosiodemografi lainnya. Data kategorik disajikan dalam bentuk frekuensi dan persentase.

Selain itu, analisis univariat dilakukan untuk menggambarkan distribusi frekuensi tingkat risiko penggunaan zat psikoaktif berdasarkan ASSIST v3.1 yang dikategorikan menjadi risiko rendah dan risiko tinggi, serta distribusi frekuensi kualitas hidup berdasarkan WHOQOL-BREF yang dikategorikan menjadi kualitas hidup baik dan tidak baik pada seluruh responden penelitian.

4.5.2 Analisis bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara tingkat risiko penggunaan zat psikoaktif dengan kualitas hidup pada dewasa muda.

Tingkat risiko penggunaan zat psikoaktif dikategorikan menjadi risiko rendah dan risiko tinggi berdasarkan skor ASSIST v3.1, sedangkan kualitas hidup dikategorikan menjadi kualitas hidup baik dan tidak baik berdasarkan skor WHOQOL-BREF. Kedua variabel merupakan data kategorik dengan dua kategori, sehingga analisis dilakukan menggunakan uji *Chi-square* pada tabel kontingensi 2×2.

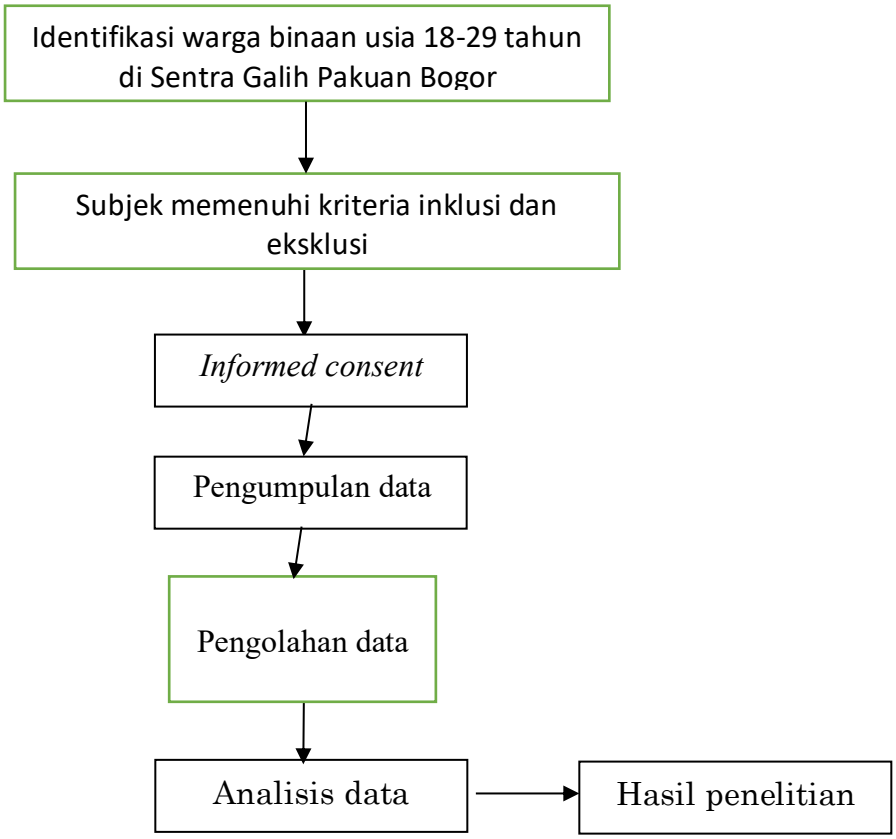
Apabila terdapat sel dengan frekuensi harapan (*expected count*) kurang dari lima, maka analisis akan dilakukan menggunakan uji *Fisher's Exact Test* sebagai alternatif yang lebih sesuai.

Hasil analisis disajikan dalam bentuk nilai p untuk menilai signifikansi hubungan antara kedua variabel.

4.5.3 Tingkat kemaknaan statistik

Pada penelitian ini, tingkat kemaknaan statistik yang digunakan adalah p < 0,05 dengan *confidence interval* (CI) 95%.

4.6 Alur kerja penelitian



Gambar 3. Alur kerja

4.7 Etika penelitian

Penelitian ini akan dilakukan setelah lolos kaji etik Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti.

