



UNIVERSITAS INDONESIA

**STUDI FENOMENOLOGI : PENGALAMAN KELUARGA
YANG MEMPUNYAI ANAK PENGGUNA NAPZA DALAM
MENJALANI KEHIDUPAN BERMASYARAKAT DI
KELURAHAN PALMERAH JAKARTA BARAT**

TESIS

OLEH
RITANTI
0806446832

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM PASCA SARJANA ILMU KEPERAWATAN
DEPOK
JULI 2010

Universitas Indonesia



UNIVERSITAS INDONESIA

**STUDI FENOMENOLOGI : PENGALAMAN KELUARGA
YANG MEMPUNYAI ANAK PENGGUNA NAPZA DALAM
MENJALANI KEHIDUPAN BERMASYARAKAT DI
KELURAHAN PALMERAH JAKARTA BARAT**

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Ilmu Keperawatan

OLEH

**RITANTI
0806446832**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN KOMUNITAS
DEPOK
JULI 2010**

Universitas Indonesia

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Ritanti

NPM : 080644832

Tanda Tangan :

Tanggal : 19 Juli 2010



HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : RITANTI
NPM : 0806446832
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Judul Tesis : Pengalaman Keluarga Yang Mempunyai Anak
Pengguna
NAPZA Dalam Menjalani Kehidupan
Bermasyarakat di Kelurahan Pal Merah Jakarta
Barat

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Komunitas pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : Wiwin Wiarsih, S.Kp., MN. (.....)

Pembimbing II: Imalia Dewi Asih, S.Kp., MN. (.....)

Penguji : Ns. Widyatuti S.Kp., MKep., Sp.Kom (.....)

Penguji : Ni Putu Ariani, S.Kp., M.Kep., Sp.Kom (.....)

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 19 Juli 2010

Universitas Indonesia

**LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sicitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ritanti
NPM : 0806446832
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Kekhususan : Keperawatan Komunitas
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**STUDI FENOMENOLOGI : PENGALAMAN KELUARGA YANG
MEMPUNYAI ANAK PENGGUNA NAPZA DALAM MENJALANI
KEHIDUPAN BERMASYARAKAT DI KELURAHAN PALMERAH
JAKARTA BARAT**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikianlah pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 19 Juli 2010

Yang menyatakan

(RITANTI)

ABSTRAK

Nama : Ritanti
Program Studi : Magister Keperawatan
Judul : Studi Fenomenologi : Pengalaman keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA dalam menjalani kehidupan bermasyarakat di Kelurahan Palmerah Jakarta Barat

Penelitian fenomenologi deskriptif ini menggali pengalaman keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA dalam menjalani kehidupan masyarakat. Penelitian ini menggunakan design fenomologi deskriptif sesuai filosofi Husserl. Pengambilan data dilakukan dengan wawancara mendalam, hasil verbatimnya dianalisa menggunakan metode Colaizzi. Tema penelitian yang ditemukan adalah perasaan orang tua (keluarga), stigma yang dirasakan oleh keluarga, mekanisme koping yang digunakan oleh keluarga, beban yang dialami oleh keluarga, cara keluarga mengatasi masalah, dukungan yang diperoleh keluarga dan harapan keluarga terhadap pihak-pihak terkait. Keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA mengalami proses kesedihan yang mendalam, berkepanjangan dan berulang-ulang bahkan putus asa. Penelitian ini merekomendasikan perlunya penempatan perawat komunitas sebagai konsultan, advokat di keluarga dan di lembaga pelayanan NAPZA.

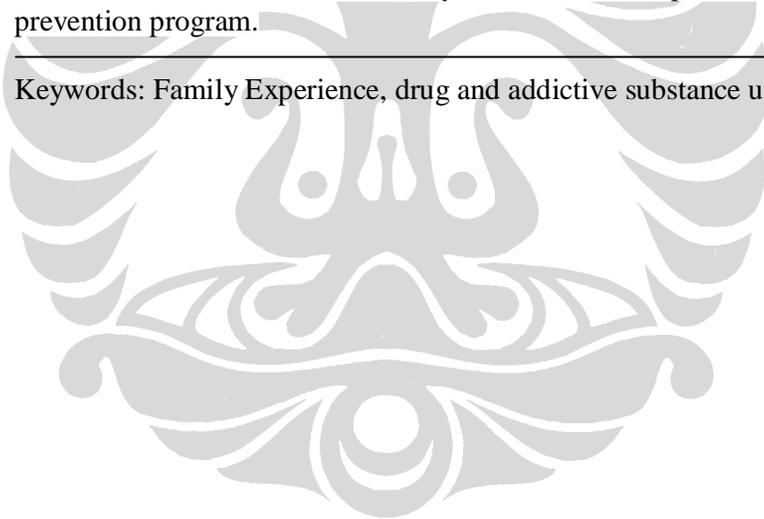
Kata Kunci : pengalaman keluarga, pengguna NAPZA

ABSTRACT

Name : Ritanti
Study Program : Master of Nursing
Title : Phenomenological Study: Families experience who have drug and of drug and addictive substance user children living their social lives in the Palmerah Area, Western Jakarta

The study explores the experiences of families who have drug and addictive substance user children in living their social lives. This study uses Husserlian descriptive phenomenological design. Data is obtained through an in-depth interview and analyzed by using Colaizzi's method. The identified research themes of this study are the feelings of family, stigma felt by families, coping mechanism used by families, family burden, solving the problem, support for the family and family expectations to the authority and community. The families who have drug and addictive substance user are experiencing a deep, prolonged and repeated grieving process. Moreover, some of them also feel desperate. Therefore, it is recommended for community nurse to develop and addictive substance prevention program.

Keywords: Family Experience, drug and addictive substance users



KATA PENGANTAR

Alhamdulillah Puji Syukur penulis panjatkan kehadiran Allah, SWT atas limpahan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul "Studi Fenomenologi Pengalaman Keluarga yang Mempunyai Anak Pengguna NAPZA dalam Menjalani Kehidupan Bermasyarakat di Kelurahan Palmerah Jakarta Barat". Tesis ini disusun sebagai persyaratan untuk menyelesaikan studi pada Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Komunitas Tahun 2010. Penulis banyak mendapat dukungan, bimbingan serta bantuan dari berbagai pihak dalam penyusunan tesis ini, untuk itu penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada yang terhormat :

1. Dewi Irawaty, M.A., Ph.D, Selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Krisna Yetti, S.Kp.,M.App.Sc., Selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Wiwin Wiarsih,S.Kp.,MN., selaku pembimbing I yang telah memberikan masukan, motivasi, dan semangat dengan penuh kesabaran.
4. Imalia Dewi Asih, SKp., MN., selaku pembimbing II yang telah banyak memberikan masukan untuk kesempurnaan tesis ini.
5. Seluruh Staf Pengajar Program Magister Ilmu Keperawatan, khususnya Keperawatan Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah memberikan bimbingan dan wawasan serta ilmu yang bermanfaat.
6. Suamiku yang selalu memberikan kasih sayang yang tulus, doa, cinta dan perhatian yang terus mengalir dan buah hati tersayang cahaya dalam hidupku Anandita Nabilah Wahyuningtyas yang banyak memberi inspirasi, arti dan kebahagiaan dalam hidup ini.

7. Seluruh keluarga besar tercinta khususnya Ibu mertua Ny. Sukalmiyati dan kedua kakak saya Mas Andi, Mas Yoseph yang selalu mendukung dengan segala pengorbanan, doa, kasih sayang dan supportnya
8. Keluarga terkasih yang telah berpulang kepangkuan Illahi yaitu Alm.Ibu,Mudrikah, Bapak Ciptosembodo, Bapak Santosono dan mba Tri Riyawati, terimakasih atas curahan kasih sayang dan kebesaran hati yang ditunjukkan selama beliau masih hidup. Kata - kata tidak cukup melukiskan perasaan kepada mereka, namun yang terpenting warisan terbesar beliau adalah kebaikan, ketulusan dan kasih sayang yang ditanamkan pada orang – orang yang mengenal beliau, semoga saya dapat meneruskan kebaikan beliau, amin
9. Para partisipan yang telah bersedia bekerja sama secara sukarela dalam penelitian ini, semoga pengalaman yang dibagikan akan berguna bagi orang lain.
10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyusunan tesis ini.

Akhirnya, penulis menyadari tesis ini masih perlu disempurnakan, untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun.

Depok, Juli 2010

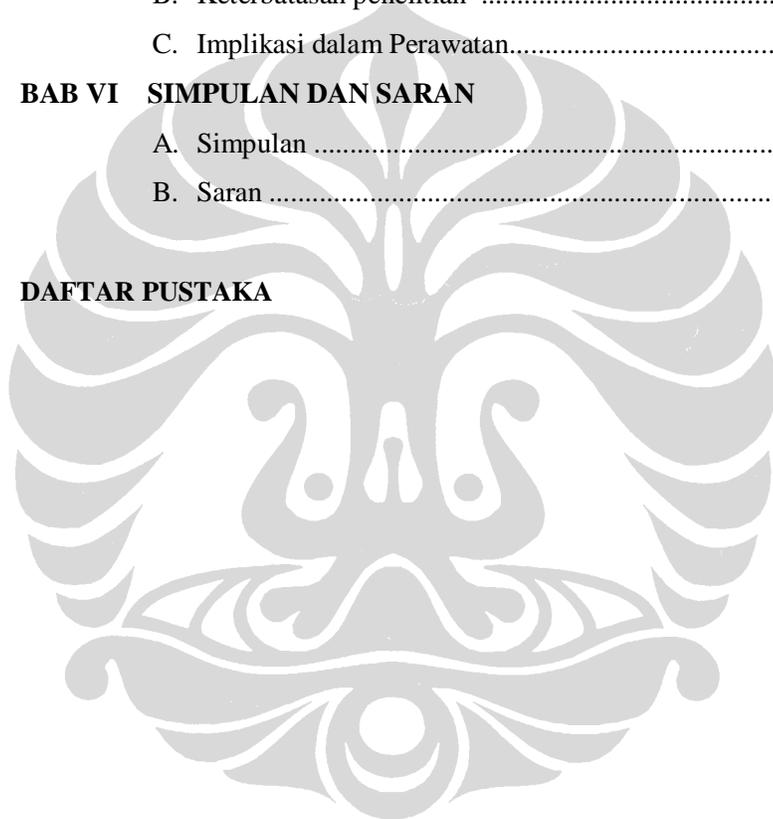
RITANTI

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PENGESAHAN.....	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....	iv
ABSTRAK.....	v
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR LAMPIRAN.....	vii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	11
C. Tujuan Penelitian.....	12
D. Manfaat Penelitian.....	13
BAB II TINJAUAN TEORITIS	
A. Populasi Keluarga yang Mempunyai Anak Pengguna NAPZA sebagai Populasi <i>At Risk</i>	14
B. Konsep keluarga.....	18
C. Strategi Pencegahan dan Penanggulangan NAPZA dalam Intervensi Keperawatan Komunitas.....	24
D. Peran Perawat Komunitas dalam Penanganan Populasi <i>At Risk</i>	27
E. Proses Kehilangan dan Berduka	31
F. Gambaran Umum Mekanisme Koping Keluarga yang Mempunyai Anak Pengguna NAPZA	34
G. Stigma dan Diskriminasi Keluarga Pengguna NAPZA.....	36
H. Sistem Dukungan Keluarga dan Sistem Dukungan Sosial.....	37
I. Pendekatan Fenomenologi pada Penelitian Kualitatif	39
BAB III RANCANGAN PENELITIAN	
A. Rancangan Penelitian	42
B. Populasi dan Sampel	44
C. Tempat dan Waktu Penelitian.....	45
D. Etika Penelitian	46
E. Rencana Alat dan Metode Pengumpulan Data	48

F. Prosedur Pengumpulan Data	49
G. Analisa Data	52
H. Keabsahan Data.....	54
BAB IV HASIL PENELITIAN	
A. Karakteristik Partisipan	56
B. Hasil Penelitian	57
BAB V PEMBAHASAN	
A. Interpretasi hasil penelitian.....	77
B. Keterbatasan penelitian	89
C. Implikasi dalam Perawatan.....	90
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN	
A. Simpulan	93
B. Saran	94

DAFTAR PUSTAKA



DAFTAR LAMPIRAN

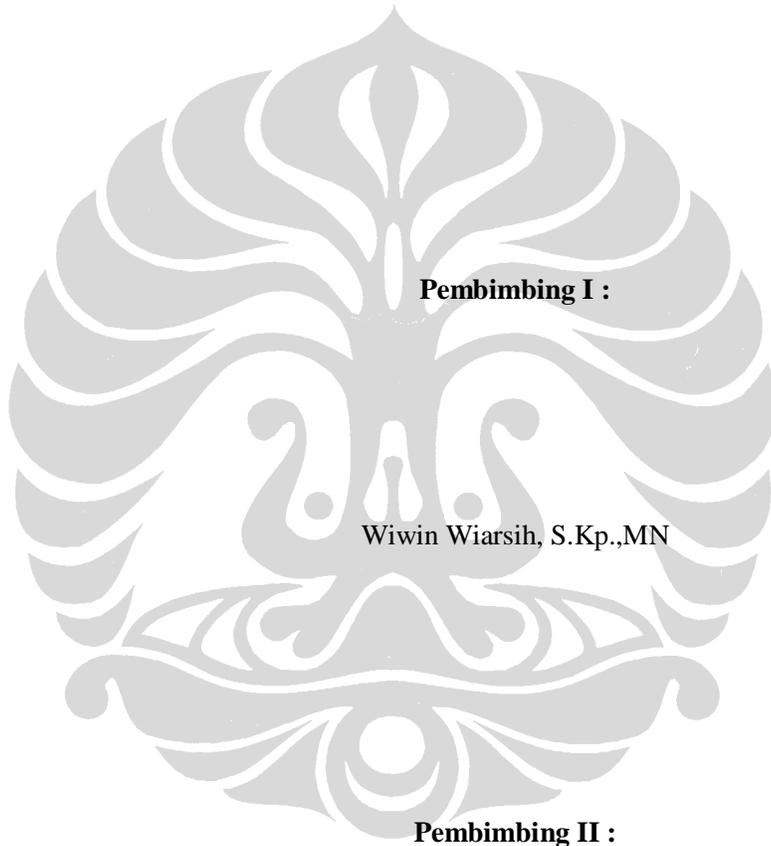
- Lampiran 1 Penjelasan Penelitian
- Lampiran 2 Persetujuan Penelitian
- Lampiran 3 Pedoman Wawancara
- Lampiran 4 Catatan Lapangan
- Lampiran 5 Daftar Demografi
- Lampiran 6 Daftar Riwayat Hidup
- Lampiran 7 Uji Etik
- Lampiran 8 Daftar tema
- Lampiran 9 kisi-kisi Tema
- Lampiran 10 Daftar Kerangka tema



PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim penguji
Tesis Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Komunitas
Fakultas Ilmu keperawatan Universitas Indonesia

Depok, Juli 2010



Imalia Dewi Asih, S.Kp., MN

Universitas Indonesia

BAB I

PENDAHULUAN

Bab ini menggambarkan latar belakang, perumusan masalah, tujuan dan manfaat penelitian. Latar belakang menyajikan gambaran holistik tentang fenomena yang dialami keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA dalam menjalani kehidupan sehari - hari. Perumusan masalah merupakan pernyataan mendasar tentang permasalahan penelitian. Tujuan penelitian berisi pernyataan yang ingin dicapai dalam kegiatan penelitian, dan manfaat penelitian difokuskan pada kegunaan hasil penelitian untuk perkembangan ilmu keperawatan komunitas, pelayanan keperawatan komunitas dan kebijakan kesehatan.

1.1. Latar Belakang

Narkotika, psikotropika dan zat adiktif lainnya, yang biasa disebut NAPZA adalah jenis obat yang digunakan dalam dunia kedokteran untuk mengurangi atau menghilangkan rasa sakit. Akan tetapi dalam kenyataan dan perkembangannya, obat ini banyak disalahgunakan oleh sebagian orang untuk hal-hal bersifat negatif yang dapat menimbulkan ketergantungan dan merusak fisik, mental serta emosi manusia. Jenis NAPZA yang banyak digunakan untuk terapi dan sangat ringan menyebabkan ketergantungan diantaranya adalah *diazepam, fenobarbitural, barbitural, lexotan, codein* (Sugiarso, 2009).

Penyalahgunaan NAPZA telah menjadi masalah global, yang mewabah hampir di semua negara di dunia. Saat ini tidak ada satu negarapun yang luput dari NAPZA, tidak terkecuali dengan Indonesia. Hal ini tercermin dari laporan *United Nations Drugs Control Programme (UNDCP)* yang memberikan wawasan tentang luasnya penggunaan zat psikoaktif termasuk NAPZA di seluruh dunia, yaitu diperkirakan 2 milyar orang pengguna alkohol, 1.3 miliar orang perokok dan 185 juta orang pengguna NAPZA. Sedangkan *World Drug Report (Colombo Plan, 2009)* menegaskan bahwa 208 juta orang atau sekitar 4,9 % dari populasi dunia selama tahun 2008 telah diketahui menggunakan NAPZA di hampir seluruh negara.

Jaringan penggunaan NAPZA juga telah berkembang begitu besar, baik pada tataran penyalahgunaan, maupun pada peningkatan produksi, penjualannya, serta penyebarannya. Salah satu penyebab maraknya penggunaan NAPZA menurut *UNDCP* (2008), adalah diakibatkan adanya daerah segitiga emas (*golden triangle*) yaitu Thailand, Myanmar dan Laos sebagai produsen opium terbesar di dunia yang mempengaruhi penyalahgunaan NAPZA di negara – negara lain. Penyebab lain adalah kejahatan NAPZA merupakan kejahatan nasional dan internasional yang terorganisir rapih dan bergerak cepat tanpa mengenal batas negara, salah satunya adalah Indonesia (BNN, 2009).

Penyalahgunaan NAPZA di Indonesia selama 5 (lima) tahun terakhir menunjukkan *trend* yang terus meningkat. Pada tahun 2003 tercatat jumlah kasus penyalahgunaan NAPZA untuk jenis narkotika 3.929 kasus, psikotropika 2.590 kasus dan zat adiktif 612 kasus. Tahun 2007 jumlah kasus jenis narkotika 11.380 kasus, psikotropika 9.289 kasus, dan zat adiktif 1.961 kasus (Survei Puslitbang & Info Lakhar BNN, 2007).

Data Estimasi *United Nation Office for Drugs and Crimes* (2004) menyatakan bahwa penyalahgunaan NAPZA di Indonesia telah mencapai 3.2 juta orang, atau setara dengan 1,5 % jumlah penduduk dengan komposisi jenis kelamin laki – laki 79 % dan perempuan 21 %. Dari data tersebut, kelompok pelajar dan mahasiswa merupakan kelompok yang rentan penyalahgunaan NAPZA. Demikian pula halnya dari penelitian yang dilakukan Universitas Indonesia (UI) & Puslitbang BNN pada tahun 2008, menunjukkan bahwa prevalensi (kemungkinan) bertambahnya penggunaan NAPZA pada populasi remaja dan mahasiswa sekitar 1,99 % per tahun. Oleh karena itu pada tahun 2008 jumlah penyalahgunaan NAPZA diperkirakan berjumlah 3,3 juta orang, dan akan meningkat menjadi 4,5 juta orang di tahun 2013. Adapun angka prevalensi penyalahguna NAPZA di tingkat populasi akan mengalami kenaikan sekitar 28% dalam 5 tahun kedepan (BNN, 2009).

Indikator yang lain ditunjukkan dalam hal cakupan wilayah peredarannya. Hasil survei nasional tahun 2008 menunjukkan bahwa tidak ada daerah, kota, kecamatan atau kelurahan di Jakarta yang terbebas dari NAPZA. Dilihat penyebarannya, kasus NAPZA hampir merata di seluruh wilayah Jakarta, yaitu : Jakarta Utara 15%, Jakarta Selatan 20%, Jakarta Barat 17 %, Jakarta Pusat 23 % dan Jakarta Timur 20%. Data Pusat Pencegahan Pelaksana Harian BNN menggambarkan bahwa di setiap 100 orang di Jakarta terdapat lima diantaranya adalah pemakai NAPZA. Salah satu wilayah DKI Jakarta yang menjadi surga bagi peredaran NAPZA adalah Jakarta Barat (Widiastuti, 2009). Hal tersebut ditunjukkan dari data Kepolisian Resor Jakarta Barat sejak tanggal 1 hingga 18 Januari 2009, telah mengungkap 49 kasus kepemilikan dan peredaran narkoba, yang berarti bahwa setiap hari ada tiga kasus penyalahgunaan NAPZA di wilayah Jakarta Barat.

Permasalahan penyalahgunaan NAPZA mempunyai dimensi yang luas baik dari sudut medis, kriminalitas, psikososial maupun ekonomi. *The Columbia encyclopedia* (2008) mengidentifikasi penyalahgunaan NAPZA telah merusak sendi-sendi kehidupan, moral generasi muda serta membahayakan bagi diri sendiri dan orang-orang di sekitar mereka. Sedangkan Banks dan Waller (1983, dalam Hawari, 2001) menegaskan penyalahgunaan NAPZA dapat mengakibatkan komplikasi medik berupa gangguan pernafasan yaitu edema paru, gangguan hati dan berakhir dengan kematian. Syarief (2008) juga menyatakan bahwa penyalahgunaan NAPZA dapat menimbulkan penyimpangan perilaku di masyarakat, dan juga memicu masalah utama yang memberi efek negatif terhadap fungsi organ tubuh. Pendapat tersebut diperkuat oleh pernyataan Martono (2006), bahwa penyalahgunaan NAPZA dalam jumlah berlebih, kurang teratur, dan berlangsung cukup lama, menyebabkan gangguan kesehatan fisik, mental, dan kehidupan sosialnya. Sedangkan menurut Joewana (2005), penyalahgunaan NAPZA dapat menimbulkan gangguan dalam pekerjaan dan fungsi sosial.

Penyalahgunaan NAPZA dalam kehidupan bermasyarakat dapat mengancam keamanan lingkungan dan memicu aksi – aksi kejahatan. Jurnal BNN Edisi 11

(2009) melaporkan penjangbretan dan tindak kekerasan di tempat – tempat umum berkaitan erat dengan NAPZA, geng – geng yang bersaing saling berkelahi dan membunuh untuk mempertahankan wilayah penyaluran NAPZA dan diperkirakan sebanyak 15.000 kematian pertahun atau 15 anak - anak meninggal setiap hari karena NAPZA. Melihat berbagai dampak yang ditimbulkan penyalahgunaan NAPZA maka dapat diambil kesimpulan bahwa penyalahgunaan NAPZA merupakan ancaman yang sangat membahayakan kehidupan bangsa dan negara.

Penyalahgunaan NAPZA memberikan dampak psikososial dan ekonomi terhadap keluarganya. Dampak psikososial yang dirasakan oleh keluarga seperti perasaan sedih, malu, kecewa dan perasaan lainnya berkecamuk dan menimbulkan kekacauan dalam keluarga. Tidak mudah untuk menggambarkan bagaimana suasana nyaman dan tentram dalam kehidupan keluarga terganggu karena hadirnya para pecandu dilingkungan mereka. Keluarga resah karena barang – barang berharga di rumah hilang. Para pecandu mencuri, menipu, berbuat kasar kepada anggota keluarga yang lainnya bila permintaanya tidak dituruti dan acuh tak acuh dengan urusan keluarga. Pada akhirnya orang tua menjadi malu karena memiliki anak pecandu NAPZA, dan merasa bersalah tetapi juga sedih, marah bahkan putus asa. Masa depan tidak jelas, karena putus sekolah atau menganggur karena dikeluarkan dari sekolah atau pekerjaan.

Penyalahgunaan NAPZA selain berdampak terhadap psikologis juga mengganggu kehidupan ekonomi keluarga. Secara ekonomi, penyalahgunaan NAPZA menimbulkan biaya yang sangat besar untuk membiayai pemakaian NAPZA yang berharga mahal. Menurut Hawari (1999) biaya yang dikeluarkan untuk mengkonsumsi NAPZA di Indonesia per hari adalah sekitar Rp 100.000,00 bila dilihat dari jumlah penyalahguna di Indonesia, dengan demikian diperkirakan total biaya yang dibelanjakan untuk mengkonsumsi NAPZA sebesar 340 milyar per hari.

Berbagai penelitian dibawah ini juga menunjukkan kompleksitas dampak penyalahgunaan NAPZA baik bagi pengguna maupun keluarganya. Penelitian Suherman (2003) yang dilakukan pada 3 (tiga) mahasiswa Universitas X di Banten menunjukkan bahwa sejak menjadi pecandu NAPZA, indeks prestasi ketiga mahasiswa tersebut buruk, kegiatan kampus berkurang, lingkungan sosial dan teman – teman kampus memperolok – olok dan melaporkan kepada pihak rektorat, serta interaksi sosial yang tidak harmonis. Sedangkan penelitian Eka (2007), memaparkan bahwa gambaran makna hidup pada mantan pecandu ketika masih menggunakan NAPZA adalah merasa dirinya sudah tidak berarti, putus asa, hampa, dan berbagai perasaan negatif karena tidak ada teman dan tidak ada orang yang memperdulikannya.

Banyak kasus yang terjadi didalam keluarga pengguna NAPZA menjadi saling menutupi karena topik-topik pembicaraan terkait dengan masalah NAPZA termasuk rahasia atau aib keluarga yang tidak boleh diungkapkan kepada anggota keluarga lainnya, terutama untuk menjaga kehormatan keluarga. Hal ini sesuai dengan fakta yang diungkapkan oleh Utami (2005), bahwa anak yang terlibat dalam penyalahgunaan NAPZA dalam masyarakat dimaknai sebagai kegagalan orang tua dalam mendidik anak atau gagal menjadi orang tua yang baik. Pemberian label ini menjadi orang tua malu, kecewa, marah dan menyesal sehingga keluarga memilih untuk menyembunyikan rapat – rapat masalah yang dipandang sebagai aib dari mata publik dan seolah – seolah tidak pernah ada masalah dalam keluarga mereka.

Disisi lain menurut Tarkington (2009), perilaku keluarga dengan pecandu alkohol melindungi pecandu dengan berbohong kepada anggota keluarga yang lain tentang tingkah lakunya dan mentoleransi perilaku pecandu. Keluarga berusaha menyembunyikan fakta dengan menjawab anak itu sedang mendapatkan perawatan medis, pergi ke luar kota, studi ke luar negeri dan seribu alasan lainnya yang intinya menutupi kenyataan sebenarnya. Sikap ini banyak dilatarbelakangi oleh perasaan keluarga korban yang malu dan khawatir disudutkan oleh orang-orang di sekitarnya, kemudian pelan tapi pasti mulai menyisihkan diri dari

lingkungan dimana mereka bisa bergaul dan keluarga menjadi populasi tersembunyi.

Pandangan masyarakat yang sering tidak disadari terhadap NAPZA, pecandu dan keluarganya, lebih banyak memunculkan stigma serta diskriminasi yang akhirnya membuat terkungkung dalam rasa malu dan lambat laun cenderung disingkirkan dari kehidupan bermasyarakat. Penelitian yang dilakukan pada keluarga dan anak – anak rawan HIV AIDS di tujuh propinsi di Indonesia tahun 2007 oleh Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia (PPK UI) bekerja sama dengan UNICEF berhasil mengungkapkan *stigma* dan perilaku diskriminatif pada orang dengan HIV AIDS (ODHA) dan keluarganya bukan dari penyakitnya tetapi dari penggunaan NAPZA. Hal ini di dukung oleh penelitian Rulianti (2008) bahwa permasalahan psikososial yang terjadi di dalam ODHA dan keluarga bukan dari penyakitnya tetapi dari penggunaan NAPZA.

Keluarga yang didalamnya menderita HIV akan menutupi dari tetangga dan lingkungannya namun tidak dapat menutupi statusnya sebagai pemakai NAPZA. Hal ini disebabkan karena pada saat ODHA masih ketergantungan terhadap NAPZA, emosinya tidak stabil (cenderung meledak-ledak) terlebih pada saat *sakau* sehingga keluarga mengalami dampaknya yaitu keluarga ikut merasakan stres serta mendapat tekanan dan diskriminasi dari lingkungan sekitarnya. Keluarga seringkali tidak tahu bagaimana seharusnya membagikan perasaan dengan anggota keluarga lain atau bagaimana mengungkapkan perasaannya dengan jelas. Sikap seperti ini membuat beberapa anggota keluarga bersikap berjaga-jaga, sementara yang lainnya merasa curiga akan adanya sesuatu yang tidak diketahui.

Meningkatnya kasus penyalahgunaan NAPZA menjadi perhatian yang serius tidak saja di Indonesia, namun juga kalangan masyarakat di tingkat regional maupun internasional. Di tingkat internasional, berbagai upaya telah dilakukan diantaranya adalah dengan dibentuknya suatu badan oleh PBB yang membantu negara-negara anggota dalam perjuangan melawan obat-obatan terlarang, kejahatan dan

terorisme (UNODC). PBB juga telah menetapkan tanggal 26 Juni sebagai hari anti NAPZA sedunia, serta melakukan kampanye untuk melawan NAPZA di seluruh belahan dunia (<http://www.unodc.org/>, 2009). Di tingkat regional ASEAN, juga telah dilakukan kerjasama yang komprehensif diantara negara-negara anggota ASEAN dalam upaya pemberantasan NAPZA (Mengko, dkk, 2003) dan telah disepakatinya deklarasi negara – negara ASEAN bebas NAPZA pada tahun 2015 (Wiedyayatiningsih, 2003)

Masalah penyalahgunaan NAPZA di tingkat nasional, telah menjadi perhatian yang serius oleh pemerintah, mengingat dampak yang ditimbulkan demikian besar terutama pada generasi muda usia produktif. Salah satu wujud tanggung jawab dan keseriusan pemerintah dalam mengatasi penyalahgunaan NAPZA adalah dengan telah disyahkan Undang – undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika. Amanah dari Undang-undang ini diantaranya dimaksudkan untuk memberikan rasa jera dan pelajaran pada pemakai maupun pengedar NAPZA, dengan pidana kurungan atau denda paling banyak Rp. 8.00.000.000.000,- (delapan ratus milyar rupiah) serta ancaman yang lebih berat lagi yaitu hukuman mati (Jurnal BNN, edisi 8; 2009). Pemerintah telah menetapkan berbagai kebijakan diantaranya Peraturan Presiden Nomor 83 tahun 2007 yang menyebutkan setiap daerah provinsi, kabupaten/kota wajib membentuk Badan Narkotika Provinsi dan Badan Narkotika Kabupaten/Kota yang secara kelembagaan dan strukturnya menjadi perangkat daerah dan dibiayai oleh Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (<http://www.bnn.go.id>, 2009).

Wujud tanggung jawab pemerintah yang lain dalam upaya pencegahan, pemberantasan dan pemulihan bagi korban penyalahgunaan NAPZA adalah dengan cara membuka klinik terapi dan rehabilitasi secara nasional di beberapa wilayah di Indonesia diantaranya adalah di Rumah Sakit Ketergantungan Obat (RSKO) Fatmawati Jakarta Selatan dan Cibubur Jakarta Timur serta Klinik rehabilitasi BNN di Lido Bogor.

Upaya pencegahan dan pemberantasan penyalahgunaan NAPZA juga tidak hanya dilakukan oleh pemerintah, masyarakat sebenarnya juga sudah banyak yang

berperan. Banyak yayasan maupun unsur masyarakat seperti Karang Taruna dan tokoh masyarakat, tokoh agama dengan swadaya melakukan upaya – upaya preventif, promotif dan rehabilitatif melalui gerakan anti NAPZA (Granat), posko terpadu Badan Narkotika Kota Jakarta (BNK) di kampung Ambon, Kedaung Kaliangke, Cengkareng, Pesantren Bekasi yang diharapkan bisa membantu masyarakat pecandu untuk sembuh (Widiastuti, 2010).

Pemerintah, LSM, yayasan maupun unsur masyarakat telah melakukan berbagai upaya namun pada kenyataannya, penanganan penyalahgunaan NAPZA disamping merupakan masalah yang sulit untuk diatasi, juga disebabkan karena pada pelaksanaan program pemberantasan, pengobatan dan rehabilitasi masih mengalami berbagai hambatan. Hambatan tersebut diantaranya adalah pecandu dan pengedar yang kembali hidup di masyarakat belum terbentuk pertahanan diri untuk melawan ajakan atau godaan dari kelompok lamanya.

Fakta yang ada menunjukkan bahwa satu masalah diselesaikan, masalah lain muncul, satu pengguna ditangkap, yang lain menjadi pengedar dan banyak pengguna dan pengedar dimasukkan ke dalam penjara, namun tunas-tunas baru bermunculan. Penelitian BNN yang bekerjasama dengan Badan Pusat Statistik (BPS) menggambarkan bahwa dari 1.868 responden di 9 Lapas dan 1 Rumah Tahanan di 9 provinsi yang tersebar di Indonesia diketahui lebih dari separuh (53,9%) responden sebagai pemakai, 26,8% sebagai pengedar dan sisanya sebesar (19,3%) merupakan kombinasi keduanya yaitu sebagai pemakai sekaligus pengedar. Dari keseluruhan jumlah responden tersebut sebanyak 8,2% responden sudah pernah H(dua kali atau lebih) dihukum sebelumnya dengan kasus yang sama. Penelitian lain oleh Fauziah (2006) yang membuktikan bahwa dari 32.808 kasus penyalahgunaan NAPZA yang diidentifikasi oleh *National Anti-Drug Agency* (NADA), terdapat 17.419 kasus pengguna yang kambuh dan 15.389 pecandu baru.

Hambatan yang lain adalah dari sifat yang dimiliki NAPZA itu sendiri, yang menyebabkan seseorang yang telah menggunakan NAPZA menjadi sulit untuk

berhenti. Menurut Hadiman (1999) dan Partodiharjo (2009), ada empat (4) sifat NAPZA yang menyebabkan seseorang tidak dapat lepas dari jeratan NAPZA yaitu sugesti atau keinginan yang tidak tertahankan, sifat toleransi atau kecenderungan untuk menambah dosis, ketergantungan secara psikis atau gelisah emosional dan sakau atau ketergantungan fisik. Pendapat yang lain dari BNN (2009), adalah ketersediaan dan kemudahan mendapatkan NAPZA, merupakan salah satu faktor yang menghambat program penanggulangan NAPZA.

Melihat fakta-fakta tersebut diatas, penyalahgunaan NAPZA di masyarakat merupakan masalah yang sangat kompleks dan untuk mengatasi permasalahan tersebut diperlukan manajemen yang komprehensif dengan melibatkan kerjasama yang multidisipliner, multi sektoral dan peran serta masyarakat secara aktif, berkesinambungan, konsekuen dan konsisten melalui berbagai upaya preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif. Perawat komunitas sebagai bagian dari profesi kesehatan, memiliki peran dan tanggung jawab membantu masyarakat dalam mengatasi permasalahan penyalahgunaan NAPZA melalui upaya preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif. Salah satu yang dapat dilakukan adalah melalui pendekatan keluarga.

Upaya promotif dan preventif yang dilakukan perawat komunitas diantaranya dengan memberikan informasi tentang NAPZA, cara pencegahan dan pengobatan. Pengguna NAPZA membutuhkan perawatan dan terapi baik secara medis maupun psikososial. Upaya untuk menghindarkan generasi muda dari NAPZA ataupun menyembuhkan mereka yang sudah terlanjur terjebak menjadi pecandu, keluarga dan pecandu harus belajar cara-cara mengatasi tekanan dari kelompoknya sehingga dapat mengatakan "tidak" kepada NAPZA.

Perawat komunitas juga memiliki peran untuk membantu komunitas penyalahgunaan NAPZA secara bertahap agar berhenti mengkonsumsi NAPZA dan membantu keluarga melalui usaha-usaha promosi kesehatan. Pendekatan preventif melalui pendekatan keluarga merupakan salah satu opsi yang patut dipertimbangkan, mengingat peran keluarga juga memiliki posisi penting dalam

pembentukan karakter, etika dan penanaman nilai-nilai bagi setiap anggotanya untuk mengimbangi pengaruh kuat teman sebaya terhadap perilaku anggota keluarga, terutama dalam permasalahan NAPZA. Asfiryati (2003), dalam penelitian NAPZA di Yogyakarta memaparkan bahwa keluarga merupakan kesatuan yang terkecil di dalam masyarakat tetapi menempati kedudukan yang primer dan fundamental. Suatu keluarga dalam kehidupan manusia bersifat primer dan fundamental yaitu keluarga mempunyai peranan yang besar dan vital dalam mempengaruhi kehidupan anggota keluarganya.

Keluarga juga sebagai pusat pendidikan, dimana orangtua berperan dalam pembentukan kepribadian, mendidik, mengasuh dan membimbing anak-anaknya untuk hidup di dalam masyarakat. Pada hakekatnya keluarga merupakan wadah pembentukan masing-masing anggotanya, terutama anak-anak yang masih berada dalam perlindungan, bimbingan, serta tanggung jawab orangtuanya. Upaya preventif melalui pendekatan keluarga, yang selama ini belum tersentuh hendaknya menjadi prioritas agar tidak terjerumus ke dalam NAPZA. Hal ini sejalan dengan penelitian Novianti (2009) bahwa untuk mencegah dan mengatasi penyalahgunaan NAPZA diperlukan peran orang tua sebagai sentral kontrol dalam membimbing, mendidik, mengawasi dan memotivasi langsung kepada anggota keluarga. Saat ini pemahaman keluarga yang mempunyai anak penyalahgunaan NAPZA sangat terbatas, padahal jika perawat komunitas mempunyai pengetahuan dan pemahaman yang baik, perawat komunitas akan mampu memberikan asuhan keperawatan yang lebih baik dan komprehensif.

Berdasarkan kompleksnya permasalahan yang diakibatkan karena penyalahgunaan NAPZA dan pentingnya perawat komunitas dalam upaya pencegahan, pengobatan dan rehabilitasi penyalahgunaan NAPZA maka penulis tertarik untuk memahami arti dan makna pengalaman keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA dalam menjalani kehidupan bermasyarakat di Kelurahan Palmerah Jakarta Barat dengan merekonstruksi gambaran holistik tentang fenomena yang dialami sesuai pandangan informan. Pengalaman tersebut hanya dapat diungkap melalui studi kualitatif.

Penelitian kualitatif yang dilakukan menggunakan desain fenomenologi karena pendekatan ini merupakan cara yang paling baik untuk menggambarkan dan memahami pengalaman manusia. Menurut Streubert dan Carpenter (1999) studi fenomenologi deskriptif bertujuan untuk mendeskripsikan pengalaman hidup sekelompok individu tentang suatu konsep atau fenomena. Metode ini menstimulasi persepsi kita terhadap pengalaman hidup sambil menekankan kekayaan, keleluasaan, kedalaman dari pengalaman tersebut. Pengalaman keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA perlu dieksplorasi secara mendalam melalui wawancara mendalam sehingga didapatkan pengalaman hidup dari keluarga NAPZA langsung.

Studi penelitian kualitatif ini, dilaksanakan di wilayah Palmerah Jakarta Barat. Hal ini dikarenakan wilayah Palmerah Jakarta Barat merupakan salah satu daerah binaan Rumah Sakit Peln Jakarta, sehingga penulis sudah cukup mengenal karakteristik wilayah dan kejadian penyalahgunaan NAPZA di wilayah tersebut. Peneliti juga memfokuskan penelitian di wilayah Palmerah yang merupakan salah satu wilayah Jakarta Barat dengan jumlah penyalahgunaan NAPZA cukup tinggi. Menurut Badan Narkotika Kodya (BNK) Jakarta Barat, wilayah Jakarta Barat merupakan surganya bagi penyalahgunaan NAPZA, dan di wilayah ini pula banyak peredaran NAPZA jenis ganja, ekstasi dan sabu. Dari hasil wawancara dengan salah satu penanggungjawab bidang perawatan kesehatan masyarakat Puskesmas Palmerah, bahwa wilayah Palmerah merupakan hunian padat penduduk dengan berbagai permasalahan kesehatan mulai dari air bersih, sanitasi, sampai penyalahgunaan NAPZA. Pernyataan tersebut didukung oleh data dari kelurahan Palmerah yang menunjukkan bahwa jumlah penduduk pada tahun 2008 sebanyak 54.647, dengan kepadatan penduduk tercatat sebanyak 2.344 jiwa per km².

1.2. Rumusan Masalah

Permasalahan NAPZA merupakan masalah global yang mengakibatkan kematian jutaan jiwa, menghancurkan sendi-sendi kehidupan, merusak kehidupan keluarga,

mengancam keamanan, stabilitas dan ketahanan nasional. Di Indonesia penyalahgunaan NAPZA sudah sangat serius dan mengkhawatirkan karena sudah merambah kesemua lapisan masyarakat dari anak –anak, remaja sampai dewasa, dari pelajar, mahasiswa, pengusaha, artis, eksekutif muda bahkan sampai aparat.

Penyalahgunaan NAPZA memberikan berbagai dampak yang akan dirasakan oleh pengguna itu sendiri dan keluarga dalam menjalani kehidupan bermasyarakat. Dampak yang dirasakan oleh keluarga seperti sedih, malu, kecewa, marah bahkan putus asa. Suasana nyaman dan tenang dalam kehidupan keluarga terganggu. Banyak kasus yang terjadi di dalam keluarga yang menganggap masalah NAPZA termasuk rahasia atau aib keluarga yang tidak boleh diungkapkan kepada orang lain dengan alasan untuk menjaga kehormatan keluarga.

Penyalahgunaan NAPZA juga erat hubungannya dengan berbagai tindakan kriminal seperti mencuri, menjambret bahkan membunuh demi mendapatkan uang untuk membeli NAPZA. Pandangan masyarakat lebih banyak memunculkan *stigma* serta diskriminasi yang membuat pecandu dan keluarganya semakin merasa malu dan membuat mereka tersisih dan lambat laun cenderung menyingkirkan mereka dari kehidupan bermasyarakat dan keluarga harus menanggung beban psikologis, sosial dan ekonomi. Kompleksnya permasalahan akibat penyalahgunaan NAPZA yang dihadapi sehari-hari oleh keluarga pengguna NAPZA, mulai dari masalah psikososial, ekonomi stigmatisasi dan diskriminatif mengakibatkan menurunnya kualitas hidup. Kondisi ini membutuhkan dukungan sosial dari berbagai pihak terkait salah satunya adalah perawat komunitas. Berdasarkan fenomena tersebut maka dapat dirumuskan pertanyaan penelitian: Apa arti dan makna pengalaman keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA dalam menjalani kehidupan bermasyarakat?

1.3. Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran mengenai arti dan makna pengalaman keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA dalam menjalani kehidupan bermasyarakat di Kelurahan Palmerah Kecamatan Slipi Jakarta Barat.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Pelayanan Keperawatan Komunitas

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi masukan kepada layanan keperawatan di komunitas sehingga perawat komunitas mampu memberi dukungan pada keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA dalam kehidupan bermasyarakat. Penelitian ini juga diharapkan dapat memberi masukan bagi para penyedia pelayanan kesehatan, tokoh masyarakat, tokoh agama dan tokoh pemuda di masyarakat agar dapat memberikan dukungan moril dan spiritual pada keluarga yang mempunyai pengguna NAPZA yang ada dimasyarakat. Penelitian ini juga bisa sebagai landasan dalam menjalankan dukungan psikososial yang diberikan anggota keluarga yang lainnya, tokoh agama, tokoh masyarakat, dan tokoh pemuda guna pengembangan program penanggulangan dan pencegahan NAPZA di masyarakat selanjutnya dan landasan untuk membuat kebijakan terkait program ini khususnya dalam memberdayakan masyarakat.

1.4.2. Perkembangan Ilmu

Hasil penelitian ini juga bisa dijadikan dasar bagi perawat komunitas untuk mengembangkan suatu model intervensi di masyarakat yang mengintegrasikan pemberdayaan masyarakat, partisipasi masyarakat dan kemitraan dalam mengatasi permasalahan NAPZA di Indonesia. Selain itu hasil penelitian ini bisa dijadikan dasar dalam mengembangkan penelitian lebih lanjut terhadap topik keluarga NAPZA

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini menguraikan beberapa konsep yang berhubungan dengan penelitian yang dilakukan, meliputi keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA sebagai populasi *At risk*, konsep tentang keluarga, strategi program pencegahan dan penanggulangan NAPZA, peran perawat komunitas dalam penanggulangan NAPZA, dukungan sistem keluarga dan sistem sosial, stigma dan diskriminasi pada penyalahguna NAPZA dan keluarga penyalahgunaan NAPZA dan studi penelitian fenomenologi dengan menggunakan pendekatan kualitatif.

2.1. Populasi Keluarga yang Mempunyai Anak Pengguna NAPZA Sebagai Populasi *At Risk*

At risk adalah seseorang yang beresiko terpaparnya penyakit, bahaya, ketakutan, ketidaknyamanan, penyiksaan (Thomson, 1995 dalam Botorfft, 1995). Sedangkan *populations at risk* (populasi resiko) dari Nichols et al., (1998, dalam Stanhope dan Lancaster, 2004) adalah kumpulan dari orang-orang yang teridentifikasi memiliki beberapa kemungkinan terhadap munculnya suatu peristiwa. Hal senada juga diungkapkan oleh Swanson (1999) bahwa populasi resiko merupakan kemungkinan terhadap munculnya suatu kejadian seperti status kesehatan individu yang terpapar oleh suatu faktor spesifik tertentu maka akan menderita penyakit spesifik tertentu. Pendapat lain dari Clemen, et al., (2002) bahwa populasi resiko merupakan suatu populasi kemungkinan akan mengalami kerusakan atau bahaya atau kehilangan. Resiko bisa disebabkan oleh faktor lingkungan atau faktor perilaku yang berbahaya, yang dalam epidemiologi agregat *at risk* dikaitkan dengan karakteristik lingkungan, individu, dan sosial ketika terjadi hubungan dengan peningkatan kemungkinan penyakit. Karakteristik tersebut disebut sebagai faktor resiko. Dengan melihat uraian pernyataan tersebut, maka dapat diambil kesimpulan bahwa *population at risk* adalah sekelompok orang yang mempunyai resiko masalah kesehatan, kesehatannya akan semakin memburuk yang disebabkan karena adanya beberapa interaksi faktor resiko.

Identifikasi faktor resiko yang mengakibatkan suatu kondisi *at risk*, menurut pendapat Stanhope dan Lancaster (2004) diantaranya adalah *biologic risk*, *social risk*, *economic risk*, *life style* dan *life event*. Memperhatikan prinsip-prinsip tentang *at risk* dan faktor resiko, pendapat Stanhope dan Lancaster (2004), Swanson (1998) dan Clemen, et. al., (2002), populasi keluarga yang mempunyai anak penyalahgunaan NAPZA dapat digolongkan kedalam *population at risk*. Dibawah ini akan menguraikan keempat faktor resiko populasi keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA yaitu *biologic risk*, *social risk*, *economic risk*, *life style* dan *life event* yang menempatkan keluarga yang mempunyai anak penyalahguna NAPZA dikategorisasikan menjadi populasi *at risk*.

Biologic risk merupakan faktor genetik atau ciri fisik yang berkontribusi terjadinya resiko. *Faktor biologic risk* pada keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA terkait dengan kelelahan fisik akibat beban yang harus dipikul oleh keluarga. Fontaine (2003) mengatakan bahwa beban keluarga adalah tingkat pengalaman distress keluarga sebagai efek dari keberadaan anggota keluarga terhadap keluarganya. Salah satunya adalah beban yang harus dipikul karena keberadaan pengguna NAPZA. Menurut WHO (2008), beban yang berhubungan dengan masalah pengalaman anggota keluarga meliputi gangguan hubungan antar anggota keluarga, terbatasnya hubungan sosial dan aktifitas kerja, kesulitan finansial dan dampak negatif terhadap kesehatan fisik anggota keluarga.

Kehadiran pengguna NAPZA dalam keluarga akhirnya mengakibatkan pada kelelahan fisik anggota keluarga yang lain terutama orangtua. Faktor lain yang dapat menyebabkan kelelahan fisik pada keluarga pengguna NAPZA adalah karena kehadiran pengguna NAPZA ditengah – tengah keluarga yang sudah dalam tahap ketergantungan atau kecanduan akan mengalami penurunan fisik dan mental (Hawari, 2009). Bila sudah terjadi kemunduran fisik dan mental pada salah satu anggota keluarga maka akan membutuhkan perhatian lebih dari anggota keluarga yang lain khususnya orang tua dalam hal merawat dan mengawasi perilakunya. Di sisi lain orang tua juga harus dapat berbagi tugas untuk

mengendalikan agar sistem dalam keluarga tetap berjalan dengan baik dengan mempertahankan peran dan fungsi keluarga secara optimal. Hal inilah yang mengakibatkan kelelahan fisik bagi keluarga.

Social risk merupakan faktor kehidupan yang tidak teratur, tingkat kriminal yang tinggi, lingkungan yang terkontaminasi oleh populasi udara, kebisingan, zat kimia yang berkontribusi untuk terjadinya masalah. Faktor *social risk* pada keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA berkaitan dengan pandangan yang negatif pada keluarga NAPZA yang berhubungan dengan *labelling*, *stigma* dan diskriminasi yang terjadi di sekolah, tempat kerja dan di masyarakat. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Suherman (2003) pada 4 mahasiswa perguruan tinggi di Banten yang menunjukkan bahwa keempat mahasiswa tersebut menerima cap dan diperolok-olok sebagai pengguna di lingkungan kampus, dijauhi oleh teman-teman dan diperlakukan diskriminasi oleh pihak kampus. Demikian halnya dengan data (http://www.who.int/substance_abuse/, 2009) melaporkan bahwa ada perlakuan diskriminasi pada keluarga dan pelaku penyalahgunaan NAPZA yang baru keluar dari pusat rehabilitasi NAPZA.

Economic risk adalah ketidakseimbangannya antar kebutuhan dan penghasilan. Krisis ekonomi yang berkepanjangan akan mempengaruhi terhadap kebutuhan perumahan, pakaian, makanan, pendidikan dan kesehatan. *Factor economic risk* pada keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA adalah terkait dengan dampak penyalahgunaan NAPZA. Salah satu dampak penyalahgunaan NAPZA bagi pengguna adalah menjadi tidak produktif. Hal tersebut disebabkan perilaku malas, sering membolos dan berbagai tindakan kriminal, sehingga mereka akan dikeluarkan dari sekolah dan tempat kerja (Amriel : 2008). Bila sudah tidak bekerja atau tidak sekolah akhirnya menjadi tidak produktif. Karena tidak produktif maka penyalahgunaan NAPZA akan berdampak pada sistem keuangan keluarga dan akan menjadi beban ekonomi bagi keluarganya. Menurut Gearon et al., (2001) bahwa penyalahgunaan NAPZA sering dibiayai oleh anggota keluarga dekat.

Disisi lain pengguna NAPZA akan memerlukan proses pengobatan dan terapi jangka waktu yang lama dan biaya terapi yang tinggi, sehingga seringkali membuat keluarga harus menyediakan sejumlah biaya yang tidak sedikit. Keluarga berusaha memenuhi kebutuhan biaya tersebut dengan mengurangi kebutuhan anggota keluarga yang lain. Pernyataan tersebut didukung oleh (http://www.who.int/substance_abuse/, 2009) bahwa demi untuk mendapatkan NAPZA, penyalahguna obat juga dapat menghabiskan uang yang semestinya dialokasikan untuk makan, sewa rumah dan kesehatan, bahkan terlibat hutang piutang hanya untuk membeli zat terlarang. Hawari (2009) juga menyatakan bahwa pengguna NAPZA akan menjual dan mencuri semua barang yang ada dirumah untuk memenuhi kebutuhan NAPZA. Sedangkan (BNN, 2009) menegaskan bahwa faktor ekonomi pada pengguna NAPZA akan membawa dampak buruk di tingkat masyarakat maupun Indonesia. Tercatat lapaoran BNN pada tahun 2008, diperkirakan kerugian ekonomi dan sosial akibat praktek penyalahgunaan NAPZA di Indonesia sebesar Rp 30 triliun per tahun.

Life style merupakan gaya hidup atau kebiasaan yang dapat berdampak pada terjadinya risiko, termasuk keyakinan terhadap kesehatan, kebiasaan sehat, pengaturan pola tidur, rencana aktifitas keluarga, norma tentang perilaku yang berisiko. Sedangkan *life even* adalah kejadian dalam kehidupan yang dapat berisiko terjadinya masalah kesehatan. *Life style* dan *life even* pada keluarga penyalahgunaan NAPZA menurut BNN (2009) dan Partodiharjo (2009) adalah dalam kehidupan *trend* dan gaya hidup "*modern*". Hawari (2009) menambahkan pola hidup masyarakat dari yang semula sosial religious cenderung ke arah pola kehidupan masyarakat individual materialistis dan sekuler, pola hidup mewah dan konsumtif, ambisi karier dan materi yang tidak terkendali. Sedangkan Friedman (2003), berpendapat bahwa kebiasaan menggunakan obat dalam keluarga yang dijual bebas sering digunakan oleh orang Amerika 60% sampai 70 %. Dalam masyarakat, dimana pil dianggap sebagai obat manjur untuk segala sesuatu mulai dari masalah seksual sampai sakit kepala.

2.2. Konsep Keluarga

Penyalahgunaan NAPZA dalam sebuah keluarga merupakan tanggung jawab seluruh anggota keluarga sebagai lingkungan terdekat. Untuk itu sangat penting memahami arti, fungsi dan peran keluarga dalam menciptakan situasi keluarga yang mendukung terciptanya suasana lingkungan keluarga yang dapat memberikan rasa aman dan nyaman bagi seluruh anggota keluarga. Berikut ini pengertian keluarga menurut pendapat beberapa ahli yaitu :

2.2.1. Definisi

Pengertian keluarga menurut Burgess dan kawan - kawan (1963, dalam Friedman, 2003) adalah terdiri dari orang – orang yang disatukan dalam ikatan perkawinan, darah dan ikatan adopsi, yang biasanya tinggal dalam satu rumah tangga dan saling berinteraksi dan berkomunikasi satu dengan yang lain dalam peran – peran sosial keluarga seperti suami, istri, ayah dan ibu, anak, saudara dan saudari dengan menggunakan kultur yang diambil dari masyarakat dengan beberapa ciri unik tersebut. Baylon dan Maglaya (1997) menambahkan bahwa individu di dalam keluarga akan saling berinteraksi satu sama lainnya dalam menjalankan perannya dan menciptakan dan mempertahankan suatu budaya. Keluarga juga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Departemen Kesehatan RI, 1998). Sementara Johnson (1992 dalam Shierly, 1996) menegaskan bahwa diantara anggota keluarga akan terbentuk ikatan emosional dan mempunyai kewajiban antara satu orang dengan orang yang lainnya.

Definisi keluarga tersebut diatas, disimpulkan bahwa keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari beberapa individu, dibentuk karena adanya hubungan darah, ikatan perkawinan atau pengangkatan dalam satu rumahtangga yang saling berinteraksi, mempunyai ikatan emosional serta kewajiban antara satu orang dengan orang yang lainnya. Pemahaman tentang keluarga ini penting untuk menjadi acuan didalam memahami peran dan fungsi keluarga, sebagaimana dijelaskan berikut ini.

2.2.2. Peran dan Fungsi Keluarga

Peran keluarga adalah serangkaian pola sikap perilaku, nilai dan tujuan yang diharapkan oleh masyarakat, dihubungkan dengan fungsi keluarga didalam kelompok sosialnya. Peran keluarga menurut Friedman (2003) adalah hal-hal yang harus dilakukan oleh individu-individu dalam keluarga saat menghadapi situasi tertentu agar memenuhi harapan diri dan orang lain. Peran dalam keluarga terbagi menjadi dua kelompok, yaitu peran formal dan peran informal. Peran formal merupakan peran parental dan peran perkawinan, yang terdiri dari penyedia, pengatur rumah tangga, perawatan anak, sosialisasi anak, rekreasi, persaudaraan, seksual dan terapeutik. Sementara peran informal adalah pendorong, pengharmonis, inisiator, pendamai, penghalang, dominator, pengikut, pencari pengakuan, sahabat, perawat keluarga, koordinator keluarga dan penghubung keluarga. Ketika keluarga tidak mampu membagi peran baik secara formal maupun informal, maka keluarga tidak dapat terhindar dari stres dan akan mempengaruhi keseimbangan dalam keluarga, salah satunya adalah permasalahan penyalahgunaan NAPZA. Bila terdapat pengguna NAPZA dalam keluarga, maka keluarga harus berperan sebagai sistem pendukung bagi keluarga. Peran keluarga sangat menentukan sejauh mana kemampuan keluarga dalam mengatasi masalah penyalahgunaan NAPZA dalam keluarga. Setiap anggota keluarga dapat menjalankan perannya apabila keluarga berfungsi sebagaimana mestinya.

Ervin (2002), menyatakan dalam suatu keluarga ada salah satu anggota keluarga yang sakit, maka akan mempengaruhi struktur, peran dan fungsi keluarga. Friedman (2003) menggambarkan fungsi sebagai apa yang dilakukan keluarga. Fungsi keluarga berfokus pada proses yang digunakan oleh keluarga untuk mencapai tujuan keluarga tersebut. Proses melibatkan komunikasi diantara anggota keluarga, penetapan tujuan, resolusi konflik, pemberian makanan, dan penggunaan sumber dari internal maupun eksternal. Sementara tujuan yang akan dicapai adalah tujuan reproduksi, seksual, ekonomi dan pendidikan dalam keluarga yang memerlukan dukungan secara psikologi antar anggota keluarga. Fungsi keluarga sangat penting didalam menjalani kehidupan berkeluarga. Jika

didalam suatu keluarga, ada salah satu fungsi yang tidak berjalan dengan baik maka akan mempengaruhi fungsi - fungsi yang lain.

Fungsi keluarga menurut Friedman (2003) yaitu: (1) fungsi afektif dan koping, salah satu kebutuhan dasar manusia ialah kebutuhan kasih sayang atau rasa cinta. Menurut Duvall (1977, dalam Friedman 2003) kebahagiaan diukur dengan kekuatan dan cinta kasih keluarga. Keluarga harus memenuhi kebutuhan – kebutuhan afektif atau kasih sayang kepada semua anggota keluarga karena respon afektif dari seorang anggota keluarga merupakan bentuk penghargaan terhadap kehidupan. (2) Fungsi sosialisasi, fungsi sosialisasi menunjuk pada peranan keluarga dalam membentuk kepribadian anak. Melalui fungsi ini, keluarga berusaha mempersiapkan bekal selengkap-lengkapya kepada anggota keluarga dengan memperkenalkan pola tingkah laku, sikap keyakinan, cita-cita, dan nilai-nilai yang dianut oleh masyarakat serta mempelajari peranan yang diharapkan akan dijalankan oleh mereka. Dengan demikian, sosialisasi berarti melakukan proses pembelajaran terhadap seorang anak keluarga sebagai guru, menanamkan kepercayaan, nilai, sikap, dan mengajarkan bagaimana menghadapi masalah, memberikan umpan balik, dan memberikan petunjuk dalam pemecahan masalah. (3) Fungsi reproduksi, keluarga melahirkan anak, menumbuh-kembangkan anak dan meneruskan keturunan. (4) Fungsi ekonomi, keluarga memberikan finansial untuk anggota keluarganya dan kepentingan di masyarakat. Secara ekonomi penyalahgunaan NAPZA dapat menyebabkan sistem keuangan keluarga menjadi terganggu, karena harus menyiapkan uang untuk memenuhi kebutuhan akan NAPZA. Pengguna NAPZA seringkali melakukan tindakan kekerasan atau tindakan kejahatan untuk memenuhi kebutuhannya dengan mencuri atau melakukan tindak kejahatan yang lebih berat lagi kepada keluarga dan masyarakat (Hikmat, 2008). (5) Fungsi perawatan / pemeliharaan kesehatan, yaitu fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga. Fungsi perawatan kesehatan ini merupakan fungsi yang mendasar dan vital, fokus pada bagaimana keluarga memenuhi fungsi perawatan kesehatan dengan baik (Pratt, 1976 dalam Friedman 2003). Dan tidak dipungkiri bahwa keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA tentu akan memiliki beban tersendiri yang

mempengaruhi fungsi di dalam keluarga. Sehingga dibutuhkan kemampuan seluruh anggota keluarga untuk berusaha agar fungsi keluarga tetap dapat dipertahankan.