4.8 Penjadwalan penelitian

Tabel 3. Penjadwalan pelaksanaan penelitian

Kegiatan	2026											
	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agu	Sep	Okt	Nov	Des
Pemilihan judul												
Penyusunan dan penyelesaian BAB I **(Pendahuluan)**												
Penyusunan dan penyelesaian BAB II (**Tinjauan Pustaka)**												
Penyusunan dan penyelesaian BAB III **(Kerangka konsep & definisi operasional)**												
Penyusunan dan penyelesaian BAB IV **(Metode)**												
Konsultasi												
Penyerahan proposal												
Persiapan ujian												
Ujian proposal												
Pekerjaan sampel												
Analisa data												
Penyusunan skripsi												

REFERENSI

1. Arnett JJ. Emerging Adulthood: The Winding Road from the Late Teens Through the Twenties. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 2024.
2. Crouse JJ, Ho N, Scott J, dkk. Dynamic networks of psychological symptoms, impairment, substance use, and social support: The evolution of psychopathology among emerging adults. European Psychiatry. 2022;65(1). doi: 10.1192/j.eurpsy.2022.23
3. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2023. Vienna: UNODC; 2023.
4. Badan Narkotika Nasional Republik Indonesia. Survei Prevalensi Penyalahgunaan Narkoba Tahun 2023. Jakarta: BNN RI; 2023.
5. Volkow ND, Blanco C. 5 Substance use disorders: a comprehensive update of classification, epidemiology, neurobiology, clinical aspects, treatment and prevention. Vol. 22, World Psychiatry. 2023.
6. Wang M, Yu T. 7 Global burden of disease among adolescents and young adults with drug use disorders, 1990–2021: based on GBD 2021. Front Public Health. 2025;13. doi: 10.3389/fpubh.2025.1583812
7. Erita D. Quality of Life among Drug Users http://www.ektodermaldisplazi.com/journal.htm Dewi Erita, and et al Quality of Life among Drug Users in Jakarta, Indonesia [Internet]. Vol. 12, Journal of International Dental and Medical Research. 2019. Tersedia pada: http://www.ektodermaldisplazi.com/journal.htm
8. Armoon B, Fleury MJ, Bayat AH, Bayani A, Mohammadi R, Griffiths MD. Quality of life and its correlated factors among patients with substance use disorders: a systematic review and meta-analysis. Archives of Public Health. 2022;80(1). doi: 10.1186/s13690-022-00940-0
9. World Health Organization. Engaging young people for health and sustainable development. Geneva: WHO; 2018. [Internet]. Tersedia pada: http://apps.who.int/bookorders.
10. Shaw GA, Dupree JL, Neigh GN. 10 Adolescent maturation of the prefrontal cortex: Role of stress and sex in shaping adult risk for compromise. Vol. 19, Genes, Brain and Behavior. Blackwell Publishing Ltd; 2020. doi: 10.1111/gbb.12626
11. World Health Organization. Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. Geneva: WHO; 2024.
12. Chiappini S, Schifano F. 12 An Update on Psychoactive Substances: Pharmacology and Toxicology Issues. Vol. 16, Pharmaceuticals. Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI); 2023. doi: 10.3390/ph16081177
13. Taflaj B, La Maida N, Tittarelli R, Di Trana A, D'Acquarica I. 13 New Psychoactive Substances Toxicity: A Systematic Review of Acute and Chronic Psychiatric Effects. Vol. 25, International Journal of Molecular Sciences. Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI); 2024. doi: 10.3390/ijms25179484

14. Wemm SE, Sinha R. Drug-induced stress responses and addiction risk and relapse. Vol. 10, Neurobiology of Stress. Elsevier Inc; 2019. doi: 10.1016/j.ynstr.2019.100148
15. Famitafreshi H, Karimian M. Hormones can influence drug addiction-A narrative review. Vol. 11, BioMedicine (Taiwan). China Medical University; 2021. hlm. 5–10. doi: 10.37796/2211-8039.1120
16. Duca Y, Aversa A, Condorelli RA, Calogero AE, La Vignera S. Substance abuse and male hypogonadism. Vol. 8, Journal of Clinical Medicine. MDPI; 2019. doi: 10.3390/jcm8050732
17. Brown TT, Wisniewski AB, Dobs AS. Gonadal and Adrenal Abnormalities in Drug Users: Cause or Consequence of Drug Use Behavior and Poor Health Outcomes.
18. Fu X, Chen T, Cai J, Liu B, Zeng Y, Zhang X. The Microbiome–Gut–Brain Axis, a Potential Therapeutic Target for Substance-Related Disorders. Vol. 12, Frontiers in Microbiology. Frontiers Media S.A.; 2021. doi: 10.3389/fmicb.2021.738401
19. Russell JT, Zhou Y, Weinstock GM, Bubier JA. The Gut Microbiome and Substance Use Disorder. Vol. 15, Frontiers in Neuroscience. Frontiers Media S.A.; 2021. doi: 10.3389/fnins.2021.725500
20. García-Cabrerizo R, Cryan JF. A gut (microbiome) feeling about addiction: Interactions with stress and social systems. Vol. 30, Neurobiology of Stress. Elsevier Inc.; 2024. doi: 10.1016/j.ynstr.2024.100629
21. Font-Mayolas S, Calvo F. Polydrug Definition and Assessment: The State of the Art. Vol. 19, International Journal of Environmental Research and Public Health. MDPI; 2022. doi: 10.3390/ijerph192013542
22. Timko C, Han X, Woodhead E, Shelley A, Cucciare MA. Polysubstance Use by Stimulant Users: Health Outcomes Over Three Years. J Stud Alcohol Drugs. 2018;
23. Muhamad NA, Mihat O, Ramly R, dkk. Translation, Cross-Cultural Adaptation, Reliability and Validity of the Malay Version of Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) V3.1. Health N Hav. 2018;10(07):985–97. doi: 10.4236/health.2018.107073
24. Humeniuk Rachel. 14 The Alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST) : manual for use in primary care. World Health Organization; 2010. 68 hlm.
25. Awai P, Terapi dan Dokumentasi untuk Para Profesional Adiksi Panduan Peserta R. Colombo Plan Drug Advisory Programme. Terapi dan dokumentasi untuk para profesional adiksi: panduan peserta. Universal Treatment Curriculum for Substance Use Disorders (UTC). Colombo: Colombo Plan DAP; 2020.
26. Nawi AM, Ismail R, Ibrahim F, dkk. Risk and protective factors of drug abuse among adolescents: a systematic review. BMC Public Health. 2021;21(1):2088. doi: 10.1186/s12889-021-11906-2
27. Bratu ML, Sandesc D, Anghel T, dkk. Evaluating the Aspects of Quality of Life in Individuals with Substance Use Disorder: A Systematic Review Based on the WHOQOL Questionnaire. Vol. 16, Journal of Multidisciplinary