Keluarga yang mampu menjalankan fungsi dengan baik, akan menjadi sistem pendukung bagi anggota keluarga yang mengalami penyalahgunaan NAPZA. Seperti individu, keluarga juga mempunyai cara-cara tertentu untuk mengatasi masalah kesehatan. Keluarga menggunakan berbagai pilihan cara ketika dihadapkan dengan permasalahan terkait dengan pendampingan dan perawatan anak dengan penyalahgunaan NAPZA pada anggota keluarga. Kegagalan dalam mengatasi keadaan tersebut akan mengakibatkan suasana yang tidak sehat secara terus menerus dan keberhasilan keluarga untuk berfungsi sebagai satu kesatuan akan berkurang. Dalam perawatan kesehatan keluarga, kata-kata "mengatasi dengan baik", diartikan sebagai kesanggupan keluarga untuk melaksanakan tugas pemeliharaan kesehatannya sendiri.

Tugas pemeliharaan kesehatan keluarga menurut Freeman (1981 dalam Friedman 2003) yaitu : (1). Mengenal gangguan perkembangan kesehatan setiap anggota keluarga. Hal ini berhubungan dengan kesanggupan keluarga untuk mengenal masalah kesehatan pada setiap anggota keluarga. Pada keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA, keluarga harus mengetahui keadaan yang terjadi akibat penyalahgunaan NAPZA dan mampu mengidentifikasi fungsi keluarga yang terganggu; (2). Mengambil keputusan untuk tindakan kesehatan yang tepat. Keluarga harus secara dini memperhatikan perubahan yang terjadi pada anggota keluarga. Bila dirasakan terjadi ketidaksesuaian dengan keadaan normal, misalnya yang terjadi perubahan pada perilaku anggota keluarga, keluarga harus segera bertindak mencari informasi ke tempat yang tepat; (3). Memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit, termasuk merawat anggota keluarga yang mengalami penyalahgunaan NAPZA. Terapi dan rehabilitasi terhadap pengguna NAPZA sangat penting untuk mengurangi permintaan atau kebutuhan terhadap NAPZA (*deman reduction*) dengan demikian diharapkan pengadaan NAPZA di pasaran akan menurun dengan sendirinya BNN (2009); (4). Memodifikasi

lingkungan dengan mempertahankan suasana di rumah yang menguntungkan untuk kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga. Keluarga harus memfasilitasi setiap anggota keluarga, meskipun ada anggota keluarga yang mengalami penyalahgunaan NAPZA, untuk tetap menjaga hubungan yang harmonis, menjaga komunikasi dan saling memberikan dukungan dalam berbagai situasi; (5). Memanfaatkan fasilitas kesehatan dengan mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga-lembaga kesehatan. Ini menunjukkan pemanfaatan dengan baik akan fasilitas-fasilitas kesehatan. Dalam hal ini keluarga harus mendampingi dan memotifasi pengguna NAPZA dalam program pemulihan. Saat ini sudah banyak berkembang klinik rehabilitasi NAPZA yang dapat dimanfaatkan oleh keluarga dalam mendukung proses penyembuhan dan mencegah kekambuhan pada pemakai.

2.2.3. Struktur Keluarga

Menurut Friedman (2003), struktur keluarga yaitu terdiri dari empat aspek yang saling berkaitan yaitu : struktur peran, struktur kekuatan keluarga, sistem nilai-nilai dalam keluarga dan proses komunikasi. Struktur peran berkaitan dengan posisi dan peran masing - masing anggota keluarga, misalnya peran sebagai kepala keluarga, sebagai ibu dan sebagai anggota keluarga. Peran ayah sebagai suami dari istri, berperanan sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung, dan pemberi rasa aman, sebagai kepala keluarga, sebagai anggota dari kelompok sosialnya, serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya. Demikian juga peranan ibu sebagai istri dan ibu dari anak-anaknya, ibu mempunyai peranan untuk mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya, pelindung dan sebagai salah satu kelompok dari peranan sosialnya, serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya, disamping itu juga dapat berperan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarganya.

Peran anak sebagai anggota keluarga adalah melaksanakan peranan psiko-sosial sesuai dengan tingkat perkembangannya, baik fisik, mental, sosial dan spiritual. Keberadaan anggota keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA akan mempengaruhi posisi dan peran dari masing – masing anggota keluarga baik

sebagai ayah, ibu maupun anggota keluarga. Jika ada anggota keluarga yang tidak dapat menjalankan peranannya dalam keluarga, maka anggota keluarga yang lain mengambil alih dengan menjalankan peranannya agar keluarga tetap berfungsi (Murray & Zetner, 1975, 1985 dalam Friedman, 2003).

Keluarga juga mempunyai nilai-nilai yang dianut oleh keluarga. Nilai-nilai ini menjadi pedoman keluarga sebagai suatu sistem. Menurut Parad & Caplan, 1965 dalam Friedman (2003), nilai keluarga adalah suatu sistem ide, sikap, dan kepercayaan tentang sikap, dan kepercayaan tentang nilai secara keseluruhan atau konsep yang secara sadar ataupun tidak sadar mengikat bersama-sama seluruh anggota keluarga dalam suatu budaya yang lazim. Sistem nilai merupakan dasar bagi keluarga untuk membentuk pandangan terhadap *stressor* dan membuat keputusan tentang bagaimana berespon terhadap *stressor* tersebut. Sebagai contoh keluarga yang menganggap bahwa penyalahgunaan NAPZA itu suatu tindakan yang amoral dan dapat membahayakan kesehatan, maka keluarga akan berupaya untuk melakukan pencegahan agar keluarga terhindar dari NAPZA. Namun keluarga yang menganggap nilai penyalahgunaan NAPZA itu tidak penting cenderung akan mengabaikan tindakan pencegahan terhadap penyalahgunaan NAPZA.

Proses komunikasi berkaitan dengan pencapaian hubungan diantara anggota keluarga termasuk didalamnya pola komunikasi. Komunikasi keluarga diukur dengan memfokuskan keluarga sebagai kelompok yang saling menghormati ditandai dengan adanya kemampuan mendengarkan, kemampuan menyampaikan pesan, kemampuan pengungkapan diri. Komunikasi yang ada dalam keluarga diharapkan terbuka antara satu anggota keluarga dengan anggota keluarga lain, selalu menyelesaikan konflik dengan musyawarah mufakat, selalu berfikir positif terhadap anggota keluarga lain karena komunikasi yang efektif akan mendukung kemampuan keluarga dalam menyelesaikan dan beradaptasi terhadap masalah. Penelitian yang dilakukan oleh Hawari (1990), menunjukkan bahwa kesibukan orang tua yang menyebabkan komunikasi untuk anak kurang bahkan tidak ada

sama sekali mempunyai risiko relatif 7.9 % untuk terjadinya penyalahgunaan NAPZA.

Struktur kekuatan berkaitan dengan proses pengambilan keputusan dan siapa yang berpengaruh terhadap pengambilan keputusan tersebut. Di dalam keluarga orangtua memegang peranan penting untuk mengambil suatu keputusan dan orangtua mempunyai pengaruh untuk mempengaruhi anak-anaknya. Jika dalam pengambilan keputusan, orangtua melibatkan dan mengakomodasi kepentingan seluruh anggota keluarga maka stabilitas keluarga dapat dipertahankan. Apabila di dalam suatu keluarga mempunyai struktur kekuatan keluarga yang masing-masing berjalan dengan baik maka sistem keluarga pun akan berjalan dengan baik pula.

2.3. Strategi Pencegahan dan Penanggulangan NAPZA dalam Intervensi Keperawatan Komunitas

Upaya pencegahan, pengobatan dan penanggulangan penyalahgunaan NAPZA, bukanlah hal yang mudah. Fakta menunjukkan bahwa berbagai upaya sudah dilakukan baik oleh pemerintah, LSM, polri dan masyarakat sendiri, namun upaya yang sudah dilakukan tidak dapat mencegah meningkatnya penyalahgunaan NAPZA di Indonesia. Perawat komunitas sebagai salah satu tenaga profesional dibidang kesehatan, mempunyai peran dalam upaya pencegahan dan penanggulangan penyalahgunaan NAPZA. Menurut (Anderson & Mc. Farlane, 2004) ; Leavell dan Clark 1998, dalam Hitchcock, Scubert dan Thomas (1999), ada tiga tingkat pencegahan dan penanggulangan penyalahgunaan yang dapat dilakukan oleh perawat komunitas yaitu pencegahan primer, pencegahan sekunder dan pencegahan tersier. Hal senada juga disampaikan oleh Maurer (2003) yaitu ada tiga tindakan yang efektif dalam peran perawat spesialis komunitas dalam upaya pencegahan yaitu pencegahan primer, sekunder dan tersier. Berikut adalah berbagai upaya yang dapat dilakukan perawat dalam mencegah dan menanggulangi penyalahgunaan NAPZA sesuai dengan peran dan tanggung jawab perawat komunitas.

2.3.1. Upaya Pencegahan Primer.

Menurut Hitchcock, Schubert, dan Thomas (1999), pencegahan primer merupakan semua aktivitas pencegahan penyakit, kecacatan, dan injuri. Pencegahan primer pada penyalahgunaan NAPZA ditujukan terutama kepada anak – anak dan generasi muda yang belum menggunakan NAPZA dengan tujuan mencegah atau menghindar dari pengaruh lingkungan kehidupan penyalahguna NAPZA. Berbagai pencegahan primer yang dilakukan perawat komunitas sesuai dengan peran dan tanggungjawabnya diantaranya adalah upaya promosi kesehatan dengan tujuan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat, keluarga dan individu khususnya remaja bahwa penggunaan NAPZA merupakan tindakan yang sangat berbahaya, dapat merusak kesehatan baik fisik, mental dan sosial (Mc.Murray, 2003). Intervensi promosi kesehatan yang dilakukan dapat berbentuk ceramah, kampanye kesehatan, seminar pendidikan kesehatan tentang bahaya NAPZA kedalam kegiatan masyarakat seperti arisan, pertemuan rutin tokoh masyarakat, pengajian, organisasi pemuda, dan pertemuan rutin di sekolah.

Peran perawat komunitas dalam usaha promosi kesehatan yaitu mencegah penyalahgunaan NAPZA (*preventive drug abuse*) dan mencegah kekambuhan bagi mantan pengguna NAPZA (Pender, Murdaug dan Parson 2002). Promosi kesehatan yang dilakukan perawat sebagai perawat pendidik (*nurse educator*), meliputi gaya hidup sehat, menciptakan lingkungan sehat yang mendukung, meningkatkan peran serta masyarakat, reorientasi pelayanan kesehatan primer untuk fokus pada promosi kesehatan dan mencegah penyakit dan membuat kebijakan terkait kesehatan masyarakat.

Promosi kesehatan tidak hanya untuk individu, tetapi juga untuk keluarga dan masyarakat (WHO, 1986) dalam Pender, Murdaugh, dan Parson, 2002). Promosi kesehatan kepada remaja yang merupakan kelompok rentan untuk menjadi pengguna NAPZA adalah dengan memberi informasi tentang perkembangan masa remaja meliputi aspek fisik, biologis, nilai budaya dan sosial. Hawari (2001) menyebutkan program pemberdayaan masyarakat (*social participation, involvement and encouragement*) perlu dihimpun dalam suatu organisasi yang

mempunyai program penyuluhan, pelatihan untuk pencegahan penyalahgunaan NAPZA.

2.3.2. Upaya Pencegahan Sekunder

Hitchcock, Schubert, dan Thomas (1999), Prevensi sekunder merupakan aktivitas-aktivitas yang berhubungan dengan deteksi dini dan *treatment*. Prevensi sekunder difokuskan pada deteksi penyakit sebagai langkah awal dengan kegiatan *interview* mendalam, riwayat penyakit, dan pemeriksaan fisik.

Pencegahan sekunder merupakan upaya pencegahan yang difokuskan pada deteksi dini terhadap suatu penyakit. Pada masalah penyalahgunaan NAPZA, upaya pencegahan sekunder ditujukan kepada anak – anak yang sudah mulai mencoba – coba NAPZA, baik di dalam sekolah maupun di luar sekolah serta sektor – sektor masyarakat yang dapat membantu anak- anak agar berhenti dari penyalahgunaan NAPZA. Perawat komunitas dapat melakukan kolaborasi, proses berbagi rencana dan kegiatan dengan tanggungjawab bersama untuk tujuan bekerjasama dengan teknik penyelesaian masalah dan dilakukan bersama keluarga, profesi kesehatan lain, praktisi kesehatan, dan sumber-sumber di masyarakat.

Kegiatan yang dilakukan perawat komunitas pada pengguna NAPZA adalah diagnosa dini dengan melakukan pengkajian dan pemeriksaan fisik yang bertujuan untuk mengidentifikasi remaja yang berisiko tinggi mengalami masalah penyalahgunaan NAPZA; *screening* dan penilaian terhadap remaja yang berisiko menggunakan NAPZA; tindakan perawatan segera dengan merujuk remaja yang menggunakan NAPZA untuk mendapatkan tindakan pengobatan medik seperti detoksifikasi dan dilanjutkan dengan proses pembinaan keluarga dengan melatih remaja agar mempunyai koping adaptif.

2.3.3. Upaya Pencegahan Tersier.

Menurut Hitchcock, Schubert, dan Thomas (1999), prevensi tersier merupakan aktivitas pencegahan pada tingkat kronis dan kecacatan sebagai akibat dari penyakit. Pada keluarga penyalahgunaan NAPZA, pencegahan tersier merupakan

upaya yang dilakukan untuk merehabilitasi mereka yang sudah memakai dan dalam proses penyembuhan. Upaya pencegahan tersier yang dapat dilakukan oleh perawat komunitas adalah pengobatan NAPZA dan upaya pemulihan kondisi fisik, psikis, mental moral dan sosial. Dalam upaya ini difokuskan pada keluarga yang mempunyai anggota keluarga mantan pengguna yang sudah kembali ke masyarakat atau pengguna yang sedang menjalankan program rehabilitasi NAPZA. Pada kegiatan rehabilitasi ini mantan pengguna NAPZA dan keluarga diharapkan dapat kembali berfungsi hidup secara optimum, upaya pendampingan yang dikenal sebagai *re-entry* program yaitu program dimana mantan pengguna NAPZA mulai dikaryakan dalam kegiatan- kegiatan yaitu melakukan asuhan keperawatan, bimbingan sosial kemasyarakatan, melakukan pengembangan minat, bakat dan ketrampilan kerja bagi mantan penyalahguna sehingga dapat diterima ditengah-tengah masyarakat, melakukan pembinaan terhadap orang tua, teman, guru dan teman kerja.

2.4. Peran Perawat Komunitas dalam Penanganan Populasi “At Risk”

Pengertian peran secara umum adalah seperangkat tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang, sesuai kedudukannya dalam suatu sistem (Kusnanto, 2004). Seorang perawat dalam menjalankan praktik keperawatan dituntut menjalankan peran dan fungsinya, sebagaimana yang diharapkan oleh profesi dan masyarakat sebagai pengguna jasa pelayanan keperawatan. Perawat komunitas sebagai salah satu tenaga profesional dibidang kesehatan, dalam melakukan intervensi pencegahan primer, sekunder dan tersier terkait dengan pencegahan dan penanggulangan penyalahgunaan NAPZA, mempunyai peran yang harus didasarkan pada ilmu yang sesuai dengan batang tubuh ilmu keperawatan komunitas. Menurut Helvie (1998) peran perawat adalah sebagai : *care provider, nurse educator dan counselor, role model, client advocate, case manager, collaborator, discharge planner, case finder, change agent and leader.*

Peran perawat dimaksud terkait dengan pencegahan dan penanggulangan NAPZA dijelaskan sebagai berikut :

1. *Care Provider*

Peran perawat sebagai *care provider* adalah peran sebagai pemberi asuhan keperawatan. Terkait dengan masalah penyalahgunaan NAPZA, perawat komunitas dapat memberikan pelayanan keperawatan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan keluarga dan masyarakat yang meliputi melakukan pengkajian dalam upaya mengumpulkan data informasi baik kepada pengguna maupun keluarganya, menegakkan diagnosa keperawatan, merencanakan intervensi, melaksanakan tindakan keperawatan dan melakukan evaluasi terhadap tindakan keperawatan yang dilakukan.

2. *Educator*

Peran perawat sebagai *educator* menurut Helvie, (1998), Murray dan Zentner (1997) dalam Hitckcock, Schubert dan Thomas, (1999) adalah terkait dengan pengetahuan, pemahaman, atau keterampilan individu yang memiliki proses yang lebih pendek. Pendidikan diharapkan dapat membantu keluarga dalam upaya pencegahan, pengobatan dan pemulihan penyalahgunaan NAPZA. Sebagai pendidik, perawat juga dapat memberikan pendidikan kesehatan kepada kelompok keluarga yang bersiko terjadinya penyalahgunaan NAPZA, kader kesehatan dan masyarakat.

Peran sebagai *educator* juga dilakukan dengan tujuan untuk memberi informasi kepada mantan penyalahguna NAPZA dan keluarga sehingga mampu mengambil keputusan tepat dan beradaptasi dengan masyarakat. Didalam masyarakat, perawat komunitas berperan dalam mengatasi masalah penyalahgunaan NAPZA dengan cara memberikan dukungan secara psikologis serta memberdayakan keluarga dalam hal melakukan optimalisasi peran dan fungsi keluarga, pencegahan peningkatan angka pengguna NAPZA melalui perbaikan gaya hidup dan penyuluhan tentang penyebab NAPZA.

Prinsip dari pemberian pendidikan adalah dimulai dari hal yang sederhana ke kompleks, dari hal yang *familiar* ke *unfamiliar*, menggunakan terminologi

yang tepat bagi keluarga, menetapkan tujuan jangka panjang dan jangka pendek, menggunakan pengetahuan untuk meningkatkan pembelajaran, memberi *reinforcement* positif (Gerber, 1983 dalam Hawari, 2009). Berdasarkan uraian diatas, perawat komunitas mempunyai peran yang strategis dalam program pencegahan penyalahgunaan NAPZA.

3. *Counselor*

Perawat komunitas selain sebagai *educator*, juga dapat berperan sebagai konselor. Menurut (Clark, 1996 dalam Hitckcock, Schubert dan Thomas, 1999), dalam konseling, peran perawat lebih kepada proses mendengarkan secara objektif, mengklarifikasi, menyediakan umpan balik dan informasi, dan memandu dalam proses pemecahan masalah. Pendapat yang lain tentang konseling pada keluarga NAPZA menurut Gerber (1983 dalam Hawari, 2001) yaitu konseling tidak hanya ditujukan pada pengguna NAPZA tetapi juga terhadap orang tua atau keluarganya.

4. *Role model*

Perawat kesehatan komunitas menjadi *role model* bagi klien, keluarga, masyarakat dan petugas kesehatan lainnya. Peran perawat komunitas sebagai *role model* adalah memberikan contoh perilaku hidup bersih dan sehat salah satu diantaranya bebas NAPZA. *Role model* ini ditunjukkan dengan perilaku perawat komunitas yang tegas untuk menolak penyalahgunaan NAPZA dalam kehidupan sehari – hari.

5. *Advocate*

Perawat kesehatan komunitas bertindak sebagai pelindung bagi individu, kelompok atau klien di komunitas. Pengguna dan keluarga penyalahguna NAPZA cenderung menerima perlakuan diskriminasi yang menyebabkan mereka kehilangan hak-haknya di masyarakat seperti di kucilkan, dicap sebagai keluarga NAPZA, dan tidak mendapatkan perhatian dalam pelayanan kesehatan. Dalam menjalankan peran sebagai *advocate*, perawat komunitas

harus menjadi pembela bagi pengguna dan keluarga untuk mendapatkan hak dan perlakuan yang sama dengan orang lain.

6. *Case manager*

American Nursing Association (ANA, 1991 dalam Helvie, 1998) menjelaskan *case management* adalah proses pelayanan kesehatan dengan tujuan untuk meningkatkan kualitas perawatan, mengurangi masalah, meningkatkan kualitas hidup klien, dan menurunkan biaya pengobatan. Peran perawat komunitas sebagai *case manager* dapat diaplikasikan menjadi ketua tim dalam program pengobatan dan detoksikasi serta rehabilitasi NAPZA baik di klinik – klinik rehabilitasi ketergantungan obat maupun di masyarakat.

7. *Collaborator*

Kolaborasi adalah suatu bentuk kerjasama dengan orang lain dalam mencapai tujuan tertentu. Kolaborasi biasanya dilakukan dalam model interaksi antara perawat kesehatan komunitas dengan klien dalam menjalankan tugas dan tanggungjawabnya atau dalam melakukan asuhan keperawatan (Hitckcock, Schubert dan Thomas, 1999). Terkait dengan masalah penyalahgunaan NAPZA, perawat komunitas harus bekerjasama dengan dokter, psikolog, LSM, keluarga, tokoh agama, tokoh masyarakat dan kader kesehatan, dengan proses berbagi rencana, kegiatan dan tanggungjawab bersama untuk tujuan bekerja sama dengan teknik penyelesaian masalah. Diharapkan kolaborasi tersebut dapat memberikan pelayanan yang optimal dan berlanjut bagi keluarga.

8. *Case finder*

Case finder berarti menemukan klien yang membutuhkan perawatan kesehatan atau menemukan kebijakan kesehatan yang diterapkan pada institusi (Helvie, 1998). Peran perawat sebagai *case finder* terkait dengan penyalahgunaan NAPZA adalah dengan cara menemukan penyalahgunaan NAPZA baik individu, kelompok, keluarga maupun masyarakat dan segera melaporkannya kepada pihak Polri dan BNN untuk

ditindak lanjuti, atau Puskesmas dan pusat rehabilitasi untuk mendapatkan program pengobatan dan rehabilitasi NAPZA.

9. *Change agent and leader*

Leadership adalah kemampuan untuk mempengaruhi orang lain, sedangkan *change agent* adalah sebagai pembaharu. Peran perawat sebagai *change agent and leader*, terkait dengan masalah penyalahgunaan NAPZA adalah perawat komunitas harus dapat menjadi pemimpin dan motor penggerak dalam mempengaruhi dan mengadakan inovasi program pencegahan, pengobatan dan rehabilitasi penyalahgunaan NAPZA. Menurut Helvie (1998), untuk membawa perubahan, maka diperlukan seorang pemimpin yang dapat mempengaruhi perilaku klien. Perawat di masyarakat dapat menjalankan peran sebagai *Change agent and leader* ini dengan menunjukkan perubahan perilaku pada pengguna dan keluarga maupun masyarakat.

2.5. Proses Kehilangan dan Berduka

Menurut Dyer (2001), kehilangan adalah pengalaman perpisahan atau pengakhiran yang berhubungan dengan suatu objek, orang, kepercayaan/keyakinan atau hubungan antar manusia yang bernilai. Pengalaman tersebut mengharuskan untuk direorganisasi kembali dari satu atau lebih aspek dari kehidupan manusia secara holistik. Sedangkan Kozier, *et. al.*, (2004), mendefinisikan kehilangan sebagai situasi saat ini atau yang akan terjadi, dimana sesuatu yang berbeda nilainya karena hilang keberadaannya.

Kubler – Ross (1969, dalam Kozier, *et. all.*, 2004), membagi respon kehilangan menjadi 5 tahapan dalam proses berduka:

1. *Denial*(menolak). Ditunjukkan dengan perilaku menolak untuk percaya bahwa sedang mengalami kehilangan, tidak siap menghadapi masalah-masalah yang akan terjadi, reaksi *denial* berlangsung segera 24 jam setelah terjadinya kehilangan.

2. *Anger*(marah). Individu atau keluarga secara langsung menunjukkan reaksi marah kepada orang-orang di sekitarnya. Kemarahan tersebut sehubungan dengan masalah yang dalam keadaan normal tidak mengganggu mereka. Respon anger biasanya dimulai sejak 2 hari setelah kejadian hingga minggu-minggu pertama.
3. *Bargaining*(tawar-menawar). Ditunjukkan dengan perilaku mulai menawarkan diri untuk menghindari kesulitan, belajar menerima kepedihan dan menerima hubungan ketergantungan dengan orang yang sangat mendukung terkadang disertai ketergantungan dengan orang yang sangat mendukung terkadang disertai keraguan akan kemampuan untuk melaluinya, berpikir dan berbicara tentang kenangan dari orang yang telah meninggal serta mengungkapkan perasaan bersalah, terkadang merasa cemas, mengingat hukuman dan dosa masa lalu yang dilakukan secara nyata ataupun tidak. Respon tawar-menawar biasanya lebih melalui aspek verbalisasi. Respon *bargaining* berlangsung mulai dari minggu pertama hingga minggu ketiga.
4. *Depression*(depresi), ditunjukkan dengan respon perilaku sedih yang mendalam terhadap apa yang telah berlalu dan apa yang tidak dapat terjadi lagi, mengingat atau berpikir masa lalu berkaitan dengan almarhum, masih belum mampu menerima orang baru untuk dicintai sebagai ganti orang yang meninggal, biasanya tidak akan banyak berbicara ataupun menyendiri/menarik diri. Respon depresi ini lebih dominan tercemin dari aspek perilaku. Respon *depression* berlangsung mulai dari minggu ketiga dan lamanya tergantung kemampuan individu dalam menggunakan strategi koping dan beradaptasi jika berhasil maka respon tersebut biasanya hanya berlangsung selama 1-2 minggu kemudian berlanjut ke tahap *acceptance*/menerima, namun jika tidak berhasil respon tersebut dapat menimbulkan stres yang berkepanjangan dan berlangsung lebih dari satu tahun.
5. *Acceptance*(menerima) merupakan tahap akhir dari kehilangan, respon yang ditampilkan berupa pengontrolan atau pengendalian diri, menyadari realitas,

mempunyai harapan tentang masa depan, merasakan kondisi diri sendiri sudah lebih baik dan dapat melanjutkan fungsi dan peran, menerima tanggung jawab atas dirinya sendiri termasuk dalam hal perawatan diri dan belajar hidup tanpa keberadaan orang yang telah tiada.

Pendapat yang lain dari Martocchio (1985, dalam Kozier, et al., 2004), bahwa tahapan proses berduka terdiri dari : Pertama, *shock* dan tidak percaya, ditunjukkan dengan perasaan bersalah dan sedih, ketidakpercayaan, atau penolakan terhadap kehilangan. Kedua, protes dengan perilaku marah, ketiga, kesedihan yang mendalam, putus asa, dan kekacauan, dengan perilaku mulai depresi, panik, dan tidak mampu mengambil keputusan.

Jacob, Knick dan Sally (2003) menyatakan bahwa fase *acceptance*/menerima dicapai oleh masing-masing individu dalam rentang waktu yang bervariasi tergantung dari kemampuan individu untuk membentuk coping dalam menjalani proses berduka. Ada individu yang mampu adaptif dalam waktu 1-3 bulan setelah peristiwa kehilangan, namun beberapa individu lain mencapainya dalam 6 bulan hingga 1 tahun.

Perasaan berduka sebagai respon terhadap kehilangan dipengaruhi oleh banyak faktor, terdiri dari hubungan antara orang yang berduka dengan objek yang hilang, sifat alami dari kehilangan, dan kehadiran sistem pendukung (*support system*). Faktor-faktor lain memiliki efek yang kuat pada perasaan berduka adalah pengalaman individu sebelumnya dengan perasaan kehilangan, kepercayaan spiritual, nilai-nilai, status fisiologi, batasan sosial budaya, dan yang lainnya.

Sanders (1989, dalam Kozier, et. all., 2004) menggambarkan fase-fase dari respon berduka sebagai berikut:

Pertama, fase *shock* : Orang yang bertahan/selamat ditinggalkan dengan perasaan bingung, khayalan dan ketidakpercayaan. Mereka sering kali tidak berfikir secara normal. Fase ini terjadi dari beberapa menit hingga beberapa hari. Respon yang

ditampilkan yaitu, ketidakpercayaan, kebingungan, kegelisahan, merasa tidak nyata, kemunduran dan ketidak berdayaan, status bahaya.

Kedua, fase menyadari kehilangan : Setelah pemakaman, teman dan keluarga kembali pada aktivitas mereka sehari-hari. Orang yang berduka merasa kehilangan dukungan sosial. Respons yang ditampilkan yaitu, kecendrungan memisahkan diri, konflik. Menampilkan ekspresi emosi, stres yang berkepanjangan.

Ketiga, fase konversi(menarik diri) : Pada fase ini, orang yang bertahan(selamat) merasa perlu waktu untuk menyendiri agar dapat memelihara dan mengisi energi fisik dan emosinya. Dukungan dari masyarakat menurun dan mereka mengalami keputusan dan ketidakberdayaan.

Keempat, fase pemulihan kembali : Mulai merasa tidak menderita hidup tanpa orang yang dicintainya dan belajar hidup mandiri.

Kelima, fase pembaharuan : mulai menyadari realitas baru, suatu penerimaan akan tanggung jawab atas dirinya sendiri dan belajar hidup tanpa didampingi orang yang telah tiada.

2.6. Gambaran Umum Mekanisme Koping Keluarga yang Mempunyai Anak Pengguna NAPZA

Koping adalah setiap upaya yang diarahkan pada pelaksanaan stres termasuk upaya dan mekanisme pertahanan yang digunakan untuk melindungi diri dari masalah (Stuart dan Sundeen, 2005). Lazarus (2000) mendefinisikan koping sebagai perubahan kognitif dan perilaku secara tetap untuk mengatasi tuntutan internal ataupun eksternal yang melebihi sumber individu. Dari definisi tersebut maka yang disebut koping adalah suatu cara yang digunakan individu untuk menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dengan perubahan yang terjadi secara kognitif dan perilaku. Koping tidak selalu berarti reaksi dalam menyelesaikan masalah. Namun juga meliputi upaya menghindari, mentoleransi, meminimalkan

atau menerima kondisi yang penuh dengan tekanan tersebut. Menurut Brooten, Gennaro dan Kumar (2000) koping merupakan suatu proses yang berperan dalam membuat keadaan lebih baik yang berasal dari berbagai tekanan.

Koping tidak selalu berarti reaksi dalam menyelesaikan masalah namun juga meliputi usaha menghindari, mentoleransi, meminimalkan atau menerima kondisi yang penuh dengan tekanan tersebut. Berdasarkan ketiga definisi ini, maka penelitian menyimpulkan bahwa yang dimaksud mekanisme koping adalah cara yang digunakan individu dalam menyelesaikan masalah yang dihadapinya. Koping dibagi menjadi dua yaitu mekanisme koping adaptif dan maladaptif (Kozier, et al., 2004). Koping adaptif adalah mekanisme koping yang mendukung fungsi integrasi, pertumbuhan belajar dan mencapai tujuan (Stuart dan Sundeen, 2005). Koping ini berfokus pada masalah dan bersifat aktif (Lazarus, 2000). Koping maldaptif adalah mekanisme koping yang menghambat fungsi integritasi, memecahkan pertumbuhan, menurunkan otonomi dan cenderung menguasai lingkungan. Yang termasuk koping maladaptif yaitu tidak makan ataupun makan berlebihan, menghindar, bekerja berlebihan.

Menurut Lazarus (2000) koping dapat berfokus pada emosi atau berfokus pada masalah. Koping yang berfokus pada masalah bertujuan untuk membuat perubahan langsung dalam lingkungan sehingga situasi dapat diterima dengan lebih efektif, strategi koping ini bersifat aktif. Perilaku yang terlihat berupaya untuk mengontrol situasi yang tidak menyenangkan dan memecahkan permasalahan seperti berorientasi positif dan mencari bantuan. Koping yang berfokus pada emosi dilakukan untuk membuat nyaman dengan memperkecil gangguan emosi yang dirasakan. Jenis koping ini bertujuan untuk meredakan atau mengatur tekanan emosional atau mengurangi emosi negatif dan memahami kejadian yang penuh dengan stressor. Koping ini bersifat pasif. Perilaku yang terlihat berupaya mengatasi emosi yang timbul pada tingkat kognitif seperti menghindari, menyalahkan diri sendiri, mengatur atau mengusir emosi yang disebabkan oleh *stressor* (Scott, 2000).

2.7. Stigma dan Diskriminasi Keluarga dan Pengguna NAPZA

Lingkungan masyarakat merupakan sumber dukungan sosial bagi pengguna NAPZA dan keluarganya, namun kenyataan yang dihadapi saat ini tidak semua seperti yang diharapkan, saat keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA menghadapi *labelling* negatif dari masyarakat yang dikenal dengan istilah stigma. Stigma menurut Jones (1984) merupakan sebuah penilaian masyarakat terhadap perilaku atau karakter yang tidak sewajarnya. Purwanto (2006), menjelaskan bahwa stigma merupakan ciri negatif atau label yang diberikan pada seseorang atau kelompok tertentu. Dampak pemberian label negatif pada pengguna maupun pada keluarganya masih dirasakan di berbagai lapisan masyarakat. Hal ini sejalan dengan yang disampaikan oleh hampir semua orang tua dengan penyalahguna NAPZA yang merasakan *stigmatisasi* pada situasi publik.

Stigmatisasi merupakan proses mengkaji karakteristik dan identitas negatif kepada seseorang atau kelompok dan menyebabkan perasaan terkucil, tidak berguna dan terisolasi dari masyarakat luas. Jones (1984) menyatakan bahwa *stigmatisasi* ini terjadi karena anggapan atau prasangka, diskriminasi dan *stereotyping*. *Stigma* dapat dibedakan menjadi dua golongan, yaitu *stigma* dari masyarakat (*publicstigma*) dan *stigma* pada diri sendiri (*self stigma*) (Corrigan & Watson, 2002). *Publicstigma* merupakan penilaian masyarakat terhadap kelompok tertentu, dimana penilaian berdasarkan sosial budaya yang dianut. Perilaku yang ditampilkan oleh masyarakat adalah dengan menghindari interaksi dengan pengguna NAPZA maupun keluarganya dan tidak memberi kesempatan untuk berpartisipasi dalam kegiatan masyarakat. Sedangkan *self stigma* adalah reaksi dan penilaian pada diri sendiri akibat suatu masalah yang diderita, dan penilaian dibuat berdasarkan penilaian diri dan penilaian negatif dari lingkungan.

Pendapat yang lain dari Anonymous (2009) membedakan *stigma* menjadi 4 tipe, yaitu: (1) *felt stigma*; (2) *internalized stigma*; (3) *enacted stigma*; (4) *instutional stigma*. *Felt stigma* merupakan suatu *stigma* yang dirasakan, yang ditandai dengan adanya sikap negatif masyarakat yang dirasakan oleh mereka yang mempunyai suatu kondisi cacat dan digambarkan dengan suatu perasaan negatif dari

masyarakat. *Internalized stigma (self stigma)* merupakan *stigma* yang ditunjukkan adanya rasa rendah diri daripenderita sebagai akibat penerimaan akhir dari suatu kondisi mereka ini. *Stigma* ini ditandai dengan harga diri rendah, keputusan, dan rasa bersalah atau self blame berhubungan dengan kondisi yang digambarkan dengan rasa negatif. *Enacted stigma* merupakan *stigma* yang ditandai dengan suatu keadaan diskriminasi sosial yang nyata (seperti perceraian, penolakan seseorang untuk menggunakan transportasi umum) atau perilaku negatif (seperti gosip). *Institutional stigma* merupakan *stigma* atau diskriminasi dari suatu kegiatan kelembagaan atau suatu kebijakan. *Stigma* tersebut dapat berupa pengaturan klinik terpisah untuk klien penyandu NAPZA, hak atas persetujuan suatu tindakan, hak atas hukum atau aturan sosial atas dasar penyakitnya, seperti bangunan tanpa elevator, trotoar tanpa anak tangga yang membatasi kegiatan aktivitas orang cacat.

Stigma dirasakan oleh setiap anggota keluarga (Corrigan dan Watson, 2003) dan mempengaruhi seluruh area kehidupan keluarga, menyebabkan isolasi secara fisik dan sosial serta membatasi kesempatan anggota keluarga untuk dapat berintegrasi dengan kehidupan di lingkungan masyarakat (Goffman, 1963 dalam Malsch, 2008). Keluarga sebagai sebuah sistem harus selalu berusaha untuk menciptakan keseimbangan dalam kehidupan keluarga dengan meminimalkan *self stigma* dan memperluas persepsi terhadap penilaian negatif masyarakat tentang keberadaan anak dengan autisme di dalam keluarga. Keberadaan *stigma* baik dalam bentuk *public stigma* maupun *self stigma* akan mempengaruhi keseimbangan sistem keluarga. Keberhasilan keluarga mempertahankan keseimbangan dalam sistem keluarga akan membuat keluarga mampu bertahan untuk melanjutkan kehidupan yang berkualitas.

2.8. Sistem Dukungan Keluarga dan Sistem Dukungan Sosial

Keluarga sebagai sebuah sistem yang di dalamnya terdapat anggota keluarga yang mengalami penyalahgunaan NAPZA, membutuhkan dukungan baik dari internal keluarga maupun sistem sosial yang lebih besar. Dukungan sosial merupakan suatu kenyamanan fisik dan emosional yang diberikan kepada seseorang dan

berasal dari keluarga, teman, teman kerja dan orang lain di lingkungan sekitar kita (Kendler, Myers dan Prescott, 2005). Keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA yang mendapatkan dukungan sosial yang cukup dari sistem keluarga maupun sistem sosial akan merasakan dampak positif dalam hal kesehatan maupun emosinya. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Yu Huang dan Sousa (2009), yaitu keluarga dalam menjalankan peran perawatan bagi keluarga yang sakit akan mengalami gejala-gejala depresi yang lebih rendah saat mendapatkan dukungan emosional dari lingkungan sekitarnya.

Dukungan sosial dibagi menjadi empat jenis, yaitu dukungan informasional, dukungan emosional, dukungan penghargaan dan dukungan instrumental (Bart, 1994). Dukungan informasional diwujudkan dengan pemberian informasi, nasehat, petunjuk, saran dan umpan balik terhadap keadaan yang dialami oleh keluarga dengan penyalahgunaan NAPZA. Dukungan emosional diberikan dengan mengungkapkan kepedulian, perwujudan empati, dan memberikan perhatian terhadap kondisi keluarga pengguna NAPZA. Dukungan penghargaan dilakukan dengan memberikan dorongan untuk tetap maju, menyetujui gagasan dan ide untuk mengambil suatu keputusan terhadap perawatan anak pengguna NAPZA. Dukungan instrumental merupakan perwujudan pemberian bantuan secara langsung, seperti memberikan bantuan keuangan untuk melanjutkan proses rehabilitasi NAPZA. Seluruh bentuk dukungan sosial tersebut bisa didapatkan baik secara formal maupun informal (Dugan, 2002).

Dukungan formal bagi pengguna dan keluarga pengguna didapatkan dari guru sekolah, dokter, perawat, psikolog dan tenaga profesional lain yang mendukung proses terapi rehabilitasi NAPZA. Dukungan informal diperoleh melalui jaringan orang tua yang mempunyai anak pengguna NAPZA, kelompok dukungan keluarga, tetangga, teman kerja serta anggota keluarga seperti saudara kandung dan kerabat keluarga. Bromly dan Hare (2004) mengidentifikasi lebih dari 50% ibu yang mengalami stress psikologis diakibatkan oleh rendahnya dukungan keluarga selama menghadapi permasalahan yang ada dalam keluarga. Dengan demikian sangat penting adanya dukungan sosial bagi keluarga yang mempunyai

anak pengguna NAPZA, sehingga diharapkan keluarga mampu menggali dan memanfaatkan sumber dukungan yang tersedia baik di dalam maupun di luar lingkup sistem keluarga.

2.9. Pendekatan Fenomenologi pada Penelitian Kualitatif

Metode penelitian kualitatif adalah suatu prosedur penelitian untuk memahami fenomena tentang apa yang dialami oleh subyek penelitian, misalnya perilaku, persepsi, motivasi, dan tindakan secara holistik dengan cara deskripsi dalam bentuk kata-kata dan bahasa (Moleong, 2004; Merriam, 1988 dalam Creswell, 1998). Penelitian kualitatif digunakan untuk memahami sudut pandang partisipan secara mendalam, dinamis dan menggali berbagai macam faktor sekaligus (Creswell 1994; Patton, 1990; Strauss, 1987; Taylor dan Bogdan, 1984 dalam Tambunan, 2003). Metode penelitian kualitatif yang tepat dan kritis terhadap suatu fenomena adalah metodologi fenomenologi.

Menurut Blumensteil 1973 (dalam Strubert dan Carpenter, 1999), pengertian dari metode fenomenologi adalah cara membuat sesuatu yang maknanya seolah-olah jelas, mempunyai arti, dan kemudian menemukan apa maknanya. Metode ini bertujuan untuk mengungkapkan struktur atau esensi pengalaman hidup suatu fenomena untuk mencari kesatuan makna (Rose, Beeby, & Parker, 1995).

Pendekatan kualitatif yang dipergunakan adalah fenomenologi deskripsi yang didasarkan pada konsep Husserl. Husserl menginginkan fenomenologi sebagai suatu pendekatan ilmiah yang digunakan untuk mendeskripsikan fenomena semurni mungkin tanpa ada proses interpretasi (Asih, 2005). Van Manen (1990, dalam Asih, 2005), menegaskan bahwa fenomenologi berupaya untuk menelaah dan mendeskripsikan pengalaman hidup manusia sebagaimana adanya, tanpa proses interpretasi dan abstraksi.

Spiegelberg (1978) dalam Asih (2005), menyatakan bahwa Fenomenologi Husserl menekankan bahwa untuk memahami sebuah fenomena di perlukan tiga proses identifikasi fenomena yaitu *bracketing*, menelaah fenomena dan menelaah esensi

fenomena. Proses *bracketing* berlangsung selama proses penelitian dan bertujuan untuk membantu peneliti memahami apa adanya proses penelitian.

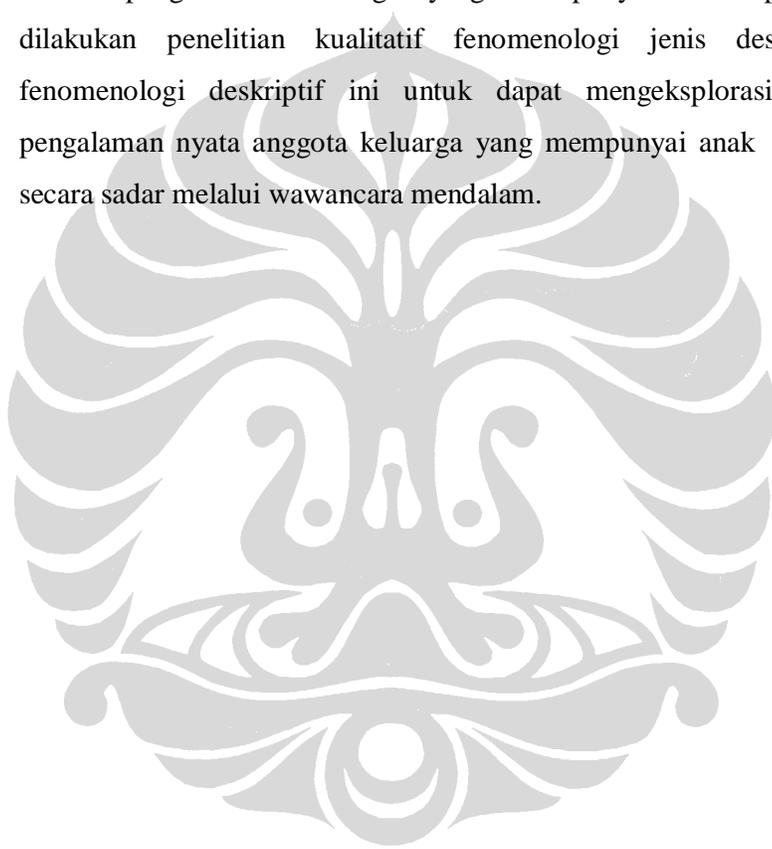
Langkah pertama penelitian fenomenologi deskriptif yaitu *Intuiting*. Tahap ini merupakan langkah awal untuk mulai berinteraksi dan memahami fenomena yang diteliti (Carpenter, 1999). Pada penelitian kualitatif, peneliti berusaha memahami subjek dari kerangka berpikirnya sendiri (Taylor dan Bogdan, 1984 dalam Creswell, 1998). Peneliti pada saat wawancara harus memberikan kesempatan yang seluas-luasnya pada partisipan untuk menceritakan pengalamannya tanpa pengaruh pengetahuan dan keyakinan peneliti. Peneliti menghindari sikap kritis, mengevaluasi atau memberi pendapat, dan mengarahkan perhatian secara kaku pada fenomena yang diteliti. Pada tahap ini juga peneliti menjadi instrumen saat mengumpulkan data dan mendengarkan penjelasan partisipan. Peran peneliti sebagai instrumen utama dalam pengumpulan data harus mengidentifikasi nilai, asumsi dan prasangka pribadi pada awal penelitian. Kontribusi peneliti dapat bermanfaat, bersifat positif, dan tidak merugikan (Locke, *et. al.*, 1987 dalam Creswell, 1998).

Langkah kedua yaitu *analyzing*, peneliti mengidentifikasi esensi dari fenomena yang diteliti dengan mengeksplorasi hubungan dan keterkaitan antara elemen-elemen tertentu dengan fenomena tersebut. Peneliti kemudian mempelajari data yang telah ditranskripsikan dan ditelaah berulang-ulang. Langkah selanjutnya mencari kata-kata kunci dari informasi yang disampaikan partisipan untuk membentuk tema-tema.

Langkah ketiga adalah *describing*, peneliti mengkomunikasikan dan memberikan gambaran tertulis dari elemen kritis yang didasarkan pada pengklasifikasian dan pengelompokan fenomena. Elemen atau esensi yang kritis dideskripsikan secara terpisah dan kemudian dalam konteks hubungannya terhadap satu sama lain (Streubert & Carpenter, 1999).

Asih (2004), menyatakan bahwa suatu fenomena juga mempunyai struktur esensial. Struktur esensial ini dibentuk oleh esensi atau elemen dasar yang saling berhubungan. Oleh karena itu untuk memahami struktur esensial suatu fenomena, dilakukan proses telaah terhadap esensi dan pola hubungan antar esensi dari fenomena.

Berdasarkan uraian tentang tinjauan teori, maka untuk mengeksplorasi arti dan makna pengalaman keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA dilakukan penelitian kualitatif fenomenologi jenis deskriptif. Penelitian fenomenologi deskriptif ini untuk dapat mengeksplorasi arti dan makna pengalaman nyata anggota keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA secara sadar melalui wawancara mendalam.



BAB III

METODE PENELITIAN

Bab ini mendeskripsikan aplikasi rancangan penelitian fenomenologi deskriptif dalam usaha mengungkap arti dan makna pengalaman keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA dalam menjalani kehidupan bermasyarakat meliputi rancangan penelitian, populasi dan sampel penelitian, alat pengumpulan data, prosedur pengumpulan data, serta analisis data yang dilakukan.

3.1. Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan metode fenomenologi. Penelitian kualitatif dengan metode fenomenologi digunakan sebagai pilihan karena penelitian ini mengeksplorasi kedalaman dan kompleksitas dari pengalaman hidup yang dialami oleh keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA. Pengalaman tersebut bersifat individual karena sifat manusia yang unik sehingga pengalaman antara keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA yang satu dengan keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA yang lainnya berbeda satu sama lainnya. Selain itu, pandangan masyarakat terhadap NAPZA, pecandu dan keluarganya, lebih banyak memunculkan *stigma* serta diskriminasi yang akhirnya membuat keluarga merasa malu dan cenderung tidak berani mengungkapkan perasaannya.

Peneliti menggali secara mendalam tentang pengalaman hidup yang dialami oleh keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA, dan memberikan pemahaman tentang persamaan dan perbedaan pandangan keluarga dalam menjalani kehidupan bermasyarakat antar keluarga yang satu dengan yang lain. Informasi ini dapat digunakan perawat spesialis komunitas dalam membuat perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi asuhan keperawatan keluarga dan masyarakat.

Pendekatan penelitian kualitatif ini menggunakan fenomenologi deskriptif, untuk mengungkapkan arti dan makna pengalaman hidup manusia berdasarkan perspektif partisipan (Struebert dan Carpenter, 1999; Sugiono, 2007).

Pengalaman hidup dan perspektif yang holistik berperan sebagai pondasi untuk penelitian fenomenologi (Streubert & Carpenter, 1999). Rancangan fenomenologi deskriptif ini dilaksanakan dengan berpedoman pada pendapat Spiegelberg (1978) dalam Asih (2005), yaitu pada fenomenologi menurut Husserl menekankan bahwa untuk memahami sebuah fenomena diperlukan tiga proses identifikasi fenomenologi yaitu (1) *bracketing*, (2) menelaah fenomena, dan (3) menelaah esensi fenomena. Tahap *bracketing* berlangsung selama proses penelitian dan bertujuan untuk membantu peneliti memahami fenomena apa adanya dalam proses penelitian. Peneliti pada proses *bracketing*, berusaha berkonsentrasi untuk menyimpan sementara asumsi, keyakinan dan pengetahuan tentang fenomena penyalahgunaan NAPZA dalam keluarga.

Spiegelberg (1978 dalam Asih, 2005), juga mengidentifikasi tiga tahapan dalam melakukan fenomenologi deskriptif yaitu *intuiting* (merenungkan), *analyzing*, dan *describing* (mendeskripsikan fenomena). Tahap pertama adalah *intuiting*, merupakan langkah awal untuk mulai berinteraksi dan memahami fenomena yang diteliti (Carpenter, 1999). Pada tahap ini peneliti berusaha menyatu secara total dengan partisipan untuk mengeksplorasi pengalaman partisipan dalam menjalani kehidupan bermasyarakat. Hal ini dapat tercapai dengan cara peneliti terlibat secara total ke dalam fenomena yang telah diteliti (Polit & Hungler, 1999; Streubert & Carpenter, 2003). Peneliti terlibat langsung dengan menjadi instrumen, dan penelitian ini menghindari sikap kritis dan evaluatif terhadap semua informasi yang diberikan keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA yang menjadi partisipan.

Tahap kedua *analyzing*, yaitu analisis fenomena yang mencakup identifikasi makna. Dalam tahap ini, peneliti mempelajari data yang telah ditranskripsikan dan ditelaah berulang-ulang. Langkah selanjutnya mencari kata-kata kunci dari informasi yang disampaikan partisipan untuk membentuk tema-tema. Peneliti membedakan data menjadi beberapa elemen yang berbeda dan mengeksplorasi hubungan dan keterkaitan antara data dengan fenomena yang ada. Pada penelitian ini, peneliti melakukan analisis terhadap data yang diperoleh dari hasil wawancara

mendalam terhadap keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA (partisipan).

Tahap ketiga adalah mendeskripsikan fenomena, mengkomunikasikan dan memberikan gambaran tertulis dari elemen kritikal yang didasarkan pada pengklasifikasian dan pengelompokan fenomena. Elemen atau esensi yang kritikal dideskripsikan secara terpisah dan kemudian dalam konteks hubungannya terhadap satu sama lain. Dalam hal ini peneliti berusaha memahami pengalaman hidup yang dialami oleh keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA dalam menjalani kehidupan.

3.2. Populasi dan Sampel

Spradley (1980) dalam Sugiyono, (2007), menyatakan bahwa dalam penelitian kualitatif tidak menggunakan istilah populasi, tetapi menggunakan nama *social situation* atau situasi sosial. Situasi sosial merupakan objek penelitian, dan objek penelitian yang ingin diteliti adalah keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA yang ada di Kelurahan Palmerah. Sampel pada penelitian kualitatif dinamakan narasumber, partisipan atau informan (Sugiyono, 2007). Pada penelitian ini digunakan istilah partisipan. Prosedur *sampling* yang digunakan dalam penelitian ini adalah *purposive sampling* yaitu teknik penentuan sampel dengan pertimbangan tertentu (Sugiyono, 2007). Prinsip dasar *sampling* dalam penelitian kualitatif adalah saturasi data, yaitu *sampling* sampai pada suatu titik kejenuhan dimana tidak ada informasi baru yang didapatkan dan pengulangan telah dicapai (Polit & Hungler, 1999). Pada penelitian kualitatif tidak ada aturan baku tentang jumlah minimal partisipan. Jumlah ini disesuaikan dengan jumlah sampel yang direkomendasikan oleh Riemen (1986 dalam Creswell, 1998). Jumlah sampel dalam penelitian kualitatif berkisar 10 orang, apabila dari jumlah tersebut belum tercapai saturasi data, maka ditambah hingga diperoleh data yang jenuh.

Pembandingan dalam penelitian ini adalah hasil penelitian Riza (2001) tentang faktor pengasuhan dalam etiologi gangguan yang berhubungan dengan zat

(perbandingan antara keluarga yang terlibat gangguan yang berhubungan dengan zat dengan keluarga yang anaknya tidak terlibat di Jakarta), saturasi dicapai pada partisipan ketiga. Sedangkan hasil penelitian Budi (2009) tentang pengalaman mantan pengguna dalam penyalahgunaan napza suntik di kota Palembang : studi fenomenologi, saturasi dicapai pada partisipan ketujuh dan hasil penelitian Evans (2004) tentang dinamika pemulihan dari ketergantungan NAPZA dalam kaitannya kompetensi diri, saturasi dicapai pada partisipan ketujuh. Berdasarkan teori dan penelitian sebelumnya, pada penelitian ini peneliti menetapkan jumlah sampel sebanyak 7 partisipan.

Partisipan pada penelitian ini adalah keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA yang memenuhi kriteria inklusi sebagai berikut:

1. Keluarga (orang tua) yang memiliki anak mantan pengguna NAPZA yang belum menikah dan berdomisili di Kelurahan Palmerah.
2. Keluarga (orang tua) yang tinggal satu rumah, merawat dan mengalami langsung kejadian pada saat anak masih menggunakan NAPZA.
3. Memahami dan mampu berkomunikasi dengan bahasa Indonesia.
4. Menyatakan bersedia berpartisipasi dalam penelitian dibuktikan dengan menandatangani surat pernyataan persetujuan penelitian.

3.3. Tempat dan Waktu Penelitian

3.3.1. Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di wilayah Kelurahan Palmerah, Kecamatan Palmerah, Jakarta Barat. Luas wilayah 233.25 Ha, yang terdiri dari 17 RW dan 176 RT. Berdasarkan data tahun 2008 jumlah penduduk Palmerah sebanyak 14.496 kepala keluarga dan 54.647 penduduk yang terdiri dari 27.102 laki –laki dan 27.545 wanita. Kepadatan penduduk tercatat sebanyak 2.344 jiwa per km². Jumlah penduduk yang melebihi daya dukung lingkungan sangat berpengaruh terhadap keamanan dan ketertiban. Kepadatan penduduk tersebut berisiko terhadap multi kompleks persoalan, mulai dari air bersih, sanitasi, kemiskinan, persoalan sosial, bahkan hingga HIV AIDS karena maraknya penyalahgunaan NAPZA.

Kelurahan Palmerah adalah sebuah fenomena daerah pinggiran kota metropolitan yang padat penduduk dan memiliki kasus penyalahgunaan serta peredaran NAPZA cukup tinggi. Disinyalir kemiskinan yang dialami masyarakat Palmerah berdampak pada meningkatnya permintaan dan suplai NAPZA ke wilayah ini. Banyak rumah tangga dan anggota keluarga mengambil jalan pintas dengan terlibat dalam perdagangan NAPZA (Djuazi, 2003). Salah satu wilayah Daerah Khusus Ibukota (DKI) Jakarta yang menjadi surga bagi pengedar dan pengguna NAPZA adalah Jakarta Barat, khususnya di Palmerah (Rina; 2009).

3.3.2. Waktu Penelitian

Waktu penelitian dilaksanakan pada tanggal 1 Mei 2010 sampai dengan 1 Juni 2010.

3.4. Etika Penelitian

Penelitian terhadap pengalaman keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA merupakan sebuah eksplorasi yang membutuhkan persiapan matang dan mempertimbangkan etika penelitian. Bagi partisipan, hal ini menjadi sebuah pertanyaan atau sebuah kekhawatiran apabila pengalaman yang sudah diceritakannya menimbulkan berbagai akibat yang buruk bagi dirinya. Oleh karena itu, peneliti menggunakan etika penelitian yang melindungi partisipan dari berbagai kekhawatiran tersebut. Peneliti menggunakan beberapa prinsip etik yang sesuai dengan konteks penelitian ini berdasarkan pedoman etika penelitian yang dikemukakan oleh Polit dan Hungler (2001); Streubert dan Carpenter (1999) yaitu :

1. Prinsip Otonomi

Aplikasi dari prinsip otonomi yakni *Self Determination* artinya partisipan berhak membuat keputusan atas dirinya sendiri dilakukan dengan secara sadar dan dipahami dengan baik, bebas dari paksaan untuk berpartisipasi atau tidak dalam penelitian atau untuk berhenti dari penelitian ini. Partisipan diberikan kebebasan untuk menentukan apakah bersedia atau tidak bersedia mengikuti penelitian ini dengan sukarela. Apabila partisipan mengundurkan diri maka tidak dikenakan sanksi apapun.

2. Prinsip *Confidentiality*

Prinsip *confidentiality* mewajibkan peneliti menjamin kerahasiaan data atau informasi yang disampaikan oleh partisipan dan hanya mempergunakannya untuk kepentingan penelitian. Peneliti menjelaskan jaminan kerahasiaan tersebut kepada partisipan dan meyakinkan bahwa transkrip wawancara didokumentasikan sendiri oleh peneliti. Kerahasiaan identitas partisipan dijamin melalui pemberian kode seperti P1 – P2 dan seterusnya untuk masing – masing partisipan (*anonimity*). Seluruh dokumen hasil pengumpulan data disimpan dalam almari arsip pribadi peneliti dan dipastikan selalu dalam keadaan aman dan rahasia.