Healthcare. Dove Medical Press Ltd; 2023. hlm. 4265–78. doi: 10.2147/JMDH.S440764
28. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care. 2001.
29. Cai T, Verze P, Bjerklund Johansen TE. The Quality of Life Definition: Where Are We Going? Uro. 2021;1(1):14–22. doi: 10.3390/uro1010003
30. Pasareanu AR, Opsal A, Vederhus JK, Kristensen Ø, Clausen T. Quality of life improved following in-patient substance use disorder treatment. Health Qual Life Outcomes. 2015;13(1):35. doi: 10.1186/s12955-015-0231-7
31. Armoon B, Fleury MJ, Bayat AH, Bayani A, Mohammadi R, Griffiths MD. Quality of life and its correlated factors among patients with substance use disorders: a systematic review and meta-analysis. Archives of Public Health. 2022;80(1):179. doi: 10.1186/s13690-022-00940-0
32. Kalfoss MH, Reidunsdatter RJ, Klöckner CA, Nilsen M. Validation of the WHOQOL-Bref: psychometric properties and normative data for the Norwegian general population. Health Qual Life Outcomes. 2021;19(1):13. doi: 10.1186/s12955-020-01656-x
33. World Health Organization. WHOQOL user manual Revised. Geneva: Programme on Mental Health, WHO; 2012.
34. Purba FD, Hunfeld JAM, Iskandarsyah A, dkk. Quality of life of the Indonesian general population: Test-retest reliability and population norms of the EQ-5D-5L and WHOQOL-BREF. PLoS One. 2018;13(5). doi: 10.1371/journal.pone.0197098
35. Lee C-T, Lin C-Y, Bőthe B, Koós M, Nagy L, Kraus SW, dkk. The eleven-item Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST-11): cross-cultural psychometric evaluation across 42 countries. J Psychiatr Res. 2023;165:16–27. doi:10.1016/j.jpsychires.2023.06.033. Vol. 27, Ateret Gewirtz-Meydan.
36. Emerencia J, Sudirman S, Hasan S. Hubungan Antara Penggunaan Zat dan Kualitas Hidup pada Siswa SMA dengan Risiko Gangguan Bipolar di Kelurahan Penjaringan Jakarta Utara. Vol. 21, Damianus Journal of Medicine. 2022.
37. Maksimovic JM, Sbutega OB, Pavlovic AD, dkk. Characteristics and quality of life of substance users and their caregivers. Medicine (United States). 2022;101(31):E29699. doi: 10.1097/MD.0000000000029699
38. Ma Z, Liu Y, Wan C, Jiang J, Li X, Zhang Y. Health-related quality of life and influencing factors in drug addicts based on the scale QLICD-DA: a cross-sectional study. Health Qual Life Outcomes. 2022;20(1). doi: 10.1186/s12955-022-02012-x
39. Muller AE, Skurtveit S, Clausen T. Performance of the WHOQOL-BREF among Norwegian substance use disorder patients. BMC Med Res Methodol. 2019;19(1). doi: 10.1186/s12874-019-0690-3
40. Shmulewitz D, Levitin MD, Eliashar R, Mikulincer M, Lev-Ran S. Network analysis of Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) 3.1 items for non-medical use of alcohol, tobacco, cannabis,

prescription sedatives, prescription stimulants, and prescription opioids. Front Psychiatry. 2025;16. doi: 10.3389/fpsyt.2025.1541628
41. Dayal P, Kaloiya GS. Quality of Life in Alcohol Use Disorder: Exploration of Predictive Factors in a Cross-Sectional Study. Psychiatry International. 2024;5(1):101–20. doi: 10.3390/psychiatryint5010008
42. Essadi A, Aissaoui H, Yeznasni A, dkk. Psychoactive substance use and associated factors among Mohammed first university students, Oujda, Morocco: a cross-sectional study. BMC Public Health. 2024;24(1). doi: 10.1186/s12889-024-19507-5
43. Herdriani P, Josias A, Runturambi S, dkk. How to cite: KUALITAS HIDUP WARGA BINAAN PEMASYARAKATAN (WBP) YANG MENGIKUTI LAYANAN REHABILITASI DI LAPAS NARKOTIKA JAKARTA BERDASARKAN WHOQOL-BREF. 2022;7(6).
44. Setiawan TA, Bida O, Nurdin NH. ANALISIS DETERMINAN KUALITAS HIDUP WARGA BINAAN: STUDI PADA RUTAN KELAS IIB PASANGKAYU. Journal Publicuho. 2025;8(3):1687–98. doi: 10.35817/publicuho.v8i3.888
45. Fathiariani L, Mutia S, Wati R, Fahdhienie F. QUALITY OF LIFE AND MENTAL HEALTH EDUCATION IN A RESIDENTIAL REHABILITATION SETTING IN ACEH, INDONESIA. Jurnal Pengabdian Masyarakat Dalam Kesehatan. 2025;7(2):73–9. doi: 10.20473/jpmk.v7i2.75747
46. Siste K, Ophinni Y, Hanafi E, dkk. Relapse Prevention Group Therapy in Indonesia Involving Peers via Videoconferencing for Substance Use Disorder: Development and Feasibility Study. JMIR Form Res. 2024;8. doi: 10.2196/50452
47. Silva PAB, Soares SM, Santos JFG, Silva LB. Cut-off point for WHOQOL-BREF as a measure of quality of life of older adults. Rev Saude Publica. 2014;48(3):390–7. doi: 10.1590/S0034-8910.2014048004912

LAMPIRAN

Lampiran 1. *Dummy table*

Tabel 1. Karakteristik responden penelitian di Sentra Galih Pakuan Bogor

Variabel	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Umur (tahun)		
18-25		
26-29		
Jenis kelamin		
Laki-laki		
Perempuan		
Status pernikahan		
Menikah		
Tidak menikah		
Janda/duda		
Tingkat pendidikan terakhir		
Tidak sekolah		
SD		
SMP		
SMA/sederajat		
Diploma/sarjana		
Pendapatan sebelum panti		
Di bawah UMR		
Di atas UMR		
Jenis zat psikoaktif yang sering digunakan		
Ganja/Kanabis		
Stimulan (sabu, amfetamin)		
Opioid (heroin, morfin, tramadol)		
Alkohol		
Lainnya		

Keterangan : n = jumlah responden; % = persentase. Jumlah responden setiap variabel = total sampel (n)

Tabel 2. Distribusi tingkat risiko penggunaan zat psikoaktif berdasarkan ASSIST v3.1

Tingkat risiko	Skor ASSIST tertinggi	n	%
Risiko rendah			
Risiko tinggi			

Keterangan : Kategorisasi berdasarkan skor tertinggi dari seluruh jenis zat yang dinilai (Humeniuk dkk, 2010)[24]

Tabel 3. Distribusi kategori kualitas hidup berdasarkan WHOQOL-BREF

Tingkat risiko	Total skor n (%)	Domain fisik n (%)	Domain psikologis n (%)	Domain sosial n (%)	Domain lingkungan n (%)
Risiko rendah					
Risiko tinggi					
Total					

Keterangan : n (%) = jumlah dan persentase responden per kategori

Tabel 4. Hubungan tingkat risiko penggunaan zat psikoaktif dengan kualitas hidup pada dewasa muda di Sentra Galih Pakuan Bogor

Tingkat risiko penggunaan zat	Kualitas hidup — n (%)		Total n (%)	*p-value*
	Tidak baik	Baik		
Risiko rendah				
Risiko tinggi				
Total				

Keterangan : Uji *Chi-square*. Nilai kemaknaan statistik: $p < 0,05$

Lampiran 2. *Informed consent*

INFORMED CONSENT

Saya Muhamad Syahreza Trihatmanto, mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti. Saat ini saya sedang mengumpulkan data mengenai Hubungan Tingkat Risiko Penggunaan Zat Psikoaktif dengan Kualitas Hidup pada Dewasa Muda. Pengumpulan data ini adalah salah satu bahan untuk penyusunan tugas akhir (skripsi). Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi tambahan mengenai hubungan tingkat risiko penggunaan zat psikoaktif dengan kualitas hidup pada pasien rehabilitasi serta menjadi dasar bagi upaya rehabilitasi holistik pada populasi tersebut.