3. Pinsip *Privacy* dan *Dignity*

Prinsip *Privacy* dan *Dignity* mempunyai pengertian bahwa partisipan mempunyai hak untuk dihargai terhadap apa yang mereka lakukan dan apa yang dilakukan terhadap mereka untuk mengontrol kapan dan bagaimana informasi tentang mereka diketahui orang lain. Wujud dari prinsip *privacy* dan *dignity* peneliti lakukan dengan menjaga ataupun mematuhi apa yang telah diminta oleh partisipan yaitu tidak memberikan informasi kepada siapapun kecuali untuk kepentingan pendidikan.

4. Prinsip *Justice* (Keadilan)

Prinsip keadilan yang dimaksud adalah tidak membeda-bedakan dalam memperlakukan partisipan. Dalam menerapkan prinsip keadilan, peneliti berusaha memberlakukan sama pada semua partisipan saat menjelaskan, meminta persetujuan, wawancara, dan menjaga kerahasiaan data setiap partisipan. Peneliti juga memberikan hak yang sama pada semua partisipan dengan memenuhi prinsip otonomi, *confidentiality*, *privacy* dan *dignity*. Untuk memenuhi hak-hak tersebut diatas, peneliti menerapkan *process informed consent*. Tujuan *informed consent* adalah untuk memudahkan partisipan dalam memutuskan kesediaannya mengikuti proses penelitian. Peneliti membuat *informed consent* dalam bentuk tertulis yang terdiri dari penjelasan singkat proses penelitian, yang meliputi tujuan, manfaat, prosedur

penelitian dan lamanya keterlibatan partisipan serta hak – hak partisipan. Partisipan diminta menandatangani lembar *informed consent*.

3.5. Alat dan Metode Pengumpulan Data

Sumber data utama dalam penelitian ini adalah pengalaman orang yang diwawancarai dan dicatat melalui alat perekam. Wawancara menurut Zuhriah (2006) adalah alat pengumpul informasi dengan cara mengajukan sejumlah pertanyaan secara lisan untuk dijawab secara lisan juga. Untuk memperoleh informasi yang tepat dan objektif setiap pewawancara harus mampu menciptakan hubungan baik dengan partisipan.

Penelitian ini menggunakan peneliti sendiri sebagai alat utama pengumpulan data. Alat bantu lain yang digunakan sebagai pendukung proses pengumpulan data adalah pedoman wawancara, catatan lapangan, dan *tape recorder*. Peneliti menguji kehandalan alat pengumpulan data tersebut dalam latihan wawancara terhadap dua keluarga pengguna NAPZA di wilayah Palmerah. Uji coba ini juga dilakukan untuk melihat kemampuan peneliti dalam melakukan wawancara, kelancaran proses wawancara dan kesulitan-kesulitan yang dialami selama wawancara. Kemampuan lain dari peneliti yang diukur dalam latihan wawancara ini adalah kemampuan membuat catatan lapangan berupa catatan respon non verbal partisipan dan kejadian-kejadian yang terjadi selama proses wawancara guna menganalisis dan melengkapi informasi verbal yang telah diperoleh.

Strategi pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah wawancara mendalam dan catatan lapangan. Wawancara mendalam (*In depth interview*) dengan pertanyaan terbuka dan semi terstruktur dipilih dalam penelitian ini untuk mengkesplorasi secara mendalam dari pengalaman keluarga yang mempunyai anak mantan pengguna NAPZA. Dengan pertanyaan terbuka partisipan merasa lebih bebas memberikan jawaban sesuai dengan perasaan yang dialaminya. Pertanyaan yang diajukan semi terstruktur bertujuan agar jawaban yang diberikan dapat lebih berkembang. Wawancara yang tidak terstruktur membuat partisipan lebih bebas dan leluasa memberikan jawaban dibanding jenis

wawancara lainnya (Streubert & Carpenter, 1999). Dalam hal ini penulis lebih bersikap fleksibel terhadap urutan daftar pertanyaan dan lebih sensitif terhadap setiap perubahan respon non verbal dan lingkungan yang terjadi selama wawancara.

Tape recoder digunakan untuk merekam proses verbal wawancara antara peneliti dan partisipan. *Tape recoder* sebagai alat pendukung pengumpulan data sudah dipastikan kelayakannya dengan mendengarkan hasil uji coba wawancara dengan jelas dan jernih. Untuk itu selama proses pengumpulan data, peneliti menggunakan baterai yang selalu baru dan kaset perekam berdurasi 90 menit untuk setiap kali wawancara. *Tape recoder* sebelum digunakan dipastikan dalam *volume* terendah dan arah mikropon perekam diarahkan ke arah informan untuk memperoleh hasil rekaman yang berkualitas.

3.6. Prosedur Pengumpulan Data

3.6.1. Tahap Persiapan

Peneliti meminta surat pengantar ijin penelitian dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang ditujukan kepada BNN dan Badan Narkotika Kota Jakarta Barat. Selanjutnya peneliti meminta surat pengantar yang ditujukan ke Kelurahan Palmerah dan Puskesmas Palmerah. Setelah mendapat izin dari Kelurahan Palmerah dan penanggung jawab Puskesmas Palmerah. Peneliti mengidentifikasi calon partisipan berdasarkan data dari Kelurahan Palmerah Jakarta Barat dan Puskesmas Kecamatan Palmerah untuk mengetahui dan mengidentifikasi wilayah mana yang penduduknya paling banyak dan masalah kesehatannya paling kompleks. Dari hasil identifikasi diperoleh data tiga RW yang paling padat penduduknya yaitu RW 03 terdiri dari 13 RT dengan jumlah penduduk 3.706 jiwa, RW 17 terdiri dari 14 RT dengan jumlah penduduk 3.279 jiwa dan RW 08 dengan 15 RT dengan jumlah penduduk 4.434 jiwa. Selanjutnya peneliti melakukan kunjungan ke wilayah Kelurahan Palmerah untuk menemui beberapa Ketua RW, kader kesehatan dan kelompok pemuda majelis taklim yang merupakan kelompok pemuda yang terdiri dari mantan penyalahguna NAPZA. Peneliti mengidentifikasi calon partisipan berdasarkan data dari Ketua RW, kader

kesehatan dan pemuda majelis taklim, kemudian dilakukan *crosscek* kepada keluarga mantan pengguna NAPZA tersebut. Sebelum melakukan pengumpulan data peneliti terlebih dahulu melakukan pendekatan dengan tokoh-tokoh masyarakat dan tokoh pemuda dan selanjutnya pendekatan langsung ke calon partisipan dengan memberi lembar *informed consent* pada partisipan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Setelah partisipan membaca lembar *informed consent* dan memberikan persetujuannya maka peneliti membuat kontrak dengan partisipan waktu pelaksanaan wawancara.

Peneliti pada kontak pertama dengan partisipan, telah membangun hubungan saling percaya. Untuk membina hubungan saling percaya ini, peneliti berusaha melakukan kunjungan ke rumah partisipan dan ikut serta dalam kegiatan sehari – hari partisipan. Selain itu peneliti melakukan pendekatan personal dengan berbicara tentang topik-topik yang bersifat umum seperti biodata partisipan dan aktifitas yang dilakukan saat ini. Sebagai indikator telah terbinanya hubungan saling percaya antara peneliti dan partisipan adalah kesediaan partisipan menceritakan biodata yang dimiliki dan kesediaan membuat kontrak untuk dilakukan wawancara.

3.6.2. Tahap Pelaksanaan

Pada tahap pelaksanaan peneliti melakukan wawancara meliputi tiga fase yaitu:

1. Fase Orientasi

Pada fase orientasi, Peneliti menyiapkan *tape recorder* dan alat tulis dengan mengidentifikasi posisi *tape recorder* agar dapat merekam dengan jelas. Peneliti melakukan wawancara pada partisipan dengan posisi berhadapan dengan jarak yang cukup dekat (kurang lebih 50 cm), dengan pertimbangan *tape recorder* dapat merekam pembicaraan dengan jelas. *Tape recorder* diletakkan ditempat terbuka dengan jarak kurang lebih 30 cm dari partisipan. Peneliti mengawali pertanyaan mengenai kondisi kesehatan partisipan dan kesiapan untuk melakukan wawancara.

2. Fase Kerja

Wawancara dilakukan dengan mengajukan pertanyaan inti, yaitu “Bagaimana pengalaman keluarga dahulu ketika masih ada anggota keluarga yang menggunakan NAPZA?”. Pada saat itu ada partisipan yang terlihat kesulitan untuk memahami pertanyaan tersebut, maka peneliti menggunakan panduan wawancara yang berisi pertanyaan terbuka untuk menguraikan pertanyaan inti. Peneliti memberikan ilustrasi agar partisipan dapat memahami pertanyaan peneliti. Peneliti berusaha untuk tidak memberikan penilaian berdasarkan pemahaman atau pengalaman yang dimiliki sebelumnya oleh peneliti. Proses wawancara berakhir pada saat informasi yang dibutuhkan telah diperoleh sesuai tujuan penelitian. Waktu wawancara yang adalah sekitar 30–60 menit. Selama proses wawancara, peneliti menulis catatan lapangan (*field note*) yang penting dengan tujuan untuk melengkapi hasil wawancara agar tidak lupa dan membantu unsur kealiamahan data. Catatan lapangan digunakan untuk mendokumentasikan suasana, ekspresi wajah, perilaku dan respon non verbal partisipan selama proses wawancara. Catatan lapangan ditulis ketika wawancara berlangsung dan digabungkan pada transkrip.

3. Fase Terminasi

Terminasi dilakukan pada saat semua pertanyaan yang ingin ditanyakan sudah selesai dijawab oleh partisipan. Peneliti menutup wawancara dengan mengucapkan terima kasih atas partisipasi dan kerjasamanya selama wawancara. Peneliti kemudian membuat kontrak kembali dengan partisipan untuk pertemuan selanjutnya yaitu untuk validasi data.

3.6.3. Tahap Terminasi

Pada tahap ini, peneliti melakukan validasi tema akhir terhadap hasil transkrip wawancara. Peneliti memberikan hasil transkrip verbatim kepada partisipan untuk disesuaikan dan menanyakan antara fakta yang dialami oleh partisipan apakah sesuai dengan stranskrip verbatim atau tidak. Peneliti memberikan penjelasan kepada partisipan yang belum memahami tentang tema yang diangkat. Dalam validasi tema akhir, peneliti menyatakan pada partisipan bahwa proses penelitian

telah berakhir. Peneliti mengucapkan terima kasih atas kesediaan dan kerjasama partisipan selama proses penelitian.

3.7. Analisis Data

3.7.1. Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan dengan mendokumentasikan hasil wawancara. Proses dokumentasi dilakukan dengan membuat transkrip dalam bentuk verbatim hasil wawancara dan catatan lapangan. Pengolahan data yang dilakukan adalah dengan cara mendokumentasikan data hasil wawancara dan catatan lapangan satu hari setelah melakukan wawancara. Pendokumentasian dilakukan dengan memutar hasil rekaman, kemudian ditulis apa adanya dan digabungkan dengan catatan lapangan, kemudian menjadi *print out* transkrip. Transkrip ini kemudian dilihat keakuratannya dengan cara mendengarkan kembali wawancara sambil membaca transkrip berulang-ulang. Menurut Asih (2005), bahwa analisa data pada penelitian kualitatif didahului dengan proses transkripsi hasil wawancara secara verbatim atau apa adanya. Setiap transkrip diberi identitas dan diperiksa keakuratannya.

Data yang terkumpul, kemudian diberi kode (*coding*) untuk memudahkan dalam analisa data, karena kode ini membedakan kata kunci dari partisipan satu dengan yang lainnya. *Coding* dilakukan dengan memberi garis bawah pada transkrip pada kata kunci kemudian memberi nomor 1, 2, 3 dan seterusnya dibawah kata kunci yang digaris bawah. Kode untuk partisipan digunakan P1 pada partisipan kesatu, P2 pada partisipan kedua dan seterusnya. Pemberian tanda khusus pada transkrip digunakan untuk membedakan istilah atau catatan lapangan.

3.7.2. Proses Analisis Data

Analisis data pada penelitian kualitatif merupakan masalah yang paling kritis, sulit dan memerlukan pemikiran kritis karena belum adanya pola, metode dan variasi data yang cukup tinggi (Sugiyono, 2007). Oleh sebab itu pada analisis data, peneliti memperhatikan : transkrip wawancara, catatan lapangan dari hasil pengamatan peneliti, dan catatan harian peneliti tentang kejadian penting dari lapangan dan hasil rekaman. Analisis data bertujuan untuk menyusun data dalam

cara yang bermakna sehingga dapat dipahami. Patton (1990) berpendapat bahwa tidak ada cara yang paling benar secara absolut untuk mengorganisasi, menganalisis, dan menginterpretasikan data kualitatif, karena itu prosedur analisis data dalam penelitian kualitatif didasarkan pada sejumlah teori (Creswell, 1998; Patton, 1990) dan harus disesuaikan dengan tujuan.

Analisa data pada penelitian ini berdasarkan tahap analisis data menurut Colaizzi (1978 dalam Streubert dan Carpenter, 2003). Metode tersebut dipilih karena langkah – langkah analisis data menurut Colaizzi cukup sederhana, jelas dan terperinci untuk digunakan pada penelitian ini. Untuk itu peneliti menguraikan tahapan proses analisis data yang sesuai dengan langkah-langkah Colaizzi dalam Carpenter dan Streubert (1998), yaitu : (1) menggambarkan fenomena yang diteliti, peneliti melakukannya dengan menyusun studi literatur tentang teori dan hasil penelitian yang terkait dengan pengalaman keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA dalam menjalani kehidupan bermasyarakat; (2) mengumpulkan gambaran partisipan tentang fenomena dengan melakukan wawancara mendalam dan mencatat catatan lapangan dari semua partisipan; (3) membaca seluruh deskripsi (gambaran partisipan tentang pengalaman hidup mempunyai anggota keluarga dengan penyalahgunaan NAPZA pada transkrip berdasarkan wawancara); (4) membaca kembali transkrip hasil wawancara dan memilih pernyataan yang signifikan kemudian dipilih pernyataan yang bermakna dan terkait tujuan penelitian; (5) menguraikan arti – arti dari setiap pernyataan yang signifikan dengan memilih kata kunci, kemudian menyusun menjadi kategori dalam pernyataan partisipan; (6) menggorganisir kumpulan makna-makna kedalam kelompok tema dengan menyusun tabel kisi-kisi tema yang memuat pengelompokan kategori kedalam sub-sub tema, sub tema, dan tema; (7) menuliskan suatu deskripsi yang lengkap ; (8) memvalidasi kembali gambaran tersebut pada partisipan. Validasi dilakukan dengan mengembalikan transkrip wawancara pada setiap partisipan dan meminta partisipan untuk mengecek keakuratan transkrip; (9) menggabungkan data yang muncul selama validasi kedalam suatu deskripsi final pengalaman keluarga yang mempunyai anak penyalahgunaan NAPZA.

3.8. Keabsahan Data

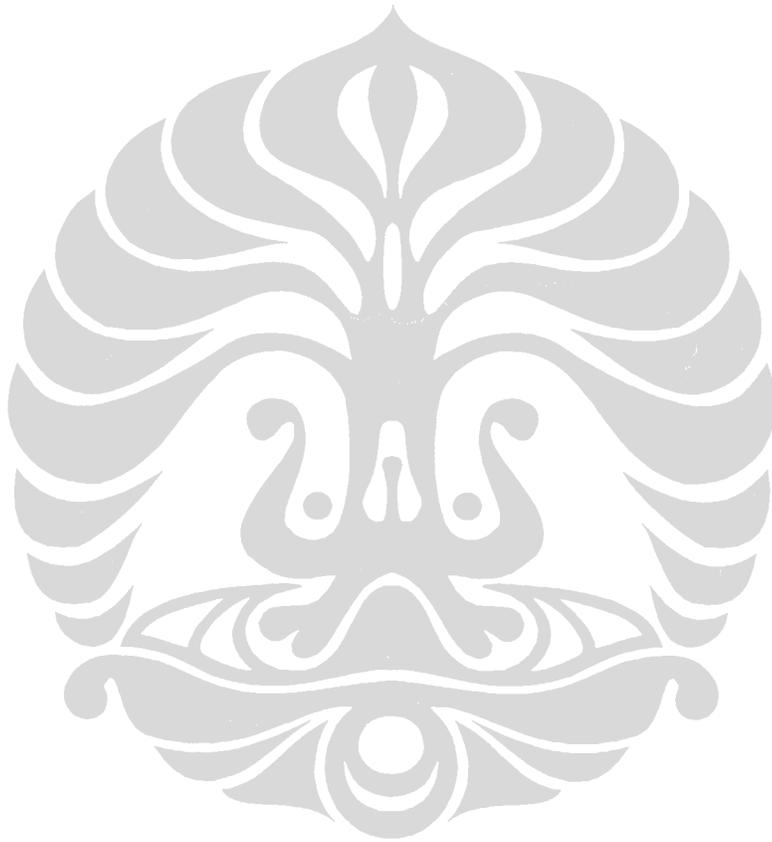
Keabsahan data penelitian ini didasarkan pada prinsip kepercayaan (*credibility*), keteralihan (*transferability*), kebergantungan (*dependability*), dan kepastian (*confirmability*) seperti yang dikemukakan Guba & Lincoln (1994) dalam Streubert & Carpenter (2003).

Credibility meliputi aktifitas-aktifitas yang meningkatkan kemungkinan dihasilkannya penemuan yang kredibel (Lincoln & Guba, 1985 dalam Streubert & Carpenter, 1999). *Credibility* merupakan prinsip bahwa kebenaran atau kepercayaan hasil penelitian menggambarkan kenyataan yang sesungguhnya terjadi. Peneliti melakukan pengecekan kembali hasil transkrip untuk melihat kesesuaian dengan hasil rekaman dan catatan lapangan. Peneliti kemudian meminta partisipan untuk mengecek kembali hasil kutipan wawancara dan menanyakan apakah partisipan setuju dengan hasil analisa atau ingin mengubah ataupun menambah data yang telah diberikan.

Prinsip *transferability* merupakan bentuk validasi eksternal yang menunjukkan derajat ketepatan sehingga hasil penelitian dapat diterapkan pada populasi yang lain. Lincoln dan Guba (1985) dalam Polit & Hungler (1999) *transferability* merujuk pada generalisasi data. Hal ini lebih terkait pada isu sampel dan desain penelitian dibandingkan data. Penelitian dapat dikatakan memenuhi kriteria *transferability* karena pembaca dapat memperoleh gambaran yang jelas dan memutuskan untuk mengaplikasikan hasil penelitian di tempat lain.

Dependability pada data kualitatif merujuk pada stabilitas data dari waktu ke waktu dan kondisi. Teknik yang dapat digunakan untuk memperoleh *dependability* adalah dengan *inquiry audit* yaitu suatu proses telaah data dan dokumen yang diperoleh dan didukung secara menyeluruh oleh *reviewer* eksternal. Pada penelitian ini *reviewer* eksternal yang dilibatkan adalah pembimbing penelitian pada proses penyusunan tesis.

Confirmability mengandung makna bahwa sesuatu hal dinilai secara objektif dan netral, dimana ada beberapa orang independen yang menilai data-data yang telah dikumpulkan oleh peneliti (Streubert & Carpenter, 2003). Hasil penelitian dikatakan telah memenuhi *confirmability*, bila hasil penelitian tersebut bersifat netral datanya atau objektivitas. Prinsip ini telah tercapai melalui kesamaan pandangan antara peneliti dengan pembimbing.



BAB IV

HASIL PENELITIAN

Bab ini akan menjelaskan hasil penelitian yang telah dilakukan untuk mendapatkan gambaran tentang pengalaman keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA dalam menjalani kehidupan bermasyarakat di Kelurahan Palmerah Jakarta Barat. Peneliti akan menyajikan hasil penelitian dalam dua bagian. Pertama, peneliti menampilkan karakteristik partisipan yang berisi informasi umum tentang data partisipan yang mempunyai anak pengguna NAPZA. Kedua, peneliti akan menyajikan pengelompokan tema yang muncul dan catatan lapangan yang didapatkan selama proses wawancara mendalam dari pengalaman partisipan.

4.1. Karakteristik Partisipan

Partisipan dalam penelitian ini sebanyak tujuh orang; enam berjenis kelamin perempuan dan satu orang berjenis kelamin laki-laki yang berusia dalam rentang 43 tahun sampai dengan 65 tahun. Tingkat pendidikan partisipan bervariasi mulai pendidikan SD sampai dengan SLTA. Sebagian besar partisipan, yaitu enam orang adalah ibu rumah tangga dan satu orang sebagai pensiunan. Agama yang dianut oleh ke tujuh partisipan adalah agama Islam. Partisipan memiliki anak yang menggunakan NAPZA dalam jumlah yang bervariasi, paling sedikit satu orang dan paling banyak tiga orang, empat partisipan mempunyai lebih dari satu anak yang menggunakan NAPZA sedangkan dua orang partisipan mempunyai satu orang anak yang menggunakan NAPZA. Jenis kelamin anak sebanyak 10 orang adalah laki-laki dan 2 orang perempuan. Uraian untuk setiap partisipan dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 4.1

Karakteristik Partisipan Penelitian Fenomenologi: Pengalaman Keluarga Yang Mempunyai Anak Pengguna NAPZA dalam Menjalani Kehidupan Bermasyarakat

No	Variabel	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
1	Initial	Ibu L	Ibu D	Ibu K	Ibu S	Ibu N	Ibu A	Bpk P
2	Umur (th)	55 Tahun	49 Tahun	52 Tahun	65 Tahun	55 Tahun	43 Tahun	57 Tahun
3	Agama	Islam	Islam	Islam	Islam	Islam	Islam	Islam
4	Suku Bangsa	Jawa	Jawa	Jawa	Jawa	Jawa	Madura	Jawa
5	Pendidikan	SMP	SKP	PGA	SD	SMP	SMU	SMU
6	Pekerjaan	Ibu Rumah Tangga	Pensiunan					
7	Jumlah anak yang menggunakan NAPZA	1	3	2	1	1	2	2

4.2. Hasil Penelitian

Hasil penelitian ini diperoleh melalui wawancara mendalam dengan partisipan dan catatan lapangan yang dilakukan pada saat wawancara berlangsung. Dari hasil analisis data, peneliti mendapatkan 7 tema yang menjelaskan permasalahan penelitian. Penentuan tema tersebut terbentuk dari proses analisis dari ketujuh partisipan. Tema yang diperoleh tentang pengalaman keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA dalam menjalani kehidupan bermasyarakat adalah sebagai berikut:

1. Perasaan orangtua (keluarga)
2. Stigma yang dirasakan oleh Keluarga
3. Mekanisme koping yang digunakan keluarga
4. Beban yang dialami oleh keluarga
5. Cara mengatasi masalah
6. Dukungan yang diperoleh keluarga
7. Harapan keluarga terhadap pihak-pihak terkait

Hasil analisis data dari setiap tema yang ditemukan, digambarkan pada skema (lampiran 7) disertai penjelasan dari uraian setiap sub – sub tema dengan beberapa kutipan pernyataan partisipan sebagai berikut:

4.2.1. Perasaan OrangTua (Keluarga)

Kehadiran seorang anak yang menggunakan NAPZA di dalam keluarga merupakan suatu pukulan yang berat bagi seluruh anggota keluarga khususnya adalah orang tua. Dikatakan sebagai pukulan yang berat dikarenakan anak yang menyalahgunakan NAPZA menimbulkan suatu kondisi psikologis yang tidak menyenangkan bagi orangtua. Bila melihat ungkapan tujuh partisipan , sebagian partisipan menyatakan rasa tidak percaya, tidak menerima, kecewa, menyesal, malu, shock, marah, bahkan putus asa. Hasil wawancara dengan orang tua setelah mengetahui ada anggota keluarga yang menggunakan NAPZA teridentifikasi dalam beberapa sub tema dibawah ini :

1. Tidak Percaya

Tiga dari tujuh partisipan mengatakan tidak percaya, saat pertama kali mengetahui kalau anak yang selama ini baik, penurut dan pintar ternyata terlibat NAPZA seperti diungkapkan oleh partisipan dua, enam dan tujuh berikut ini :

“...Oalah bu awalnya saya nggak percaya wong ini anak baik, nurut nggak macem – macem lah...” (P2)

“ ... Cuma,temen-temennya pada bilang kalo anak saya suka pake...,saya kurang percaya ma temen-temennya..pas gitu saya tanya ma anaknya kakak ngaku jadi saya ya kakak percaya ” (P6)

“... Tadinya saya nggak percaya, ini anak pintar, terus sekolah kesana kemari,pindah – pindah dalam kurun waktu setengah tahun sampai pindah sekolah empat kali berturut – turut , Gak tahu-nya anak itu ya,,terjerumus juga NAPZA..sampai istilahnya yang “nyuntik”..ya macem-macem lah..segalalah ...” (P7)

2. Tidak menerima

Selain tidak percaya terdapat satu partisipan yang sampai dengan saat ini mengatakan tidak menerima karena menganggap penggunaan NAPZA adalah sebuah aib keluarga, seperti yang diungkapkan oleh partisipan yang mempunyai anak pengguna NAPZA paling banyak , dibawah ini :

“...sampai sekarang saya masih tidak terima, ini aib keluarga...kan bapak saya RM dan ibu saya RR jadi orang memandang keluarga saya terhormatlah” (P2)

3. Kecewa

Empat dari tujuh partisipan merasakan kecewa saat menyadari anaknya menggunakan NAPZA. Rasa kecewa tersebut, tergambar pada kondisi yang disampaikan oleh partisipan satu, empat, lima dan tujuh di bawah ini :

“...Ya Allah, udah bapaknya haji, ibunya haji, anaknya kok begini?...” (P1)

“...ya saya sangat kecewa, duh Gusti Allah kenapa anak saya begini, udah kerja digaji, dikuliahin, kerja bareng bapaknya, tau-tau pake begituan...” (P4)

“...5 taun di Bandung kuliah cuma staun, malah nguliahin cewe ngga taunya pake begituan, saya kesel...” (P5)

“...kecewa bener deh bu...sangat-sangat kecewa..ya sudah gak bisa pokoknya, di bilangin gak bisa aturan bisa buat masa depan...” (P7)

4. Malu

Penyalahgunaan NAPZA yang dilakukan oleh anak partisipan, merupakan suatu perilaku yang dianggap melanggar norma atau aturan agama dan masyarakat, orang tua dilingkungan masyarakat termasuk keluarga yang terpendang dan tokoh masyarakat. Apalagi hal tersebut dilakukan oleh anak perempuan sehingga menimbulkan perasaan malu baik kepada keluarga besar maupun kepada masyarakat sekitarnya. Perasaan malu tersebut, diungkapkan oleh empat partisipan berikut ini :

“...Karena kan ayah saya RM, ibu saya R.A. Jadi saya menjaga lah ini bu,,saya juga mendidik anak ini, malu..!! kalau sampai ngobat saya terus terang malu..” (P2)

“...Ya saya malu wong bapaknya dulu RW...” (P4)

“...Ya,,saya,,malu gitu...punya anak cewek pake gituan...” (P6)

“...habis kita sudah capek, dah pegel, malu, habis-habisan...” (P7)

5. *Shock* (kaget)

Partisipan merasa terkejut, kaget bahkan hampir pingsan, pada saat menyadari anak yang sangat partisipan sayangi dan bangga telah menggunakan NAPZA dan tergeletak dihadapan partisipan dengan jarum yang masih menancap. seperti diungkapkan oleh ketiga partisipan dibawah ini :

“...oh...nyesek itu kayaknya udah ngrasukin pikiran saya udah ibaratnya penyakit jadi satu itu udah pleng...udah melayang, kayaknya tuh udah melayang ini...” (P1)

“...Saya naik keatas anak saya lagi nyuntik bareng temen- temennya. uh pala puyeng, gelap gitu, gemeteran kaki ya Allah, ya Allah, kepala sakit...” (P4)

“...Pas saya naik ke atas loteng, e anak saya udah nyender deket lemari, jarum masih nancep, saya teriak – teriak aja manggil bapaknya...” (P5)

6. Marah

Marah juga menjadi salah satu respon yang diungkapkan partisipan kepada peneliti pada saat anaknya menggunakan NAPZA. Gambaran ungkapan rasa marah tersebut terdapat pada semua partisipan dibawah ini :

“...Pen, kamu mau baik apa mau mati??...” (P1)

“...ya Allah...ya Tuhanku..saya sampai sekali nyeletuk mengucap: (orang itu mendingan cepet mati deh daripada hidup)...” (P2)

“...Bapaknya pernah ngomong gini, biarain aja bu, biarin aja. Ntar lama-lama juga ditangkep polisi dipenjara, eh beneran bapaknya meninggal 10 hari masuk penjara tau mba, yang masih ada gitu...” (P3)

“...Saya waktu adeknya meninggal pernah ngomong gini sama kakaknya yang masih hidup, Kenapa bukan elo aja yang mati, elo udah nyiksa gue kenapa bukan elo aja mati...” (P3)

“...Pas saya naik ke atas loteng, e anak saya udah nyender deket lemari, jarum masih nancep, saya teriak – teriak aja. Bapaknya kesel bu, ampe ditabok..abis susah dibilangin, Saya juga deg-degan kesel juga...” (P5)

“...Saya saking keselnya ma dia.. Udah loe mati aja deh, tapi mau hidup katanya?...” (P6)

“...Sampai yang bikin kesel saya tabokin , ibunya nangis megangin tangan saya...” (P7)

7. Penyesalan keluarga

Setelah partisipan mengungkapkan marahnya kemudian partisipan mulai belajar untuk menerima dengan melakukan klarifikasi pada dirinya. Partisipan mencoba melakukan beberapa pertimbangan-pertimbangan melalui penawaran yang dialaminya saat ini, selanjutnya partisipan menunjukkan rasa penyesalan, hal ini terlihat pada ungkapan yang dinyatakan oleh partisipan satu, tiga dan tujuh berikut ini :

“...kenapa koq anak saya yang kena ” (P1)

“...Coba kalau waktu itu masnya nggak buru – buru kawin mungkin adeknya nggak begini ...” (P3)

“...Coba kalau waktu itu di berantas pasti anak saya nggak bakalan begini ...” (P7)

8. Kesedihan yang mendalam

Kesedihan yang mendalam juga terlihat pada saat wawancara dengan peneliti. Walaupun kejadian tersebut sudah lampau namun kesedihan yang mendalam masih saja terlihat jelas pada ekspresi wajah seluruh partisipan. Respon kesedihan yang mendalam tersebut diperlihatkan oleh partisipan dengan menangis, menutup wajah, menghela nafas saat menceritakan kejadian tersebut, seperti ungkapan ketujuh partisipan tersebut adalah sebagai berikut :

“...Ya, gimana ya...di belakang sedih, air mata udah terurai gak karu-karuan. “ (P1)

“..saya diluar lapang dada, tapi didalam hati saya menangis, klo ngga malu saya mengok-mengok. Saya nangis....Kalau dia lagi “nyandu...” (P2)

“...iya bener, sedih, sedihnya bukan main deh, ditinggal mati suami nggak begitu sedih mba. Tapi kalau anak begini Aduh pikiran saya...” (P3)

“...itu ditempat sampah, lagi dikerubutin orang banyak dan lalat, pas kebetulan saya kesitu, tapi masnya saya belum tau mba, masnya belum kesitu, biasanya kan belinya bareng, ini ga bareng, saya tuh mba nangis, bener-bener nangis,” (P3)

“...Sedih kalo liat dia pake begitu, sedih nggak tega saya cuma nangis aja gitu terus...” (P5)

“...sampai saya nangis-nangis.dimana anaknya susah diurusnya, bapaknya sampai meninggal kepikiran liat anak begitu...” (P6)

“...namanya juga anak, biarpun saya laki – laki tetep sedih sampai sekarang, lah itu ibunya stroke kan gara- gara mikirin dia terus ” (P7)

9. Putus asa

Selain mengalami kesedihan mendalam partisipan juga mengalami putus asa. Putus asa yang terjadi pada partisipan adalah sebagai bentuk respon ketidakberdayaan yang paling rendah atau mencapai titik terendah (*zero point*), seperti yang di ungkapkan oleh partisipan tujuh dan enam berikut ini:

“..Namanya anak susah dibilangin, jadinya saya ya...harus gimana lagi??!!..dah kesel, habis kesabaran saya.” (P6)

“..satu harapan orang tua sia-sia, masa depan dia sudah jelas gak ada...” (P7)

Hasil wawancara terkait dengan perasaan partisipan tersebut diatas, sangat jelas bahwa pada partisipan yang mempunyai anak pengguna NAPZA terdapat sebuah penolakan yang berupa tidak percaya, tidak menerima, kecewa, menyesal, malu, shock, marah, kesedihan yang mendalam bahkan putus asa.