Jika Saudara/i bersedia menjadi partisipan, peneliti akan melakukan:

- Mengisi data karakteristik responden yang meliputi usia, jenis kelamin, dan lama pembinaan di Sentra Galih Pakuan Bogor
- Mengisi kuesioner ASSIST v3.1 untuk menilai tingkat risiko penggunaan zat psikoaktif.
- Mengisi kuesioner WHOQOL-BREF (World Health Organization *Quality of Life* – BREF*)* untuk menilai kualitas hidup

Bila ada pertanyaan, saudara/i dapat menghubungi peneliti Muhamad Syahreza Trihatmanto di nomor telepon 081513806162. Saudara/i bebas untuk menolak ikut serta dalam penelitian ini dan setiap saat berhak untuk tidak melanjutkan ikut serta pada penelitian ini tanpa memberikan alasan dan tidak akan dikenakan sanksi apapun. Bila saudara/i bersedia untuk ikut dalam penelitian ini, saya mohon untuk membubuhkan tanda tangan pada formulir persetujuan di bawah ini.

Jakarta, ... 2026

Muhamad Syahreza Trihatmanto

Lampiran 3. Formulir persetujuan responden

FORMULIR PERSETUJUAN

Semua penjelasan di atas telah disampaikan kepada saya dan telah saya pahami. Dengan menandatangani formulir ini saya SETUJU SECARA SUKARELA untuk ikut berperan dalam penelitian ini.

Nama peserta penelitian :

Usia :

Jenis kelamin :

Tanda tangan :

Tanggal :

Lampiran 4. Kuesioner penelitian

1. ASSIST v3.1 Indonesia

WHO - ASSIST V3.1

NAMA DOKTER _____ KLINIK _____

ID ATAU NAMA KLIEN _____ TGL _____

PENDAHULUAN ***(BACAKAN PADA PASIEN)***

Pertanyaan-pertanyaan berikut ini menanyakan tentang pengalaman Anda menggunakan alkohol, produk tembakau, dan zat adiktif lainnya seumur hidup Anda dan dalam tiga bulan terakhir. Zat-zat ini dapat dirokok, ditelan, dihisap, dihirup, atau disuntik (tunjukkan kartu respons).

Beberapa zat dalam daftar bisa diresepkan oleh dokter (seperti amfetamin, sedatif, obat anti nyeri). Untuk wawancara ini, kami tidak akan mencatat obat-obat yang Anda gunakan seperti yang ditentukan oleh dokter Anda. Meskipun demikian, bila Anda menggunakan obat-obat tersebut untuk alasan-alasan selain dari ketentuan, atau menggunakannya lebih sering, atau pada dosis yang lebih tinggi daripada yang ditentukan, atau dengan cara yang tidak seharusnya, mohon beritahu saya.

Walaupun kami juga tertarik untuk mengetahui tentang penggunaan obat-obat ilegal Anda, yakinlah bahwa informasi penggunaan tersebut akan diperlakukan sangat rahasia.

Pertanyaan 1 (mohon lingkari jawaban untuk masing-masing kategori zat)

Dalam hidup Anda, zat apa dibawah ini yang pernah Anda gunakan? *(HANYA PENGGUNAAN NON-MEDIS)*		
a. Produk tembakau (rokok, cerutu, kretek, dll.)	Tidak pernah	Pernah
b. Minuman beralkohol (bir, anggur, sopi, tomi dll.)	Tidak pernah	Pernah
c. Kanabis (marijuana, ganja, gelek, cimengpot, dll.)	Tidak pernah	Pernah
d. Kokain (coke, crack, etc.)	Tidak pernah	Pernah
e. Stimulan jenis amfetamin (ekstasi, shabu, dll)	Tidak pernah	Pernah
f. Inhalansia (lem, bensin, tiner, dll)	Tidak pernah	Pernah
g. Sedativa atau obat tidur (Benzodiazepin, Lexotan, Rohypnol, Mogadon, dll.)	Tidak pernah	Pernah
h. Halusinogens(LSD, mushrooms, PCP, dll)	Tidak pernah	Pernah
i. Opioid (heroin, morfin, metadon, kodein, dll)	Tidak pernah	Pernah
j. Lainnya – sebutkan:	Tidak pernah	Pernah

Gali bila semua jawaban tidak pernah: "tidak pernah juga menggunakan ketika Anda di sekolah?"
Bila "tidak pernah" untuk semua butir, hentikan wawancara
Bila "pernah" untuk butir yang manapun, tanyakan Pertanyaan 2 untuk tiap zat yang pernah digunakan

1

Pertanyaan 2

Dalam tiga bulan terakhir, seberapa sering Anda menggunakan zat yang anda sebut *(ZAT PERTAMA, ZAT KEDUA, DST)?*	**TIDAK PERNAH**	**SEKALI ATAU DUA KALI**	**TIAP BULAN**	**TIAP MINGGU**	**SELALU ATAU HAMPIR SELALU**
a. Produk tembakau (rokok, cerutu, kretek, dll.)	0	2	3	4	6
b. Minuman beralkohol (bir, anggur, sopi,tomi dll.)	0	2	3	4	6
c. Kanabis (marijuana, ganja, gelek, cimengpot, dll.)	0	2	3	4	6
d. Kokain (coke, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e. Stimulan jenis amfetamin (ekstasi, sbu, dll)	0	2	3	4	6
f. Inhalansia (lem, bensin, tiner, dll)	0	2	3	4	6
g. Sedativa atau obat tidur (Benzodiazepin, Lexotan, Rohypnol, Mogadon, dll.)	0	2	3	4	6
h. Halusinogens(LSD, mushrooms, PCP, dll)	0	2	3	4	6
i. Opioid (heroin, morfin, metadon, kodein, dll)	0	2	3	4	6
j. Lainnya – sebutkan:	0	2	3	4	6

Bila "tidak pernah" untuk semua butir dalam Pertanyaan 2, loncat ke pertanyaan 6.
Bila zat-zat dalam Pertanyaan 2 digunakan dalam tiga bulan terakhir, lanjutkan dengan Pertanyaan 3, 4, & 5 untuk masing-masing zat yang digunakan.

Pertanyaan 3

Selama tiga bulan terakhir , seberapa sering anda mempunyai keinginan atau dorongan yang kuat untuk menggunakan *(ZAT PERTAMA, ZAT KEDUA, DLL)*?	**TIDAK PERNAH**	**SEKALI ATAU DUA KALI**	**TIAP BULAN**	**TIAP MINGGU**	**SELALU ATAU HAMPIR SELALU**
a. Produk tembakau (rokok, cerutu, kretek, dll.)	0	3	4	5	6
b. Minuman beralkohol (bir, anggur, spiritus, dll.)	0	3	4	5	6
c. Kanabis (marijuana, ganja, gelek, cimengpot, dll.)	0	3	4	5	6
d. Kokain (coke, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e. Stimulan jenis amfetamin (ekstasi, shabu, dll)	0	3	4	5	6
f. Inhalansia (lem, bensin, tiner, dll)	0	3	4	5	6
g. Sedativa atau obat tidur (Benzodiazepin, Lexotan, Rohypnol, Mogadon, dll.)	0	3	4	5	6
h. Halusinogens(LSD, mushrooms, PCP, dll)	0	3	4	5	6
i. Opioid (heroin, morfin, metadon, kodein, dll)	0	3	4	5	6
j. Lainnya – sebutkan:	0	3	4	5	6

2

Pertanyaan 4

Selama tiga bulan terakhir, seberapa sering pepgunaan *(ZAT PERTAMA, ZAT KEDUA, DLL)* Anda menyebabkan masalah kesehatan, sosial, hukum, atau keuangan?	**Tidak pernah**	**Satu atau dua kali**	**Tiap bulan**	**Tiap minggu**	**Harian atau Hampir tiap hari**
a. Produk tembakau (rokok, cerutu, kretek, dll.)	0	4	5	6	7
b. Minuman beralkohol (bir, anggur, spiritus, dll.)	0	4	5	6	7
c. Kanabis (marijuana, ganja, gelek, cimengpot, dll.)	0	4	5	6	7
d. Kokain (coke, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e. Stimulan jenis amfetamin (ekstasi, shabu, dll)	0	4	5	6	7
f. Inhalansia (lem, bensin, tiner, dll)	0	4	5	6	7
g. Sedativa atau obat tidur (Benzodiazepin, Lexotan, Rohypnol, Mogadon, dll.)	0	4	5	6	7
h. Halusinogens (LSD, mushrooms, PCP, dll)	0	4	5	6	7
i. Opioid (heroin, morfin, metadon, kodein, dll)	0	4	5	6	7
j. Lainnya – sebutkan:	0	4	5	6	7