4.2.2. Stigma yang Dirasakan

Stigma masyarakat merupakan bentuk tanggapan lingkungan terhadap keberadaan pengguna NAPZA dan keluarganya di sekitar mereka. Dalam Tema *stigma* teridentifikasi tiga sub tema yaitu adalah:

1. Sikap dan pandangan negatif dari masyarakat

Sikap dan pandangan negatif dari masyarakat merupakan suatu respon yang diberikan masyarakat atas kehadiran partisipan dan keluarganya, seperti yang diungkapkan oleh partisipan 2, 3 dan 6 berikut ini:

“...yang ada tetangga bilang “syukurin mati”. Karena yang saya lihat lingkungan saya, yang begitu ada yang nyumpahin mati...” (P2)

“...tapi pak RW saya, pernah nyuruh orang (Preman) suruh ngabisin anak saya.”istri Preman itu yang bilang bilang ke saya” ...” (P3)

“...sodara saya pada bilang udah loe mati aja deh, katanya ...” (P6)

2. Pandangan dari diri sendiri

Selain sikap dan perasaan negatif dari masyarakat, partisipan juga akan mengalami pandangan yang ditujukan oleh adanya perasaan rendah diri sebagai akibat dari masalah NAPZA yang dihadapinya, seperti yang diungkapkan oleh Partisipan 2 dan 3 di bawah ini:

“...Karena kalau orang yang masih awam, iya tentu enggak bisa mendidik anak sampai anak terkena NAPZA ...” (P2)

“...merasa ngerendahin diri kita lah, kayaknya kita gak ada harganya ...”(P3)

3. Diskriminasi sosial

Sebagai dampak dari pandangan yang tidak baik dari masyarakat dan diri sendiri, maka akan menyebabkan partisipan dalam penelitian ini, menerima perlakuan yang tidak adil dari lingkungan sosial, seperti yang diungkapkan oleh empat partisipan dibawah ini :

“...kalo anak saya lewat, atau saya mereka pada berbisik atau ngomongin saya dibelakang atau nyumpahin anak saya mati tapi cuman saya ga saya anggep ...” (P3)

“...Anak kita yang perempuan disenengin tetangga aja juga ga selalu, pasti sodaranya ga setuju lah, mungkin karena kita anak banyak dan adiknya nyuntik gitu yah,...” (P5)

“...Sudah enak-enak kerja bareng bapaknya di BNI, eh...dikeluarin karena pakai begituan ...” (P4)

“...karena ketauan nyuntik jadi di keluarin dari sekolah ...” (P7)

4.2.3. Mekanisme Koping di gunakan Keluarga

Setelah partisipan berespon terhadap peristiwa yang dialaminya, partisipan melakukan upaya untuk menyelesaikan masalahnya dengan berbagai tindakan, seperti yang ditunjukkan dalam perilaku dan pernyataan sebagai berikut :

1. Mengalihkan kesedihan

Partisipan berupaya untuk melupakan masalah yang dialaminya. Partisipan menceritakan bahwa ia berusaha untuk mengalihkan kesedihan yang dialaminya dengan cara berkerja sampai sore atau mengaji. Dengan mengaji dan bekerja sampai sore partisipan merasa lebih tenang dan tidak terfokus pada masalah, seperti yang diungkapkan oleh partisipan 6 dan 7 berikut ini :

“...saya bawa kerja saja sampai sore...” (P6)

“...Wies diem aja bu,,gak bisa apa-apa kalau ingat saya bawa ngaji aja udah begitu terus.....” (P7)

2. Peningkatan spiritual

Spiritual merupakan sumber kekuatan seseorang untuk menghadapi permasalahan hidup. Hampir sebagian besar partisipan mengungkapkan adanya peningkatan spiritual berupa : peningkatan ibadah baik dalam segi kualitas lebih khusu’ maupun dalam segi kuantitas lebih rajin melakukan sholat tahajud, dengan peningkatan ibadah partisipan merasa lebih tenang dan tidak terfokus pada masalah. Saat mengungkapkan hal ini partisipan tampak lebih tenang dan pasrah. Berikut ungkapan beberapa partisipan :

“...Saya biar dia tidur, saya berdoa ya Allah kasih kesehatan anak saya, kasih kesadaran anak saya, terus pokonya saya memohon, ... (P1)

“...Setiap malam saya salat, saya salat tahajud. Saya mohon sama Allah sampai saya nangis-nangis sampai baju saya basah..” (P2)

“...Alhamdulillah udah itu saya sholat minta doa ke Gusti Allah...” (P4)

3. Menerima kenyataan

Salah satu bentuk coping partisipan terhadap masalah penyalahgunaan NAPZA adalah menganggap sebagai suatu kenyataan yang harus ia terima. Sebagian besar partisipan yang semuanya berusia diatas 49 tahun menganggap peristiwa tersebut memang sudah takdir hidup yang harus diterima. Saat menceritakan hal tersebut partisipan menunjukkan wajah pasrah dan penuh keikhlasan.

“...Alhamdulillah...si ‘A’ ini enggak kena itu lho bu...gak kena suntik, tapi ganjanya bu...dan saya juga bersyukur...saya menerima percobaan ini dari Allah SWT...” (P2)

“...klo seumpamanya lagi sakau eh bu apa gitu bareng jalan, tetep aja saya sama anak sayang bener, tetep aja saya gandeng saya rangkul...” (P3)

“...Cukup pasrah,saya pasrah saja...pokoknya kayak gitu...” (P6)

“...Ya..satu memang itu bu.. karena kita,, gimana gak pasrah bu? namanya sudah habis-habisan. kita sudah gak ada daya lagi..ya suda pasrah kita sama Allah. ...” (P7)

4. Menutupi

Selain mekanisme koping yang dilakukan dalam bentuk menerima kenyataan, terdapat dua partisipan melakukan koping dalam bentuk menutupi masalah. Salah satu penyebabnya adalah partisipan menganggap masalah NAPZA merupakan aib keluarga, sementara partisipan yang lain menganggap sebuah keburukan keluarga sehingga harus ditutup rapat - rapat, baik kepada keluarga maupun masyarakat, dua partisipan menceritakan bahwa mereka menutupi rapat-rapat masalah yang dialaminya. Berikut ini adalah ungkapan dua partisipan yang mempunyai lebih dari satu orang anak pengguna NAPZA yaitu :

“...Saya tidak mau tetangga dan keluarga besar saya tahu bahwa dia sudah separah itu, cukup tahu kalau dia pemakaiitupun karena sudah tidak bisa ditutupin lagi...” (P2)

“... Tadinya Saya diem ... tidak mau tetangga dan keluarga besar saya tahu kalau anak saya pakai, namanya juga borok keluarga tapi lama – lama sudah nggak bisa ditutupin lagi...” (P3)

5. Menghindar

Pada penelitian ini, menghindar dari masalah merupakan salah satu tindakan yang kadang – kadang dilakukan oleh partisipan, hal ini dilakukan partisipan untuk menyelamatkan diri dari tindak kekerasan anaknya ketika sedang sakau dan membutuhkan uang untuk membeli NAPZA, namun partisipan tidak mempunyai uang sama sekali dan semua barang sudah habis. Berikut ini situasi yang disampaikan partisipan satu dan tiga :

“...Saya pernah disuruh kabur sama bapaknya ntar saya ke kerumah anak saya di tangerang, ke rumah kakak saya di Cipinang ntar dia nyari – nyari ...” (P1)

“...saya tuh sering mingat disuruh bapaknya. Jadi saya dirumah anak saya ntar dicari, tapi ee anak saya suka nyusul ...” (P3)

6. Berkorban

Salah satu bentuk kepedulian dan kasih sayang orang tua adalah sebuah pengorbanan dengan mempertaruhkan keamanan keselamatan jiwa, harta, bahkan resiko ditangkap petugas keamanan pun rela dilakukan. Bentuk oleh pengorbanan yang dilakukan oleh orangtua diantaranya harus terus mencari

tanpa mengenal lelah dan waktu ketika anaknya tidak pulang, menjual semua harta yang dimiliki, mengganti kerugian bahkan rela membeli NAPZA ketika anaknya sedang sakau dengan resiko ditangkap, seperti dilakukan oleh beberapa partisipan berikut ini:

“...warung itu diabrak abrik, saya kena ganti. Itu saya pegangin anak saya tuh ga bisa saya sikep itu jatuh berdua dipingir kali, Untung ga nyemplung itu mba, saya piting begini pake kaki pokoknya ampe uleng-ulengan berdua ni. ...” (P3)

“...eh pas giliran ini mba , obatnya dibohongin tuh mba sama yang jual, aduh sialan nie obatnya begini ni, ga terasa ni, cepetan deh bu, cariin duit bu, cari beli lagi saya jadi tahu tempat jual begituan saya walaupun saya takut ketangkap namanya buat anak saya pergi beli., trus dah dapat pulang balik lagi, nyuntik baru obatnya bener, baru makan saya liatin, bapaknya juga ngeliatin...” (P3)

“...saya berusaha,,saya mencari-cari. Kalo dia nggak balik, .kan adanya di gang kecil di TA dekat tempat rongsokan padahal sebenarnya saya takut temennya serem - serem gitu.....” (P6)

“...Ya..Udah,,duitnya habis gak karuan buat ngurusin dia berobat bolak-balik..sampai habis barang-barang di rumah..duit juga habis..habis pokoknya!!!...” (P7)

4.2.4. Beban yang Dialami Keluarga

Pada tema beban keluarga teridentifikasi empat sub tema, diantaranya adalah beban fisik, beban psikologi, beban ekonomi dan beban sosial.

1. Beban fisik

Pada partisipan, beban fisik terkait dengan kelelahan fisik akibat beban yang harus dipikul oleh keluarga selama anak masih menggunakan NAPZA, hal ini dapat digambarkan dalam ilustrasi yang disampaikan oleh partisipan berikut ini :

“...saya dijorokin dibentak-bentak, dilempar piring...” (P2)

”...sering mau dibunuh saya ,sering ditendang, lagi sholat saya ...” (P3)

“...pokoknya ini sering nyiksa saya ni yang gede, saya mau dibunuh, dicekek, sering ditendang, lagi sholat saya diam aja...” (P3)

“...Capek rasanya ngurusin anak begituan, soalnya kan mesti kita urusin...” (P5)

“...Kata saya, ini anak kemana ko??? gak balik lagi!! Sudah 2 hari gak pulang..ntar saya cari lagi terus gitu...”(P6)

2. Beban psikologis

Selain beban fisik keluarga juga mengalami beban psikologi seperti perasaan menderita, khawatir dan takut terjadi sesuatu pada anaknya, selalu cemas saat telepon berbunyi, perasaan tersebut seperti tergambarkan dalam situasi yang di ceritakan oleh partisipan berikut ini :

“...coba klo dia ketangkap pasti dibakar hidup-hidup...” (P2)

“...Ya kepikiran terus namanya anak begitu, kitanya jadi nggak tenang apalagi kalau denger bunyi telpon, saya langsung deg – degan takut mati pa ditangkap...” (P5)

“...Trus Sampai ada orang yang ngomong, (ibunya sih boleh ngaji kesana-kemari, tapi nyatanya anaknya kayak begitu)...” (P7)

3. Beban ekonomi

Beban ekonomi merupakan jenis beban yang lain yang harus dipikul oleh keluarga, dikarenakan penyalahgunaan NAPZA membutuhkan jangka waktu yang lama, biaya yang tinggi, dan harus menyediakan dana untuk keperluan membeli NAPZA. Selain dana untuk pengobatan dan membeli NAPZA, partisipan juga harus menyediakan dana untuk membayar oknum polisi, mengganti kerugian, serta harus menjual semua harta bendanya untuk keperluan anaknya. Seperti tergambarkan dalam situasi yang diceritakan oleh partisipan berikut ini :

“...Hampir satu taun obatnya cuma berupa air, satu botolnya 50 ribu, sekali ngambil 500 ribu untuk 3 hari, selama 3 bulan kontrol...belum lagi yang berobat ke gus m. Paket 6 bulan sebesar 10 juta...” (P1)

“...Gitu saya..lama kelamaan tiap hari tuh nyuntik, nyuntik, nyuntik, terus.. Saya tuh udah jual segala macam, udah abis, rumah yang mana abis, abis. Kendaraan abis semua. Itu anak kan mikin kesana, mikin terus...” (P4)

“...Dia tiap hari tuh berdua tuh 500rb, 500rb mba, minta terus...saya bayar 1,8 juta disana dipenjara, setiap bulan uang makan 500rb, belum uang palaknya, itu ada uang palaknya 25rb satu orang. Ntar anak saya telpon suruh masukin uang 500rb kedalam nasi kalau jenguk, pokoknya setiap bulan tuh ampir keluar sekitar 1 juta...” (P3)

“...Saya habis-habisan buat ngobatin dia, berobat begituan mahal dan lama sembuhnya...” (P5)

“...Ya..udah,,duitnya habis gak karuan buat ngurusin dia berobat bolak-balik..sampai habis barang-barang di rumah..duit juga habis..habis pokoknya!!!...” (P7)

4. Beban sosial

Beberapa partisipan dalam penelitian ini, mengalami dampak secara sosial, akibat dari kehadiran anak pengguna NAPZA ditengah-tengah kehidupan mereka, seperti yang tergambarkan dalam situasi yang diceritakan oleh partisipan berikut ini :

“...Saya jadi ngebatasin diri, gak pernah kumpul – kumpul ma orang - orang...” (P4)

“...Kalau saya lagi nyari anak saya, saya suka dikatakain tetangga ngapain perempuan kelayapan malam –malam ...” (P3)

4.2.5. Cara Mengatasi Masalah

Dalam tema mengatasi masalah teridentifikasi beberapa sub tema seperti disampaikan oleh partisipan dibawah ini :

1. Salah satu upaya yang digunakan oleh keluarga untuk mengatasi adanya suatu masalah di dalam keluarga diantaranya adalah dengan mencoba mengenal adanya suatu masalah. Gambaran partisipan tentang mengenal adanya suatu masalah akan terlihat jelas pada dua partisipan dibawah ini yaitu :

“...anak kayaknya gak beres untuk ininya sifat-sifatnya ko gak beresnya itu kok neh anak matanya celong. Malah ini item-item matanya. Item terus. Makan ya makan tapi sepintas gak betah di rumah...” (P1)

“...jadi saya paham bahwa cara pemakaiannya dia begitu, jadi gantian...” (P2)

2. Pengambilan keputusan

Upaya yang lain dalam mengatasi masalah pada keluarga yang memiliki anak yang menggunakan NAPZA adalah pengambilan keputusan, diantaranya adalah siapa yang berwenang mengambil keputusan, dan bagaimana proses komunikasinya dalam mengambil suatu keputusan untuk

menyelesaikan masalah, hal ini akan tergambar dalam beberapa partisipan di bawah ini :

“...Semuanya saya yang mutusin bu saya kan janda ditinggal mati 10 tahun yang lalu...” (P2)

“...Dirundingin, bapaknya yang mutusin mau dibawa kemana gitu...” (P4)

“...Ya dirundingin ama keluarga, diputusin ama bapanya, kakaknya juga ada...” (P5).

3. Pembagian tanggung jawab

Selain pengambilan keputusan juga penting melakukan pembagian tanggung jawab, pada penelitian ini keluarga melakukan pembagian tanggung jawab didalam keluarganya, gambaran pembagian tugas keluarga akan terlihat pada pernyataan partisipan di bawah ini :

“...semuanya masnya yang berlayar yang membiayai, kalo yang mutusin bapak kalo yang anter – anter berobat kemana aja ya saya ...” (P1)

“...semua urusan itu mantu saya yang dokter yang bantu saya dari urusan rumah tangga sampai berobat ...” (P2)

4. Menyembuhkan

Berbagai Upaya yang dilakukan oleh keluarga untuk kesembuhan anaknya adalah dengan menanamkan nilai dan norma yang ada di dalam keluarga partisipan, hal ini disampaikan oleh partisipa sebagai berikut.

“...Ini anak agamanya kurang kuat, imanya kurang jadi harus kuat dulu imannya biar sembuh...” (P1)

“...Anak saya harus menyatu dulu dengan Allah. Kalau mau sembuh. Setelah itu terselah Allah lah, ini punya Allah, kalau mau di ambil silahkan di ambil tapi dia sudah siap ...” (P2)

“...saya ga bisa marahin temennya, karena kalo anak saya punya iman otomatis kan ga mau begituan ...” (P3)

Dalam upaya menyembuhkan, tiga partisipan menerapkan komunikasi yang baik dan bersikap untuk lebih sabar, seperti kutipan transkrip berikut ini:

“...Komunikasi dengan yang lain-lain menghindar, hanya mau berkomunikasi dengan saya saja (ibunya) jadi ya saya sabar – sabar, pelan – pelan ...” (P2)

“...Saya tanya baik – baik, dialonin, diurusi bener –bener...” (P4)

“...Saya pelan–pelanin, saya omongin, sabar–sabar deh...” (P5)

Keluarga melakukan upaya menyembuhkan dengan cara merawat anaknya apabila sedang dalam keadaan sakau, hal ini tercermin dalam ungkapan ketiga partisipan dibawah ini:

“...Akhirnya Saya tuntun-tuntun, saya lap, saya tidurin dia, saya suapin pokoknya saya rawat bener –bener...” (P2)

“...saya selimutin ditempat tidur saya kasih panadol saya kekepin,gitu, klo memang dia tuh meriang kan pasti keringetan, dia kok mikin kaku, mikin kaku-mikin kaku gitu..saya terus saya manggil depan rumah langsung diangkat...” (P3)

“...Waktu sakit gituan , minum obat aja, saya yang bukain, ama saya aja yang minumin...” (P5)

5. Mencari pertolongan

“...Sampe hansip yang tugas tuh kadang-kadang dibeliin rokok karena saya minta tolong awasin anak saya, tolong diawasin ya pak...” (P2)

“...Anak saya pernah nie udah lama karena kita ngga mampu terus pernah make dikuburan, suntik dikuburan tapi dia habis minum lepto yang obat anjing itu trus dua-duanya ngeletak dikuburan, saya dikasih tau terus saya teriak-teriak minta tolong,orang datang dan langsung dibawa ke rumah sakit PI ...” (P3)

6. Pengobatan alternatif

Pengobatan alternatif yang dilakukan oleh partisipan sesuai dengan budaya yang ada di masyarakat Palmerah adalah dengan mengguyur dan memberi minum air kelapa hijau. Budaya ini sudah menjadi tradisi di dalam kehidupan masyarakat wilayah tersebut, hal ini tercermin dari 6 partisipan menggunakan pengobatan alternatif mengguyur dan memberi minum kelapa namun masih ada satu orang partisipan yang tidak melakukan karena merasa tidak percaya dengan pengobatan alternatif tersebut. hal ini tergambar dalam sikap dan pernyataan partisipan di bawah ini:

“...Kalo orang orang suka digrujugin air, diminumin air kelapa tapi kalo saya tidak pernah...” (P3)

“...Pernah nih saya guyurin terus minumin air kelapa , kata – orang – orang...” (P5)

“...Sering saya grujugin dikamar mandi dan minumin air kelapa pas lagi sakau, murutin kebiasaan tetangga disini...” (P7)

“...dia sudah parah, saya obatin. Saya,,siram air gitu saya guyurin aja ntar dia kedinginan,..udah gitu. Masih memakai itu,,!!!...” (P6)

7. Memodifikasi lingkungan

Modifikasi merupakan suatu cara untuk mengatasi berbagai keterbatasan yang dialami oleh keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA. Modifikasi cara yang dilakukan partisipan diantaranya dengan diguyur, sampai dibawa ke pesantren bahkan dipindahkan keluar kota, seperti diungkapkan oleh beberapa partisipan di bawah ini :

“...dimasukan ke pondok pesantren Probolinggo satu tahun, tapi gak betah balik lagi ke Jakarta...” (P2)

“...saya bawa berobat alternatif ke Serang dipijat dan dikasih air doa-doa ...” (P4)

“...berusaha saya bawa pulang ke Surabaya itu.. Di sana juga masih ada yang memakai gitu,,di ajak ma temen-temennya...” (P7)

8. Mengakses Fasilitas Kesehatan

Demikian pula beberapa responden menceritakan pengalaman kepada peneliti bagaimana dulu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan seperti di sampaikan oleh partisipan di bawah ini :

“...ya...itulah ke RSCM saya tuntun-tuntun. Ya..saya bawa naik taksi, sampe saya dia sakit apa mau make kursi roda ...” (P1)

“...saya bawa ke mana aja, suru orang apa, tak turutin, dirawat P berapa kali, tiap hari pake infus lama sampai berbulan – bulan...” (P4)

“...Ke dokter, ke DH, seminggu pulang, ke dokter TA satu minggu dua kali berobat jalan, Akhirnya saya pindah lagi ke rumah sakit CM...” (P5)

“...berusaha saya bawa pulang ke S itu.. Di sana juga masih ada yang memakai gitu,,di ajak ma temen-temennya..pas itu di bawa ke RS.B Di rawat beberapa hari. Dia berontak pulang...” (P6)

“...Saya bawa ke ini malah, ke Dr. P di gang atas itu.. di situ cuma ya.. di kasih wejangan-wejangan aja bu pengobatannya.. dikasih obat, tapi namanya anak yang kayak gitu, merasa susah...” (P7)

4.2.6. Dukungan yang Diperoleh Keluarga

Dukungan merupakan wujud dukungan yang telah diberikan para sumber pendukung kepada keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA. Tema dukungan yang diperoleh keluarga berasal dari sub tema dukungan moril, dukungan spiritual, dukungan finansial, dukungan informasional dan dukungan sosial. Dukungan tersebut terungkap dalam pernyataan partisipan berikut ini :

1. Moril

Lima orang partisipan menyatakan dukungan moril telah didapatkan dalam bentuk perhatian terhadap keluarga, seperti dalam kutipan transkrip partisipan berikut ini :

“...Alhamdulillah seperti kakak-kakaknya adik-adiknya semua-muanya mendukung pokoknya kamu harus sehat...” (P1)

“...yang bantu, cuma mantu saya yang Dokter..” (P2)

“...Untung anak – anak saya semua bantuin saya, nemenin saya pokoknya semuanya guyub rukun...” (P3)

“...anak punya kemauan juga saya turutin, mau apa saja saya turutin...” (P7)

“...Ya sekitar anak-anak saya itu aja pada dukung yang satu rumah aja...” (P4)

2. Dukungan Finansial

Sedangkan dukungan finansial adalah bantuan financial untuk memenuhi kebutuhan keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA. Finansial yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan anak yang menggunakan NAPZA disampaikan oleh tiga partisipan berikut ini:

“...Adek saya aja yang kaya saja tidak mau membantu sama sekali. Semua biaya hidup berasal dari mantu saya, termasuk untuk mengomati si ‘A’...” (P2)

“...Ya untung dari kantor bapaknya, diakan dulu kerja sama bapaknya di BNI...” (P4)

“...Bersukur ada pengobatan dari pemerintah itu yang sirup merah bayar Rp 10.000,- tiap kesana...” (P3)

3. Dukungan informasional

Bentuk dukungan yang lain adalah dukungan informasional seperti penyuluhan, jenis layanan dan jenis terapi yang berkaitan dengan NAPZA . Sub tema dukungan informasi akan terlihat pada partisipan lima dan dua berikut ini:

“...Ada sih penyuluhan gitu di kelurahan dan di kantor RW tapi jarang...” (P5)

“...Ya memang suka ada sih dari kelurahan, kecamatan tapi tidak sampai ke lapisan bawah...”(P2)

4. Dukungan keluarga

Tiga partisipan menyatakan dukungan keluarga inti sangat utama dalam merawat anak pengguna NAPZA seperti disampaikan beberapa partisipan dalam cuplikan berikut ini:

“...Orang tua sudah nggak kurang – kurang, dia pake sepatu baru di beliin ama mase di uyak-uyak temennya itu...” (P1)

“...saya pernah mengadu kepada ade saya, saya disalahin itu kan didikan mba...” (P2)

“...Saya bersyukur anak saya semua bantu, pada bareng – bareng, tapi paling banyak ya mase yang paling tua.” (P3)

5. Dukungan Sosial

Dua orang partisipan menyebutkan adanya dukungan masyarakat khusus yang turut memberikan dukungan kepada keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA, tetapi ada satu partisipan yang menyatakan tidak memperoleh dukungan sosial, seperti digambarkan dalam kutipan transkrip partisipan satu, dua, tiga dan empat berikut ini:

“...Tetangga ada yang baik ada yang ngga...” (P1)

“...Tetangga juga pada baik, kalau dia mabuk bilang mba. “itu A ada di anu, lagi mabok...” (P2)

“..kalo tetangga beberapa sih pasti ada yang nolong sih pasti, tapi banyak juga yang cuek masa bodoh...” (P3)

“...Tidak ada padahal bapaknya kan dulu bekas RW sini...” (P4)

4.2.7. Harapan Keluarga Terhadap Pihak-Pihak Terkait

Gambaran harapan keluarga akan dukungan dari pihak - pihak terkait terhadap penanggulangan NAPZA merupakan tinjauan berdasarkan perspektif keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA. Penelitian ini menghasilkan sub tema harapan keluarga terhadap keluarga besar, masyarakat, aparat, petugas kesehatan dan fasilitas kesehatan.

1. Harapan terhadap keluarga inti

Berbagai variasi harapan partisipan terhadap keluarga inti akan terlihat dari ungkapan partisipan dibawah ini :

“...Yang sudah ya sudah, sekarang ini kita harus, kamu tuh harus harus sembuh harus semangat...” (P1)

“...Harus saling bahu membahu...” (P2)

“...Jangan sampai ada yang kaya anak saya, cukup saya aja...” (P4)

“...Iy,,pokoknya asal semoga adek-adeknya jangan ngikutin kelakuan mpoknya...saya gituin...” (P6)

Selain keluarga inti, partisipan juga mempunyai harapan terhadap sikap keluarga besar, seperti diungkapkan pada tiga partisipan di bawah ini :

“...Jangan bikin tambah panas, nyumpahin apalagi nyuruh yang nggak – nggak suruh dicekik lah ...” (P3)

“...Maunya nolong jangan diem atau nyalahin gitu...” (P4)

“...Jangan diem aja , ya bantuin lah...” (P5)

2. Harapan terhadap masyarakat

Partisipan mengharapkan sikap yang tidak mengucilkan dan sikap yang biasa saja dari masyarakat, seperti digambarkan oleh beberapa partisipan dibawah ini :

“...klo datang ke tempat orang yang anaknya NAPZA ambil sikap biasa-biasa saja wong dia bukan rampok, bukan pembunuh...” (P2)

“...apabila kena,, ee..anaknya ini jangan sampai putus asa, jangan sampai ee..mengerti bahwa kita benar-benar merawat dia...” (P1)

“...tetangga ini bisa liat setelah anak saya ga kena, udah istilahnya ga kena NAPZA tetangga kita sekarang ama saya baik, maunya jangan gitu...” (P3)

“...Jangan ngomongin, jangan ngucilin...” (P4)

3. Harapan terhadap Aparatur

Sebagian besar partisipan sangat mengharapkan sikap pro aktif dan tegas dari aparat, seperti yang diungkapkan dibawah ini :

“...yang didaerah pinggir-pinggir kali, itu kan kebanyakan disitu, anjuran untuk kelurahan dan kecamatan yang kena-kena ditangkepin...” (P1)

“...Cepat tanggaplah jangan nunggu korban dulu baru bertindak...” (P2)

“...kaya keamanan lingkungan apa RW gitu harusnya eh anak-anak mudanya tuh dirangkul digerakan, klo malah kita RW ini yang anaknya meninggal NAPZA itu kan ama anak mudanya cuek gitu. Sekarang juga kayanya biasa-biasa aja, begitu...” (P3)

“...Lebih gimana gitu yang tegas, ditangkepin tuh di kantor RW...” (P4)

“...Emang udah ada ditangkepin , tapi lamban ada korban dulu baru gerak...” (P5)

4. Harapan terhadap petugas kesehatan

Tiga dari tujuh partisipan sangat mengharapkan adanya sikap yang pro aktif dan merata dari petugas kesehatan, seperti yang diungkapkan oleh partisipan di bawah ini :

“...ada penyuluhan langsung gitu, klo ada laporan cepat tanggaplah, ya emg klo lagi kumpul-kumpul emang dianjurkan begitu tapi kebawahnya ga ada...” (P1)

“...Petugas jangan kasar, waktu di AL masa dokternya bilang habis makai loe, pakai tato lagi kenapa tidak mati aja...” (P3)

“...Gak ada bantuan..dari mana – mana , cuek aja. Keluarahan Gak ada sih..Keluarga, puskes Gak ada tetangga biasa-biasa aja...” (P6)

5. Harapan terhadap fasilitas

Sebagian besar partisipan sangat mengharapkan bantuan dari fasilitas pelayanan yang gratis, seperti yang diungkapkan oleh beberapa partisipan dibawah ini :

“...Untuk pengobatannya. dukungan dari pemerintah itu kalau yang udah tau gitu ya ada bantuan yang gratis...” (P1)

“...Ada lah keringanan gitu kalo berobat...” (P2)

“...Ada bantuan gratis untuk ngobatin yang kena begini...” (P4)

“...Ada pengobatan gratis biar ngeringanin...” (P5)



BAB V

PEMBAHASAN

Bab ini akan memaparkan lebih dalam mengenai interpretasi hasil penelitian yang telah dilakukan, keterbatasan penelitian, dan implikasinya terhadap keperawatan.

5.1. Interpretasi Hasil Penelitian

Pada penelitian ini dihasilkan tujuh tema dari analisis sub tema. Adapun tema yang diperoleh dari penelitian ini adalah (1). Perasaan orang tua/keluarga ; (2). Stigma yang dirasakan oleh Keluarga ; (3). Mekanisme koping yang digunakan keluarga ; (4). Beban yang dialami oleh keluarga ; (5). Cara mengatasi masalah ; (6). Dukungan yang diperoleh keluarga ; (7). Harapan keluarga terhadap pihak-pihak terkait.

5.1.1. Perasaan Orang Tua (Keluarga)

Kehadiran seorang anak yang menggunakan NAPZA di dalam keluarga merupakan suatu pukulan yang berat bagi seluruh anggota keluarga khususnya adalah orangtua. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat berbagai variasi perasaan orang tua pada saat pertama kali mengetahui anaknya menggunakan NAPZA yaitu perasaan tidak percaya, tidak menerima, kecewa, malu, shock / kaget, marah, penyesalan, kesedihan yang mendalam bahkan putus asa. Perasaan tersebut muncul sebagai respon menyangkal dari keluarga terhadap masalah yang muncul dalam keluarga.

Hasil penelitian ini, sesuai dengan konsep berduka menurut Martocchio (1985, dalam Kozier, et al., 2004), yaitu : Pertama, *shock* dan tidak percaya, ditunjukkan dengan perasaan bersalah dan sedih, ketidakpercayaan, atau penolakan terhadap kehilangan. Kedua, protes dengan perilaku marah, ketiga, kesedihan yang mendalam, putus asa, dan kekacauan, dengan perilaku mulai depresi, panik, dan tidak mampu mengambil keputusan.

Hasil penelitian terkait dengan perasaan partisipan yang diperoleh peneliti juga ditemukan dalam konsep berduka Kubler-Ross (1969, dalam Kozier, et al., 2004) yang membagi respon kehilangan menjadi lima tahap, yaitu *denial*, *anger*, *bargaining*, *depresi*, dan *acceptance*. Namun terdapat sedikit perbedaan dalam keduanya.

Kubler-Ross (1969, dalam Kozier, et al., 2004) memasukan respon *anger* dan depresi sebagai suatu tahap tersendiri dalam proses berduka, *anger* ditunjukkan sebagai reaksi kemarahan dari individu atau keluarga dan orang-orang disekitarnya. Kemarahan tersebut sehubungan dengan masalah yang dalam keadaan normal tidak mengganggu mereka, biasanya terjadi pada dua hari setelah peristiwa hingga minggu pertama. Sedangkan dalam penelitian ini ditunjukkan melalui perilaku partisipan seperti, marah yang merupakan respon *denial*.

Hasil penelitian juga menunjukkan respon *bargaining* yang terlihat pada tiga keluarga yang mencoba menyalahkan diri sendiri, mencoba melakukan beberapa pertimbangan-pertimbangan melalui penawaran yang dialaminya saat ini, selanjutnya partisipan menunjukkan rasa penyesalan, dengan mengatakan “coba kalau masnya nggak buru-buru menikah mungkin adeknya nggak seperti ini”. ungkapan yang lain adalah mencoba bertanya kedalam dirinya yaitu “kenapa kok anak saya yang kena ” dan “Coba kalau waktu itu di berantas pasti anak saya nggak bakalan begini”. Ungkapan penyesalan ini mengakibatkan konflik dalam diri yang terus menyiksa dan pada akhirnya akan menyalahkan diri sendiri. Keluarga yang cenderung menyalahkan diri menyebabkan kehancuran perasaan yang semakin dalam dan keluarga mengalami fase kesedihan yang mendalam.

Bentuk perilaku penyesalan tersebut tidak berbeda dengan respon *bargaining* dalam konsep Kubler-Ross (1969, dalam Kozier, et al., 2004). Bolwby dan Parkes (1970, dalam Collins, 2008) juga menyebutkan bahwa tahap tawar menawar tidak muncul karena pada tahap hasrat mencari penyelesaian, keluarga merasakan kegelisahan, kemarahan, rasa bersalah dan kebingungan secara bersamaan.

Keluarga berusaha mencari tahu bagaimana dan mengapa peristiwa yang menimbulkan perasaan berduka tersebut dapat terjadi.

Respon Kubler-Ross (1969, dalam Kozier, et al., 2004), proses berduka ditunjukkan dalam perilaku sedih terhadap apa yang telah berlalu, mengingat masa lalu yang berkaitan dengan seseorang, belum mampu menerima orang baru untuk dicintai sebagai pengganti orang lama, tidak banyak bicara atau menarik diri berlangsung dari minggu ketiga dan lamanya tergantung kemampuan individu dalam menggunakan strategi koping. Sedangkan peneliti menemukan depresi sebagai bentuk kesedihan yang mendalam namun diungkapkan dalam perilaku dan ungkapan yang dinyatakan oleh partisipan dua, tiga dan lima yaitu dalam bentuk kesedihan, menangis dan tidak tega melihat anaknya dalam keadaan sakau serta menyalahkan orang lain yaitu pengedar NAPZA .

5.1.2. Stigma yang Dirasakan oleh Keluarga

Hasil penelitian ini menemukan pandangan stigma yang teridentifikasi tiga sub tema yaitu sikap dan pandangan negatif dari masyarakat, stigma yang dirasakan oleh diri sendiri dan diskriminasi sosial yang merupakan bentuk tanggapan lingkungan terhadap keberadaan pengguna NAPZA dan keluarganya di sekitar mereka. Hasil penelitian ini mendukung konsep teori menurut Jones (1984), bahwa stigma merupakan sebuah penilaian masyarakat terhadap perilaku atau karakter yang tidak sewajarnya. Pernyataan tersebut di dukung juga oleh Purwanto (2006), yang menjelaskan bahwa stigma merupakan ciri negatif atau label yang diberikan pada seseorang atau kelompok tertentu. Konsep yang lain adalah hasil penelitian Utami (2005), bahwa anak yang terlibat dalam penyalahgunaan NAPZA dalam masyarakat dimaknai sebagai kegagalan orangtua dalam mendidik anak atau gagal menjadi orang tua yang baik.

Dampak pandangan yang tidak baik dari masyarakat menyebabkan beberapa partisipan pada penelitian ini, menerima perlakuan tidak adil dari lingkungan sesuai dengan tema level dua yang ditemukan yaitu sikap dan pandangan negatif dari masyarakat, pandangan pada diri sendiri dan diskriminasi sosial.

Pengelompokan ini sesuai dengan konsep teori *Anonymous* (2009) yang membedakan *stigma* menjadi 4 tipe, yaitu: (1) *felt stigma*; (2) *internalized stigma*; (3) *enacted stigma*; (4) *instutional stigma*. *Felt stigma* merupakan suatu *stigma* yang dirasakan, yang ditandai dengan adanya sikap negatif masyarakat yang dirasakan oleh mereka yang mempunyai suatu kondisi cacat dan digambarkan dengan suatu perasaan negatif dari masyarakat. *Internalized stigma (self stigma)* merupakan *stigma* yang ditunjukkan adanya rasa rendah diri dari penderita sebagai akibat penerimaan akhir dari suatu kondisi mereka ini. *Stigma* ini ditandai dengan harga diri rendah, keputusan, dan rasa bersalah atau *self blame* berhubungan dengan kondisi yang digambarkan dengan rasa negatif. *Enacted stigma* merupakan *stigma* yang ditandai dengan suatu keadaan diskriminasi sosial yang nyata (seperti perceraian, penolakan seseorang untuk menggunakan transportasi umum) atau perilaku negatif (seperti gosip). *Instutional stigma* merupakan *stigma* atau diskriminasi dari suatu kegiatan kelembagaan atau suatu kebijakan. *Stigma* tersebut dapat berupa pengaturan klinik terpisah untuk klien penyandu NAPZA seperti rumah sakit ketergantungan obat.

5.1.3. Mekanisme Koping yang Digunakan Keluarga

Mekanisme koping merupakan salah satu cara yang digunakan keluarga dalam menghadapi masalah pada keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA. Peneliti menemukan mekanisme penyelesaian masalah yang dilakukan orang tua yang mempunyai anak pengguna NAPZA berupa tindakan mengalihkan kesedihan, peningkatan spiritual, menerima kenyataan, menutupi, menghindar serta berkorban. Mekanisme Koping yang digunakan oleh keluarga ini, merupakan upaya untuk menjalani respon dan menghadapi masalah dalam proses berduka

Koping adaptif adalah mekanisme koping yang mendukung fungsi integrasi, pertumbuhan, belajar dan mencapai tujuan. Kategorinya adalah berbicara dengan orang lain, memecahkan masalah secara efektif, teknik relaksasi, latihan seimbang dan aktifitas konstruktif. Sedangkan mekanisme koping maladaptif adalah mekanisme koping yang menghambat fungsi integrasi, memecahkan

pertumbuhan, menurunkan otonomi dan cenderung menguasai lingkungan . Bila dilihat dari hasil penelitian maka mengalihkan kesedihan, peningkatan spiritual, menerima kenyataan termasuk kedalam koping adaptif sedangkan menutupi, menghindari serta berkorban termasuk kedalam koping yang mal adaptif

Hasil penelitian ini sesuai dengan konsep teori Lazarus (2000) yang menyatakan bahwa koping dapat berfokus pada emosi atau berfokus pada masalah. Koping yang berfokus pada masalah bertujuan untuk membuat perubahan langsung dalam lingkungan sehingga situasi dapat diterima dengan lebih efektif, strategi koping ini bersifat aktif. Perilaku yang terlihat berupaya untuk mengontrol situasi yang tidak menyenangkan dan memecahkan permasalahan seperti berorientasi positif dan mencari bantuan. Koping yang berfokus pada emosi dilakukan untuk membuat nyaman dengan memperkecil gangguan emosi yang dirasakan. Jenis koping ini bertujuan untuk meredakan atau mengatur tekanan emosional atau mengurangi emosi negatif dan memahami kejadian yang penuh dengan *stressor*. Koping ini bersifat pasif. Perilaku yang terlihat berupaya mengatasi emosi yang timbul pada tingkat kognitif seperti menghindari, menyalahkan diri sendiri, mengatur atau mengusir emosi yang disebabkan oleh *stressor* (Scott, 2000).

5.1.4. Beban yang Dialami oleh Keluarga

Menurut badan kesehatan dunia (WHO, 2008) beban keluarga diidentifikasi menjadi dua yaitu beban subyektif dan obyektif WHO (2008), membagi beban menjadi dua jenis, yaitu beban subjektif dan beban objektif. Beban subjektif merupakan beban yang berhubungan dengan reaksi psikologis anggota keluarga, seperti perasaan kehilangan, sedih, cemas, malu, stress dan frustrasi. Sedangkan beban objektif meliputi gangguan hubungan antar anggota keluarga, keterbatasan hubungan sosial dan aktifitas kerja, kesulitan finansial dan dampak negatif terhadap kesehatan fisik anggota keluarga.

Penelitian ini menyebutkan beban fisik yang dirasakan oleh keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA, terkait dengan kelelahan fisik sebagai akibat dari orang tua yang harus mencari – cari anaknya ketika tidak pulang kerumah.

Di sisi lain orang tua harus menerima perlakuan kasar dari anaknya seperti dibentak - bentak, dilempar sesuatu, ditendang bahkan dicekik dan dibunuh bila permintaan tidak dituruti. yang pada akhirnya akan mengakibatkan kelelahan fisik anggota keluarga yang lain terutama orang tua. Kelelahan fisik yang lain sebagai akibat dari anak yang pada saat kecanduan akan mengalami penurunan fisik dan mental sehingga membutuhkan perhatian dan perawatan yang lebih dari orang tua sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh (Hawari, 2009)

Beban ekonomi merupakan jenis beban yang lain yang harus dipikul oleh keluarga dikarenakan penyalahgunaan NAPZA membutuhkan pengobatan dalam jangka waktu yang lama, biaya yang tinggi, dan harus menyediakan dana untuk keperluan NAPZA serta harus menerima dampak dari perilaku pengguna yang mengambil semua barang yang ada dirumah. Keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA memerlukan juga dana atau biaya untuk keperluan NAPZAnya disisi lain keluarga juga harus merelakan harta bendanya diambil oleh pengguna untuk dijual sampai tidak ada satu pun yang tersisa. Uang yang harus dikeluarkan tentu saja akan lebih banyak dan menjadi beban ekonomi keluarga. Seperti tergambar pada semua partisipan. Hal ini sesuai dengan pendapat Gearon, et al., (2001) bahwa penyalahgunaan NAPZA akan membebani keluarga karena penggunaan NAPZA membutuhkan uang yang besar dan pengguna NAPZA sering dibiayai oleh anggota keluarga dekatnya.

Disamping beban ekonomi keluarga juga mengalami beban psikologi seperti perasaan menderita karena mendengar sumpah serapah dari lingkungannya, khawatir anaknya ditangkap aparat atau meninggal dan takut anaknya melakukan tindakan kriminal kemudian ditangkap dan dibakar hidup – hidup. Hal ini sesuai dengan hasil survey yang dilakukan oleh BNN (2008).

Beberapa partisipan dalam penelitian ini mengalami dampak secara sosial akibat dari kehadiran anak pengguna NAPZA ditengah-tengah kehidupan mereka, seperti sikap masa bodo dan keluarga juga akan membatasi aktifitas dengan lingkungannya. Berbagai macam beban yang dihasilkan dalam penelitian ini

memiliki karakteristik yang serupa dengan konsep teori beban menurut WHO (2000).

5.1.5. Cara Mengatasi Masalah

Hasil penelitian ini ditemukan tema dari mengatasi masalah yaitu yang teridentifikasi pengambilan keputusan, pembagian tanggung jawab, menyembuhkan, memodifikasi lingkungan serta mengakses fasilitas kesehatan. Pembagian ini sesuai dengan konsep teori dari Friedman (2003), bahwa struktur keluarga yaitu terdiri dari empat aspek yang saling berkaitan yaitu: struktur peran, struktur kekuatan keluarga, sistem nilai-nilai dalam keluarga dan proses komunikasi.

Struktur peran berkaitan dengan posisi dan peran masing - masing anggota keluarga, sedangkan kekuatan yang ada dalam keluarga yaitu berkaitan dengan siapa yang berwenang mengambil keputusan, dan bagaimana proses komunikasinya dalam mengambil suatu keputusan untuk menyelesaikan masalah. Pada penelitian ini, partisipan sudah melakukan pengambilan keputusan dalam keluarga yang dilakukan oleh kepala keluarga. Hal ini sejalan dengan penelitian Novianti (2009) bahwa untuk mencegah dan mengatasi penyalahgunaan NAPZA diperlukan peran orangtua sebagai sentral kontrol dalam pengambilan keputusan, membimbing, mendidik, mengawasi dan memotivasi langsung kepada anggota keluarga.

Nilai-nilai keyakinan yang dianut keluarga menjadi pedoman sebagai suatu sistem yang mengikat bersama-sama seluruh anggota keluarga. Menurut Parad dan Caplan, 1965 dalam Friedman (2003), nilai keluarga adalah suatu sistem ide, sikap, dan kepercayaan tentang sikap, dan kepercayaan tentang nilai secara keseluruhan atau konsep yang secara sadar ataupun tidak sadar mengikat bersama-sama seluruh anggota keluarga dalam suatu budaya yang lazim. Sistem nilai merupakan dasar bagi keluarga untuk membentuk pandangan terhadap stressor dan membuat keputusan tentang bagaimana berespon terhadap stressor tersebut. Dalam penelitian nilai keluarga yang mampu menjalankan peran dan fungsi

dengan baik, akan menjadi sistem pendukung bagi anggota keluarga yang mengalami penyalahgunaan NAPZA. Seperti individu, keluarga juga mempunyai cara-cara tertentu untuk mengatasi masalah kesehatan. Keluarga menggunakan berbagai pilihan cara ketika dihadapkan dengan permasalahan terkait dengan pendampingan dan perawatan anak dengan penyalahgunaan NAPZA pada anggota keluarga. Penelitian yang dilakukan oleh Hawari (1990), menunjukkan bahwa kesibukan orang tua yang menyebabkan komunikasi untuk anak kurang bahkan tidak ada sama sekali mempunyai risiko relative 7.9 % untuk terjadinya penyalahgunaan NAPZA.

Dalam penelitian ini juga teridentifikasi sub tema yaitu mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan, merawat, memelihara lingkungan dan mengakses fasilitas kesehatan. Pembagian tersebut sesuai dengan konsep teori dari tugas pemeliharaan kesehatan keluarga menurut Freeman (1981 *dalam* Friedman 2003) yaitu: (1). Mengenal gangguan perkembangan kesehatan setiap anggota keluarga. Hal ini berhubungan dengan kesanggupan keluarga untuk mengenal masalah kesehatan pada setiap anggota keluarga, seperti perubahan fisik, perilaku bahkan penurunan kesehatan.

Keluarga dapat mengidentifikasi perubahan yang terjadi pada pengguna dengan perubahan perilaku seperti menghindar, berubah pendiam, perubahan fisik. Hal ini sesuai dengan pernyataan Martono (2006), bahwa penyalahgunaan NAPZA dalam jumlah berlebih, kurang teratur, dan berlangsung cukup lama, menyebabkan gangguan kesehatan fisik, mental, dan kehidupan sosialnya. (2). Mengambil keputusan untuk tindakan kesehatan yang tepat. Keluarga harus secara dini memperhatikan perubahan yang terjadi pada anggota keluarga. Bila dirasakan terjadi ketidaksesuaian dengan keadaan normal, misalnya yang terjadi perubahan pada perilaku anggota keluarga, keluarga harus segera bertindak mencari informasi ke tempat yang tepat dalam penelitian ini sebagian partisipan sudah mengambil keputusan; (3). Memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit, termasuk merawat anggota keluarga yang mengalami penyalahgunaan NAPZA. Pada penelitian ini semua partisipan sudah memberikan perawatan

kepada anaknya (4). Pada penelitian ini modifikasi lingkungan yang dilakukan oleh keluarga adalah selain dengan menjaga komunikasi dan saling memberikan dukungan, sebagian besar juga dengan membawa anaknya ke pesantren, serta menggujur dan memberikan air kelapa pada saat anaknya sedang sakau sesuai dengan kebiasaan yang berlaku di masyarakat; (5). Memanfaatkan fasilitas kesehatan dengan mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga-lembaga kesehatan. Pada penelitian ini, semua keluarga dan pengguna NAPZA sudah memanfaatkan fasilitas kesehatan menggunakan pelayanan kesehatan rumah sakit karena dianggap mampu mengatasi permasalahan NAPZA.

5.1.6. Dukungan yang Ada pada Keluarga

Penelitian ini menghasilkan dukungan yang dirasakan keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA, diidentifikasi dalam beberapa sub tema yaitu dukungan moral, spiritual, financial, informasional, keluarga, dan sosial. Kehadiran semua dukungan seperti tersebut diatas pada keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA akan sangat bermanfaat, hal ini dikarenakan dengan adanya sumber dan jenis dukungan, keluarga dan pengguna akan merasakan bahwa mereka tidak sendiri dalam menghadapi suatu masalah. Hasil penelitian tersebut mendukung konsep Friedman (2003) yaitu keluarga melaksanakan fungsi afektif dan koping dengan memberikan kenyamanan emosional, membantu dalam membentuk identitas dan mempertahankan saat terjadi stress.

Dalam penelitian ini juga ditemukan dukungan yang berasal dari internal dan eksternal keluarga. Secara internal dukungan bersumber dari keluarga besar dan keluarga inti. Sementara secara eksternal dukungan berasal dari masyarakat umum dan masyarakat khusus. Kelompok masyarakat khusus, tersebut termasuk guru sekolah. Kehadiran kelompok masyarakat khusus sebagai sumber pendukung akan memotivasi keluarga dan pengguna untuk tetap dapat mengikuti pendidikan formal di sekolah. Bentuk dukungan yang teridentifikasi dalam penelitian ini berbentuk dukungan emosional, dukungan informasional, Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat Bart (1994) yang menyatakan bahwa dukungan sosial bagi keluarga terdiri dari dukungan informasional, emosional, penghargaan dan

instrumental. Pengelompokan bentuk dukungan dalam penelitian ini didasarkan pada dampak yang dirasakan keluarga saat memperoleh dukungan. Bentuk dukungan yang sama menurut Bart (1994) dan hasil penelitian ini adalah adanya dukungan informasional terkait jenis layanan pendidikan, kesehatan dan jenis terapi rehabilitasi NAPZA.

Secara lebih luas Bart (1994) menyatakan bahwa dukungan informasional juga diwujudkan dalam bentuk pemberian nasehat, petunjuk, saran, dan umpan balik kepada keluarga. Pada penelitian ini, pemberian nasehat yang dilakukan kepada keluarga dengan anak pengguna NAPZA dirasakan oleh partisipan memberikan kedamaian secara emosional, sehingga dikelompokkan ke dalam bentuk dukungan emosional. Sementara dukungan instrumental sebagai perwujudan pemberian bantuan langsung dalam bentuk bantuan finansial dan hasil penelitian ini. Keluarga sangat membutuhkan dukungan finansial untuk biaya pengobatan pengguna NAPZA .

5.1.7. Harapan Keluarga terhadap pihak – pihak terkait

Harapan keluarga terhadap pihak-pihak terkait merupakan gambaran keinginan yang dimiliki oleh keluarga, harapan keluarga dalam penelitian ini berkaitan dengan sikap dan perhatian dari keluarga besar, masyarakat, aparatur, petugas kesehatan dan fasilitas.

Harapan terhadap keluarga ditunjukkan bagi keluarga inti dan keluarga besar sebagai bagian dari keluarga terdekat. Harapan keluarga dalam penelitian ini adalah berkaitan dengan fungsi, sumber, ukuran, dan bentuk dukungan informasional dan sosial. Keluarga hendaknya dapat berperan dalam memberikan dukungan selama pengguna dalam tahap coba - coba, kecanduan ataupun proses rehabilitasi NAPZA. Keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA dalam penelitian ini mengharapkan adanya dukungan dari anggota keluarga baik dari dukungan emosional maupun dukungan finansial. Dukungan emosional berupa perhatian, kasih sayang dan sikap menerima dari seluruh anggota keluarga. Dan

dukungan finansial berupa bantuan biaya pengobatan pengguna NAPZA. Hal ini sesuai dengan yang diungkapkan Friedman (2002) keluarga melaksanakan fungsi afektif dan koping dengan memberikan kenyamanan emosional anggota, membantu anggota dalam bentuk identitas dan mempertahankan saat terjadi *stress* pada keluarga.

Harapan terhadap masyarakat dalam penelitian ini merupakan keinginan keluarga yang ditujukan bagi masyarakat yang berkaitan dengan sifat manusia sebagai makhluk sosial. Dimana keluarga pengguna NAPZA ini menjadi bagian dari kehidupan komunitas. Keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA, juga mengharapkan dukungan dari masyarakat yang berupa sikap menerima dari masyarakat dan sikap proaktif dari masyarakat dalam pemberantasan NAPZA di wilayah mereka. Sehingga keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA dapat hidup normal dalam menjalani kehidupan bermasyarakat.

Harapan terhadap pihak terkait adalah keinginan keluarga yang ditujukan bagi pihak terkait dalam mengatasi masalah NAPZA. Adapaun harapan tersebut berupa dukungan sikap dan perhatian dari aparat yang berupa sikap tegas dan proaktif dalam memberantas peredaran NAPZA baik kepada pengguna maupun pada pengedar. Beberapa partisipan mengharapkan agar pengedar dihukum seberat-beratnya untuk menerapkan sikap jera bagi para pengedar.

Harapan terhadap petugas dan fasilitas kesehatan merupakan keinginan keluarga yang ditujukan bagi puskesmas sebagai unit pelayanan terdekat. Harapan tersebut berhubungan sikap proaktif dari petugas kesehatan dalam memberikan promosi kesehatan dan pengobatan yang terkait dengan NAPZA, melalui peningkatan pelayanan yang menyeluruh pada semua lapisan masyarakat.

Keluarga dalam penelitian ini juga mengharapkan pihak puskesmas untuk selalu tanggap dan proaktif terhadap segala permasalahan yang dialami oleh keluarga yang memiliki anak pengguna NAPZA. Pendapat Swanson dan Nies (1999)

puskesmas dapat memberikan pelayanan pada masyarakat dengan menekankan pada program prevensi primer, sekunder, dan tersier.

Perawat komunitas dapat berperan dalam mengatasi dampak penyalahgunaan NAPZA di dalam keluarga dan masyarakat dengan melakukan pelayanan kesehatan yang mengutamakan pencegahan primer, sekunder, dan tersier.

Pencegahan primer yang dapat dilakukan oleh perawat komunitas berupa program pencegahan: (1) informasi dan advokasi, (2) pendidikan, (3) pengadaan alternatif. Kegiatan pencegahan primer terutama dilaksanakan dalam bentuk penyuluhan, penerangan dan pendidikan seperti: (1) penyuluhan tatap muka yang berupa ceramah, diskusi, seminar tentang NAPZA, (2) penyuluhan NAPZA dengan mengintegrasikan ke dalam kegiatan masyarakat seperti arisan, pengajian, dan pertemuan rutin tokoh masyarakat, (3) pendidikan pencegahan dengan mengintegrasikan pendidikan NAPZA dengan melakukan penyuluhan kesehatan tentang pencegahan NAPZA di dalam lingkungan sekolah SD, SMP, dan SMA, (4) pendidikan kepada orangtua tentang mengasuh anak yang baik dengan meningkatkan komunikasi keluarga, meningkatkan nilai-nilai yang kuat, serta meningkatkan harga diri anak dan pencegahan penyalahgunaan NAPZA melalui kegiatan olahraga, kesenian dan keagamaan.

Pencegahan sekunder ditujukan terutama kepada orangtua yang memiliki anak-anak yang sudah mulai mencoba-coba NAPZA di sekolah atau di luar sekolah, serta sektor masyarakat yang dapat membantu pengguna NAPZA berhenti dari penyalahgunaan NAPZA sebelum terlambat. Kegiatan pencegahan sekunder yang dapat dilakukan oleh perawat komunitas berupa deteksi secara dini terhadap anak yang melakukan Penyalahgunaan NAPZA, konseling perorangan, dan keluarga penyalahgunaan NAPZA melalui kunjungan rumah.

Pencegahan tersier yang dapat dilakukan oleh perawat komunitas mempunyai tujuan untuk membantu korban NAPZA dalam pengobatan dan pemulihan kondisi fisik, mental, moral dan sosial sehingga pengguna NAPZA kembali kepada

masyarakat dalam keadaan sehat dan dapat menjalankan fungsi sosialnya. Kegiatan pencegahan tersier dilaksanakan dalam bentuk bimbingan sosial dan konseling terhadap pengguna dan keluarga, menciptakan lingkungan sosial dan pengawasan sosial sehingga mantan pengguna NAPZA memiliki keinginan untuk sembuh serta pembinaan orangtua, keluarga, teman sebaya dimana pengguna NAPZA tinggal agar siap menerima mantan pengguna dan keluarganya dengan baik, memperlakukan dengan wajar dan ikut membina dan mengawasi agar tidak kembali menggunakan NAPZA. Kegiatan yang lain yang dapat dilakukan oleh perawat komunitas adalah dengan membentuk *social support group* yang merupakan bagian masyarakat yang di bentuk untuk memberikan dukungan, perhatian, materi pada populasi keluarga pengguna NAPZA.