Pertanyaan 5

Selama tiga bulan terakhir, seberapa sering Anda gagal melakukan hal-hal yang biasanya diharapkan dari Anda akibat penggunaan *(ZAT PERTAMA, ZAT KEDUA, DST)* Anda?	**Tidak pernah**	**Satu atau dua kali**	**Tiap bulan**	**Tiap minggu**	**Harian atau Hampir tiap hari**
a. Produk tembakau (rokok, cerutu, kretek, dll.)					
b. Minuman beralkohol (bir, anggur, cap tikus, dll.)	0	5	6	7	8
c. Kanabis (marijuana, ganja, gelek, cimengpot, dll.)	0	5	6	7	8
d. Kokain (coke, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e. Stimulan jenis amfetamin (ekstasi, shabu, dll)	0	5	6	7	8
f. Inhalansia (lem, bensin, tiner, dll)	0	5	6	7	8
g. Sedativa atau obat tidur (Benzodiazepin, Lexotan, Rohypnol, Mogadon, dll.)	0	5	6	7	8
h. Halusinogens (LSD, mushrooms, PCP, dll)	0	5	6	7	8
i. Opioid (heroin, morfin, metadon, kodein, dll)	0	5	6	7	8
j. Lainnya – sebutkan:	0	5	6	7	8

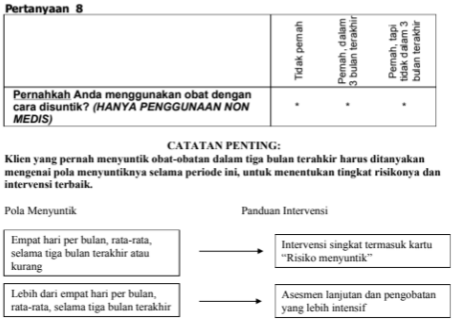
Tanyakan Pertanyaan 6 & 7 untuk semua zat yang pernah digunakan (yakni, zat yang didapat pada Pertanyaan 1)

Pertanyaan 6

Pernahkah teman atau keluarga atau orang lain mengekspresikan kekhawatiran tentang penggunaan dari *(ZAT PERTAMA, KEDUA, DST)* Anda?	**Tidak pernah**	**Pernah, dalam 3 bulan terakhir**	**Pernah, tapi tidak dalam 3 bulan terakhir**
a. Produk tembakau (rokok, cerutu, kretek, dll.)	0	6	3
b. Minuman beralkohol (bir, anggur, spiritus, dll.)	0	6	3
c. Kanabis (marijuana, ganja, gelek, cimengpot, dll.)	0	6	3
d. Kokain (coke, crack, etc.)	0	6	3
e. Stimulan jenis amfetamin (ekstasi, shabu, dll)	0	6	3
f. Inhalansia (lem, bensin, tiner, dll)	0	6	3
g. Sedativa atau obat tidur (Benzodiazepin, Lexotan, Rohypnol, Mogadon, dll.)	0	6	3
h. Halusinogens(LSD, mushrooms, PCP, dll)	0	6	3
i. Opioid (heroin, morfin, metadon, kodein, dll)	0	6	3
j. Lainnya – sebutkan:	0	6	3

Pertanyaan 7

Pernahkah Anda mencoba untuk mengurangi atau menghentikan penggunaan *(ZAT PERTAMA, ZAT KEDUA, DST)* tetapi gagal?	**Tidak pernah**	**Pernah, dalam 3 bulan terakhir**	**Pernah, tapi tidak dalam 3 bulan terakhir**
a. Produk tembakau (rokok, cerutu, kretek, dll.)	0	6	3
b. Minuman beralkohol (bir, anggur, spiritus, dll.)	0	6	3
c. Kanabis (marijuana, ganja, gelek, cimengpot, dll.)	0	6	3
d. Kokain (coke, crack, etc.)	0	6	3
e. Stimulan jenis amfetamin (ekstasi, shabu, dll)	0	6	3
f. Inhalansia (lem, bensin, tiner, dll)	0	6	3
g. Sedativa atau obat tidur (Benzodiazepin, Lexotan, Rohypnol, Mogadon, dll.)	0	6	3
h. Halusinogens (LSD, mushrooms, PCP, dll)	0	6	3
i. Opioid (heroin, morfin, metadon, kodein, dll)	0	6	3
j. Lainnya – sebutkan:	0	6	3



Pertanyaan 8

	Tidak pernah	Pernah, dalam 3 bulan terakhir	Pernah, tapi tidak dalam 3 bulan terakhir
Pernahkah Anda menggunakan obat dengan cara disuntik? *(HANYA PENGGUNAAN NON MEDIS)*	*	*	*

CATATAN PENTING:

Klien yang pernah menyuntik obat-obatan dalam tiga bulan terahkir harus ditanyakan mengenai pola menyuntiknya selama periode ini, untuk menentukan tingkat risikonya dan intervensi terbaik.

Pola Menyuntik	Panduan Intervensi
Empat hari per bulan, rata-rata, selama tiga bulan terakhir atau kurang	Intervensi singkat termasuk kartu "Risiko menyuntik"
Lebih dari empat hari per bulan, rata-rata, selama tiga bulan terakhir	Asesmen lanjutan dan pengobatan yang lebih intensif

5

2. WHOQOL-BREF

WHOQOL-BREF

Pertanyaan-pertanyaan berikut ini menyangkut perasaan anda terhadap kualitas hidup, kesehatan dan hal-hal lain dalam hidup anda. Silahkan anda baca setiap pertanyaan bersamaan dengan pilihan jawaban yang terkait, atau jika dibutuhkan saya akan membacakannya kepada anda. **Pilihlah jawaban yang menurut anda paling sesuai.** Jika anda tidak yakin tentang jawaban yang akan anda berikan terhadap pertanyaan yang diberikan, pikiran pertama yang muncul pada benak anda seringkali merupakan jawaban yang terbaik.

Camkanlah dalam pikiran anda segala standar hidup, harapan, kesenangan dan perhatian anda. Kami akan bertanya apa yang anda pikirkan tentang kehidupan anda **dalam dua minggu terakhir.**

		Sangat Buruk	Buruk	Biasa-biasa saja	Baik	Sangat baik
1	Bagaimana menurut anda kualitas hidup anda?	1	2	3	4	5

		Sangat tidak memuaskan	Tidak memuaskan	Biasa-biasa saja	Memuaskan	Sangat memuaskan
2	Seberapa puas anda terhadap kesehatan anda?	1	2	3	4	5

Pertanyaan berikut adalah tentang **seberapa sering** anda telah mengalami hal-hal berikut ini dalam dua minggu terakhir

		Tidak sama sekali	Sedikit	Dalam jumlah sedang	Sangat sering	Dalam jumlah berlebihan
3	Seberapa jauh rasa sakit fisik yang anda alami mencegah anda dalam beraktivitas sesuai yang kebutuhan anda?	1	2	3	4	5
4	Seberapa sering anda membutuhkan terapi medis untuk dapat berfungsi dalam kehidupan sehari-hari anda?	1	2	3	4	5
5	Seberapa jauh anda menikmati hidup anda?	1	2	3	4	5
6	Seberapa jauh anda merasa hidup anda berarti?	1	2	3	4	5
7	Seberapa jauh anda mampu berkonsentrasi?	1	2	3	4	5

8	Secara umum, seberapa aman anda rasakan dalam kehidupan anda sehari-hari?	1	2	3	4	5
9	Seberapa sehat lingkungan dimana anda tinggal (berkaitan dengan sarana dan prasarana)?	1	2	3	4	5

Pertanyaan berikut ini adalah tentang **seberapa penuh** anda alami hal-hal berikut ini dalam dua minggu terakhir?

		Tidak sama sekali	Sedikit	Sedang	Seringkali	Sepenuhnya dialami
10	Apakah anda memiliki energi yang cukup untuk beraktivitas sehari-hari?	1	2	3	4	5
11	Apakah anda dapat menerima penampilan tubuh anda?	1	2	3	4	5
12	Apakah anda memiliki cukup uang untuk memenuhi kebutuhan anda?	1	2	3	4	5
13	Seberapa jauh ketersediaan informasi bagi kehidupan anda dari hari ke hari?	1	2	3	4	5
14	Seberapa sering anda memiliki kesempatan	1	2	3	4	5

	untuk bersenang-senang/rekreasi?					

		Sangat buruk	Buruk	Biasa-biasa saja	Baik	Sangat baik
15	Seberapa baik kemampuan anda dalam bergaul?	1	2	3	4	5

		Sangat tidak memuaskan	Tidak memuaskan	Biasa-biasa saja	Memuaskan	Sangat memuaskan
16	Seberapa puaskah anda dengan tidur anda?	1	2	3	4	5
17	Seberapa puaskah anda dengan kemampuan anda untuk menampilkan aktivitas kehidupan anda sehari-hari?	1	2	3	4	5
18	Seberapa puaskah anda dengan kemampuan anda untuk bekerja?	1	2	3	4	5
19	Seberapa puaskah anda terhadap diri anda?	1	2	3	4	5
20	Seberapa puaskah anda dengan hubungan personal/sosial anda?	1	2	3	4	5
21	Seberapa puaskah anda dengan	1	2	3	4	5

	kehidupan seksual anda?					
22	Seberapa puaskah anda dengan dukungan yang anda peroleh dari teman anda?	1	2	3	4	5
23	Seberapa puaskah anda dengan kondisi tempat anda tinggal saat ini?	1	2	3	4	5
24	Seberapa puaskah anda dengan akses anda pada layanan kesehatan?	1	2	3	4	5
25	Seberapa puaskah anda dengan alat transportasi yang anda naiki atau kendarai?	1	2	3	4	5

Pertanyaan berikut merujuk pada **seberapa sering** anda merasakan atau mengalami hal-hal berikut dalam dua minggu terakhir

		Tidak pernah	Jarang	Cukup sering	Sangat sering	Selalu
26	Seberapa sering anda memiliki perasaan negatif seperti '*feeling blue'*(kesepian), putus asa, cemas dan depresi?	1	2	3	4	5

Komentar Anda tentang penilaian ini?