Peran perawat komunitas sebagai salah satu tenaga profesional dibidang kesehatan, mempunyai peran dalam upaya pencegahan dan penanggulangan penyalahgunaan NAPZA. Sesuai dengan konsep teori menurut beberapa ahli yaitu beberapa ahli : (Anderson & Mc. Farlane, 2004) ; Leavell dan Clark 1998, dalam Hitchcock, Scubert dan Thomas (1999), ada tiga tingkat pencegahan dan penanggulangan penyalahgunaan yang dapat dilakukan oleh perawat komunitas yaitu pencegahan primer, pencegahan sekunder dan pencegahan tersier. Hasil penelitian ini menemukan belum optimalnya strategi intervensi keperawatan komunitas melalui tiga level pencegahan yaitu primer sekunder dan tersier.

5.2. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini masih memiliki keterbatasan, diantaranya adalah:

1. Masalah penyalahgunaan NAPZA dalam sebuah keluarga merupakan masalah yang sensitif, menyangkut nama baik keluarga bahkan aib keluarga. Selama proses penelitian ditemukan beberapa data dari anggota keluarga yang lain, tetapi tidak disampaikan oleh partisipan.
2. Peneliti sering mengalami kesulitan untuk berkonsentrasi mendengarkan pernyataan partisipan dan menuliskan respon non verbal partisipan. Peneliti juga belum mampu berpikir cepat dalam mencerna pernyataan yang diberikan partisipan dan kemudian menanyakan pertanyaan berikutnya untuk menggali

fenomena lebih dalam. Diperlukan metode lain yang dapat mendokumentasikan segala sesuatu yang terjadi selama proses penelitian tetapi atas izin partisipan.

3. Kurangnya pengalaman dalam melakukan analisis data kualitatif menyebabkan peneliti mengalami kesulitan terutama saat menentukan tema dan sub tema dari hasil penelitian. Keterbatasan waktu juga mempengaruhi dalam melakukan analisis deskripsi narasi dan pembahasan yang kurang mendalam.
4. Peneliti juga mengalami keterbatasan dalam mendapatkan referensi artikel penelitian kualitatif tentang pengalaman keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA, sehingga mempengaruhi pengamatan fenomena dari perspektif fenomena hasil penelitian sebelumnya.

5.3. Implikasi dalam Keperawatan

Penelitian ini memiliki beberapa implikasi pelayanan keperawatan komunitas dan perkembangan ilmu keperawatan komunitas

1. Pelayanan keperawatan komunitas

Penelitian ini menghasilkan informasi yang sangat penting bahwa peristiwa yang dialami keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA akan merasakan kesedihan secara terus menerus dan menimbulkan berbagai beban di dalam keluarga yang dapat mempengaruhi sistem keluarga tersebut. Sehingga hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi dasar pengembangan format pengkajian deteksi secara dini masalah biopsikososial pada keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA. Informasi lain yang diperoleh dalam penelitian ini adalah adanya unsur pemberdayaan, kekuatan, dukungan dan harapan keluarga yang sangat dibutuhkan untuk menciptakan kemampuan keluarga dalam mengatasi masalah yang adaptif. Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar pengembangan intervensi pemberdayaan keluarga dalam bentuk terapi spesialis yang dapat diberikan oleh perawat spesialis komunitas.

2. Perkembangan ilmu keperawatan komunitas

Penelitian ini menghasilkan berbagai informasi bahwa keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA mempunyai berbagai pengalaman yang bersifat psikososial yang dapat mempengaruhi kesehatan individu, kestabilan dan dinamika keluarga. Berdasarkan hal tersebut, maka hasil penelitian ini dapat memperkaya referensi tentang pengalaman keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA dalam konteks keperawatan, selain itu hasil penelitian ini dapat memperkuat konsep, teori dan hasil penelitian yang telah ada.

3. Pendidikan Keperawatan

Penelitian ini menghasilkan gambaran tentang cara yang harus dikuasai keluarga untuk menghadapi hambatan yang berkaitan dengan penyalahgunaan NAPZA, seperti kemampuan pemberdayaan keluarga, penggunaan mekanisme koping dan kemampuan melakukan modifikasi perawatan keluarga dan komunitas yang dapat diberikan oleh perawat melalui pelayanan kesehatan maupun lembaga pelayanan masyarakat. Hal tersebut menjadi informasi dasar dalam menyusun kurikulum yang tepat dalam pembelajaran asuhan keperawatan komunitas dalam konteks keluarga pada jenjang pendidikan keperawatan, sehingga kelak dapat diimplementasikan oleh perawat dalam melakukan intervensi kepada keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA.

4. Penelitian keperawatan komunitas dan Keluarga

Penelitian ini telah mengidentifikasi dampak perasaan berduka berupa jenis-jenis beban yang dirasakan keluarga selama mempunyai anak pengguna NAPZA yang akan menimbulkan berbagai hambatan dan mempengaruhi optimalisasi keluarga dalam memberikan perawatan kepada pengguna NAPZA. Berbagai bentuk beban keluarga tersebut dapat digunakan sebagai wacana dasar dalam penelitian psikoedukasi keluarga yang memiliki anak pengguna NAPZA. Penelitian ini juga menghasilkan informasi tentang cara keluarga menghadapi masalah selama anak masih menggunakan NAPZA

ternyata dapat dilakukan dengan menggunakan berbagai metode. Diharapkan informasi ini dapat menambah dan memperkaya wacana untuk pengembangan penelitian pola adaptasi keluarga dalam mempertahankan stabilitas sistem keluarga

5. Kebijakan Pemerintah Terkait dengan Penelitian

Penelitian ini menghasilkan informasi terkait harapan keluarga terhadap pemerintah khususnya Departemen kesehatan, aparat keamanan dalam membuat kebijakan baik yang berhubungan dengan fasilitas kesehatan maupun kebijakan dalam menangani masalah pelanggaran perilaku yang dilakukan oleh pengguna NAPZA.

Hasil penelitian ini juga menyoroti tentang respon masyarakat terkait dengan publik stigma tentang keberadaan pengguna NAPZA dalam keluarga. yang menimbulkan hambatan bagi keluarga, dimana keluarga akan membatasi interaksi sosial dengan lingkungan. Penelitian ini dapat menjadi wacana bagi pemerintah khususnya di bidang kesehatan untuk membangun suatu kebijakan tentang *health promotion* mengenai NAPZA yang merata sampai lapisan masyarakat paling bawah, yang dapat mengatasi *stigma* bagi keluarga yang memiliki anak pengguna NAPZA.

Penelitian ini juga menemukan bahwa beban finansial yang dialami keluarga selama merawat dan memenuhi kebutuhan anak dengan pengguna NAPZA sangat berat, sehingga dikhawatirkan keterbatasan kemampuan ekonomi keluarga dapat mempengaruhi upaya keluarga dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan bagi anak Pengguna NAPZA yang tidak murah. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi wacana bagi pemerintah untuk mengembangkan program pelayanan gratis dan menyediakan lapangan pekerjaan bagi mantan pengguna NAPZA.

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

Bab ini merupakan penutup yang menggambarkan tentang kesimpulan dari temuan penelitian dan saran yang merupakan tindak lanjut dari penelitian ini.

6.1. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan uraian pembahasan pada bab sebelumnya, maka dapat disimpulkan bahwa arti dan makna pengalaman keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA dalam menjalani kehidupan bermasyarakat di Kelurahan Palmerah Jakarta Barat, adalah sebagai berikut:

1. Penelitian ini menghasilkan tujuh tema penelitian yaitu perasaan keluarga, stigma, mekanisme koping didalam keluarga, beban keluarga, mengatasi masalah, dukungan yang diperoleh keluarga, harapan keluarga terhadap pihak-pihak terkait.
2. Keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA dalam menjalani kehidupan bermasyarakat akan mengalami proses berduka yang mendalam, berkepanjangan serta berulang-ulang melalui tahapan yaitu menyangkal, tawar menawar (*bargaining*), kesedihan mendalam dan diakhiri dengan tahapan menerima. Upaya penyelesaian masalah yang dilakukan oleh keluarga adalah dalam bentuk koping yang adaptif seperti mengalihkan kesedihan, peningkatan spiritual dan menerima kenyataan. Namun keluarga juga melakukan koping yang maladaptif seperti menutupi, menghindar dari masalah dan berkorban. Keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA akan mengalami berbagai beban diantaranya diantaranya adalah beban fisik, ekonomi, sosial, dan psikologis serta mengalami *stigma* dan diskriminasi sosial.

3. Keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA merupakan sebagai sebuah sistem yang membutuhkan dukungan baik dari dalam keluarga maupun sistem sosial yang lebih besar. Adapun dukungan yang dirasakan keluarga teridentifikasi bahwa keluarga tidak menerima dukungan sosial hanya menerima dukungan dari keluarga dalam bentuk bentuk dukungan moril, spiritual dan finansial dan jenis dukungannya berupa informasional.
4. Pemberian nasehat yang dilakukan oleh keluarga, masyarakat, dan tokoh agama kepada keluarga yang anak pengguna NAPZA dirasakan oleh partisipan dapat memberikan kedamaian secara emosional, sementara dukungan instrumental sebagai perwujudan pemberian bantuan langsung dalam bentuk bantuan finansial dimana keluarga sangat membutuhkan dukungan finansial untuk biaya pengobatan pengguna NAPZA .
5. Harapan keluarga dalam penelitian ini berkaitan dengan sikap dan perhatian dari keluarga besar, masyarakat, aparatur, petugas kesehatan dan fasilitas. Harapan terhadap keluarga besar adalah sikap yang biasa-biasa saja dari masyarakat saat berinteraksi dengan keluarga maupun pengguna NAPZA, tidak memberikan stigma serta sikap yang proaktif dan tegas dari aparat dalam upaya pemberantasan NAPZA diwilayah mereka. Harapan yang lain yaitu terhadap petugas kesehatan dan fasilitas kesehatan yang menginginkan pelayanan yang menyeluruh sampai kelapisan bawah serta mengharapkan layanan fasilitas gratis bagi pengguna.

6.2. Saran

Saran yang dapat disampaikan kepada pihak-pihak yang terkait dengan keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA di masyarakat yaitu:

6.2.1. Pengambil Kebijakan

1. Pemerintah melalui instansi kesehatan hendaknya dapat menetapkan kebijakan untuk mengatasi adanya publik stigma di masyarakat tentang pengguna NAPZA dan keluarganya yang meliputi upaya sosialisasi media promosi kesehatan terkait dengan NAPZA yang dapat memberikan informasi

lengkap dan dapat dipahami oleh masyarakat khususnya *population at risk* NAPZA yang merata sampai kelapisan masyarakat yang paling bawah.

2. Pemerintah hendaknya menyediakan layanan kesehatan terkait dengan NAPZA yang menyeluruh melalui layanan rehabilitasi di puskesmas tingkat kelurahan maupun tingkat kecamatan.
3. Perlu adanya layanan rehabilitasi bagi pengguna NAPZA serta system monitoring dan evaluasi yang baik dari pemberi layanan kesehatan (Puskesmas).

6.2.2. Pelayanan Keperawatan Komunitas

1. Perawat spesialis komunitas dapat menggunakan hasil penelitian ini untuk penyusunan program dan terlibat aktif dalam pencegahan primer, sekunder, dan tersier terkait NAPZA baik kepada sekolah-sekolah, keluarga, dan masyarakat.
2. Peningkatan kompetensi keperawatan puskesmas, guru bimbingan konseling dan UKS dalam penyusunan program pencegahan dan penanggulangan penyalahgunaan NAPZA melalui seminar, ceramah serta diskusi pendidikan dan pelatihan.
3. Peningkatan layanan program pencegahan dan penanggulangan NAPZA melalui penyediaan akses pelayanan kesehatan keluarga di tingkat masyarakat, melalui strategi:
 - a. Pelayanan konsultasi dan advokasi keluarga, serta pendampingan bagi keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA yang mengalami masalah biopsikososial.
 - b. Pelayanan kelompok / populasi *at risk* keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA dengan memberikan pendidikan kesehatan khususnya kelompok yang beresiko terhadap penyalahgunaan NAPZA dan penanggannya.
4. Layanan masyarakat terkait penyalahgunaan NAPZA dengan bekerjasama dengan seluruh komponen yang ada di masyarakat, seperti :tenaga kesehatan, BNN, tokoh masyarakat, tokoh agama, lembaga swadaya masyarakat serta pihak swasta pemerhati dan penggerak masalah NAPZA

5. Penempatan perawat spesialis komunitas di lembaga pemberi pelayanan NAPZA (BNN).
6. Pembentukan *social group system* untuk memberikan dukungan dan perhatian pada populasi pengguna NAPZA.

6.2.3. Peneliti

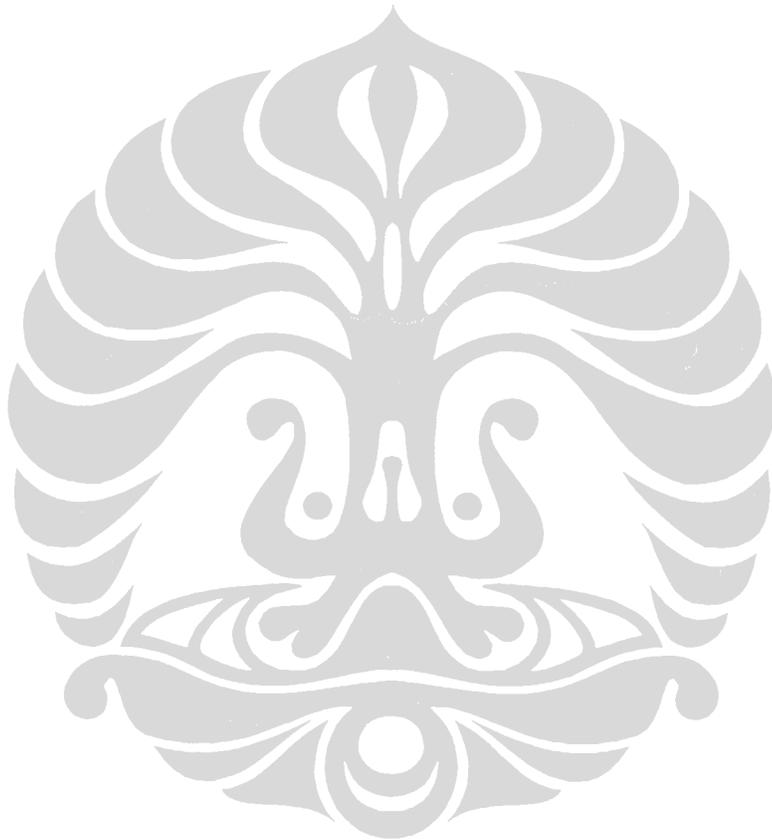
1. Untuk mengatasi kesulitan dalam konsentrasi mendengarkan pernyataan partisipan dan menuliskan respon non verbal partisipan diperlukan alat dan metode pengumpulan data yang lain seperti: Handycam, selama partisipan menyetujui.
2. Perlunya peningkatan kompetensi peneliti melalui latihan uji wawancara terhadap partisipan sehingga peneliti mampu melihat fenomena apa adanya yang terjadi pada partisipan.

6.2.4. Penelitian Keperawatan Komunitas

Peneliti menyarankan untuk melanjutkan penelitian tentang pengalaman keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA dengan jumlah partisipan yang lebih banyak dan dilakukan di beberapa tempat di wilayah DKI Jakarta sehingga dapat menghasilkan data yang lebih kompleks, variatif dan lebih mewakili.

1. Penelitian Kualitatif
 - a. Peneliti menyarankan untuk melanjutkan dan menggali lebih dalam tentang pemberdayaan keluarga dalam mengelola berbagai beban yang dihadapi sebagai dampak yang dirasakan keluarga yang mempunyai anak pengguna NAPZA melalui penelitian kualitatif lain, seperti *action research* terkait dengan pemberdayaan keluarga dalam menghadapi beban yang dirasakan selama merawat anak yang menggunakan NAPZA.
 - b. Penelitian kualitatif *grounded theory* tentang pola adaptasi keluarga selama merawat anak pengguna NAPZA yang sudah dalam tahap kecanduan di masyarakat.
 - c. Penelitian Etnografi tentang gambaran budaya masyarakat betawi dalam mengatasi masalah penyalahgunaan NAPZA.

2. Penelitian Kuantitatif
 - a. Penelitian lebih lanjut tentang hubungan antara keberfungsian keluarga dengan terjadinya penyalahgunaan NAPZA.
 - b. Penelitian lebih lanjut tentang keefektifan penggunaan layanan pondok pesantren sebagai pengobatan alternative.



DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah, S. (2003). *Kampanye Sosial dalam Penanggulangan Narkoba di Wilayah DKI Jakarta*. Jakarta : Penerbit Program Paska Sarjana UI.
- AHRN/WHO. (2001). *Survey Penyalahgunaan NAPZA di Indonesia*. Jakarta : AHRN.
- AHRN/WHO. (2003). *Buku Panduan untuk Pencegahan HIV yang Efektif Diantara Pengguna NAPZA*. Jakarta : AHRN.
- Alatas, H. (2001). *Penanggulangan Korban Narkoba*. Fakultas Kedokteran-Universitas Indonesia. Jakarta : Balai Penerbit FK-UI
- Amriel, R.I. (2008). *Psikologi Kaum Muda Narkoba*. Jakarta: Salemba Humanika.
- Anderson, E.T., & Mc Farlane, J. (2004). *Community As Partner : Theory and Practice in Nursing*, 4 th edition. Philadelphia: Lippincott .
- Asih, I.D. (2005). *Fenomenologi Husserl Sebuah Cara Kenbali Ke Fenomena*. Jurnal Keperawatan Indonesi Fakulat Keperawatan Indonesia. *Volume 9 No. 2*.
- Badan Narkotika Nasional Republik Indonesia. (2005). *Materi Advokasi Pencegahan Narkoba*. Jakarta: BNN.
- Badan Narkotika Nasional Republik Indonesia. (2006). *Hasil Survei penyalahgunaan NAPZA pada kelompok pelajar dan mahasiswa di Indonesia tahun 2006*. Jakarta: Puslitbang dan Info Lakhar BNN.
- Badan Narkotika Nasional Republik Indonesia. (2007). *Kumpulan Hasil Penelitian Penyalahgunaan dan Peredaran Gelap Narkoba di Indonesia*. Jakarta: Puslitbang dan Info Lakhar BNN
- Badan Narkotika Nasional Republik Indonesia. (2008). *Survey Ekonomi akibat Penyalahgunaan dan Peredaran Gelap Narkoba di Indonesia*. Jakarta: Puslitbang dan Info Lakhar BNN
- Badan Narkotika Nasional Republik Indonesia. (2009). *Sebuah Ikrar Pembersihan*. *Jurnal BNN*, Edisi 5.
- Badan Narkotika Nasional Republik Indonesia. (2009). *Menjangkau dan Mendampingi Korban Narkoba*. *Jurnal BNN*, Edisi 7.
- Badan Narkotika Nasional Republik Indonesia. (2009). *Undang –Undang No. 35 Tahun 2009 Tentang Narkotika*. *Jurnal BNN*, Edisi 8.

- Badan Narkotika Nasional Republik Indonesia. (2009). *Penjelasan Undang – Undang No. 35 Tahun 2009 Tentang Narkotika*. Jurnal BNN, Edisi 9.
- Badan Narkotika Nasional Republik Indonesia. (2009). *Undang Menangkal Narkoba Dari Persia..* Jurnal BNN, Edisi 10.
- Badan Narkotika Nasional Republik Indonesia. (2009). *Komitmen Negara – Negara Anggota Colombo Plan Selamatkan Pecandu Narkotika*. Jurnal BNN, Edisi 12.
- Baylon, S.G. & Maglaya, A.S. (1997). *Family health Nursing: The Process*. Philipines: UP
- Bottorff, J.L. & Ratner, P.A. & Johnson, J.L. & Lovato, C. Y & Joab, S.A. (1995). *Uncertainties and Challenges, Communicating Risk in The Context of Familial Cancer*, Canada: The University of British Coloumbia.
- Budi, S. (2009). *Tentang Pengalaman Mantan Pengguna Dalam Penyalahgunaan Narkoba Suntik Di Kota Palembang*. Diakses dari : <http://www.digilib.ui.ac.id/opac/themes/libri2/> pada tanggal 8 maret
- Chairani, R. (2006). *Efektifitas Kelompok Swabantu Remaja terhadap Pencegahan Risiko Perilaku Penyalahgunaan NARKOBA di SMU/SMK/MA se-kec. Mampang Prapatan Jakarta Selatan*. Program Magister Ilmu Keperawatan FIK-UI : Thesis : tidak dipublikasikan
- Creswell, J.W. (1998). *Qualitative Inquiri and Research design : choosing among* (5th Ed.), United Status America (USA): Sage Publication Inc.
- Corrigan & Watson. (2003). *Family and cycle stigma*. <http://pubmedcentral.nih> Diakses tanggal 6 Maret 2010.
- Clemen-Stone, S., McGuire, S.L., & Eigsti, D.G. (2002). *Comprehensive Community Health Nursing: Family, Aggregate, & Community Practice*, 6th edition. St. Louis: Mosby, Inc.
- Depkes RI (1998). *Buku Pedoman Praktis Bagi Petugas Kesehatan Mengenai Penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat adiktif lainnya (NAPZA)*. Jakarta.
- Depkes (2005) *Kebijakan dan Program Pencegahan & Penanggulangan NAPZA*. Jakarta.
- Evidence from Malaysia Penggunaan NAPZA. (2006). *European Journal of Social Sciences* , (11) (3)
- Evans. (2004). *Tentang Dinamika Pemulihan Dari Ketergantungan Narkoba Dalam Kaitannya Kompetensi Diri*. Diakses dari <http://www.digilib.ui.ac.id/opac/themes/libri2/> pada tanggal 8 maret 2

- Friedman, et. all. (2003). *Family Nursing: Research, Theory and Practice*. (Fifth Edition). New Jersey: Prentice Hall.
- Hawari, Dadang. (1991). *Penyalahgunaan Narkotika dan Zat Adiktif*. Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Hawari, Dadang. (2001). *Penyalahgunaan dan Ketergantungan NAPZA*, Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Hawari, Dadang. (2009). *Penyalahgunaan NAPZA*. Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Hadiman. (2001). *Menguak Misteri Maraknya Narkoba di Indonesia*. Jakarta : Mitra Binmas.
- Hayes, Michael,V. (1992). *On The Epistemology of Risk: Language, Logic and Social Science*.Canada: Simon Fraser University.
- Helvie.C.O. (1998). *Advanced Practice Nursing in The Community*, Sage Publications Thousand Oaks London. New Delhi.
- Hikmat (2008). *Generasi Muda : Awas Narkoba*. Bandung : Alfabeta.
- Hitchcock,JE., Scubert, PE., & Thomas, SA (1999). *Community Health Nursing : Caring in action. USA : Delmar Publisher*.
- ILO. 2004. Anak-anak dalam Perdagangan dan Produksi Obat-obatan Terlarang di Jakarta. Jakarta.
- Joewana, Satya. (2005). *Gangguan Mental dan Perilaku akibat Penggunaan Zat Psikoaktif (Penyalahgunaan NAPZA/Narkoba)*. Jakarta: EGC.
- Kamil, Oktavery. (2004). *Pencegahan HIV/AIDS pada Kelompok Pengguna Narkoba Suntik*. Tesis.FISIP-UI (Tidak Dipublikasikan).
- Kubler- Ross, E. (2005). *On grief and greiving: finding the meaning of grief through the five stages of loss*. <http://proquest.umi.com/pqdweb> diakses tanggal 10 Juni 2010.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A. J., Burke, K., Bouchal, D. S. R.,Hirst, S. P. (2004). *Fundamentals of nursing. 3rd Edition*. Toronto : Prentice Hall.
- Lazarus, S. R, & Folkman, S. (1999). *Stress appraisal and coping*. New York : Publishing Compani.
- Lazarus, S. R, (2000). *Stress appraisal and coping*. New York : Springer Publications.
- Martono, L.J. (2006). *Pencegahan dan Penanggulangan Narkoba di Sekolah*. Jakarta : PT. Rosda Karya .

- Mc.Murray, A., (2003). *Community Health and Wellness : A Sociological approach*. Toronto : Mosby.
- Mengko,Marco *et. all.* (2003). *Pengaturan Tentang Penanggulangan Masalah Narkotika dan Psicotropika di ASEAN*. Jakarta. Penerbit Program Paska Sarjana Unika Atmajaya.
- Partodiharjo, Subagyo. (2008). *Kenali Narkoba dan Musuhi Penyalahgunaannya*. Jakarta : PT Gelora Aksara Utama.
- Patton. (1990). *Qualitative Evalution and Research Methods*. Newbury Park,CA: Sage.
- Pender, N.J, Murdaug, C.L., & Parsons, M.A. (2002). *Health promotion in nursing practice*. 4th ed. Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Poerwandari, E.K. (2007). *Pendekatan Kualitatif untuk Penelitian Perilaku Manusia*. Jakarta : LPSP3. Fakultas Psikologi Universitas Indonesia.
- Polit,D.F., & Hungler,B.P. (1999). *Nursing Research : Principles and Methods*. (6th Ed).. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit,D.F., Beck, C.T., & Hungler,B.P. (2001). *Essensial of Nursing Research: Methods, Appraisal and Utilization*. St.Louis: Mosby Year Book Inc.
- Priyatna, Eka. (2007). *Pelaksanaan tugas konselor dalam kegiatan therapeutic community di Lapas Kelas II. A Jakarta*. Diakses dari <http://www.digilib.ui.ac.id/opac/themes/libri2/> pada tanggal 8 maret 2010
- Purwanto, (2007). *Mengenal dan Mencegah Bahaya Narkoba*. Bandung : Pionir Jaya.
- Rina Widiastuti. (2009) *Jakarta Barat Surga Peredaran Ganja*. <http://www.tempointeraktif.com>, di peroleh 27 Maret 2010.
- Riza . (2001). *Tentang Faktor Pengasuhan Dalam Etiologi Gangguan Yang Berhubungan Dengan Zat (Perbandingan Antara Keluarga Yang Terlibat Gangguan Yang Berhubungan Dengan Zat Dengan Keluarga Yang Anaknya Tidak Terlibat Di Jakarta*. Diakses dari <http://www.digilib.ui.ac.id/opac/themes/libri2/> pada tanggal 8 maret 2010
- Rulianthina, Pramudya. (2008). *Strategi Adaptasi Psikososial dan Ekonomi pada Odha dan Keluarga karena Jarum Suntik*. Diakses dari <http://www.digilib.ui.ac.id/opac/themes/libri2/> pada tanggal 8 maret 2010
- Semenza, J.C., Jonathan S., Davide M. (2008). Intervening On High-Risk Or Vulnerable Populations. *American Journal of Public Health*, (98) (8) 1351-1352.

- Shirley, M. H. H. (1996). *Family Health Care Nursing : Theory, Practice, and Research*. Philadelphia : F. A Davis Company
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (2004). *Community health nursing : Promoting health of aggregates, families and individuals*, 4 th ed. St.Louis : Mosby, inc.
- Streubert, H.J.& Carpenter,D.R. (1999). *Qualitative Research in Nursing : Advancing the Humanistic Imperative*. Philadelphia : Lippincott
- Stuart, GW., Laraira,MT. (1998). *Principles and Paractice of Psychiatric Nursing*. St.Louis. Missory : Mosby.
- Sudirman. (1999). *Gambaran Umum Mutakhir Penanggulangan Penyalahgunaan NAPZA*. Makalah disajikan pada simposium P2-NAPZA : Bandung.
- Sugiyono. (2007). *Metode Penelitian Administratif*. (Edisi Ke-12). Bandung: Albeta
- Sugiyono. (2009). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif Dan R&D*. (Edisi Ke-6). Bandung: Albeta.
- Suherman. (2003). *Dampak Narkoba Terhadap Proses Belajar*. Diakses dari <http://www.digilib.ui.ac.id/opac/themes/libri2/> pada tanggal 8 maret 2010
- Syarief, Fatimah. (2008). *Bahaya Narkoba di Kalangan Pemuda*. Jakarta.
- Swanson, J.M., Mary A.Nies.M.A. (1999). *Community Health Nursing: Promoting The Health of Aggregates*. 2rd Ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Tambunan. (2003). *Kualitatif*. diakses dari <http://www.rumahbelajarpsikologi.com>. diperoleh 12 Maret 2009
- Tarkington. (2009). *Teen Substanceabuse and the Effects On TheFamily*. Diakses dari (http://www.who.int/substance_abuse/) diperoleh 12 Maret 2009
- Tasman (2005). *Hubungan Lingkungan Eksternal Remaja dengan Risiko Penyalahgunaan NAPZA pada siswa di SMA/SMK kec. Beji Depok* : Thesis Program Magister Ilmu Keperawatan FIK-UI : tidak dipublikasikan
- UNAIDS/ WHO (2003), *AIDS Epidemisc Update*, UNAIDS ; 39 hlm.
- UNODC. 2004. *Bulletin on Narcotics, Vol. LV, No.1&2/2003*. Viena : UNODC Press
- UNODC (2008). *Data Kasus NAPZA di Indonesia*. Jakarta : UNODC

- Utami Chandra Muji. (2005). *Manajemen Konflik Antar Pribadi Dalam Keluarga*. Diakses dari <http://www.digilib.ui.ac.id/opac/themes/libri2/> pada tanggal 8 maret 2010
- Wiedyayatiningsih, Eka. (2003). *Kerjasama ASEAN dalam penanggulangan lalulintas perdagangan Narkoba*. Diakses dari <http://www.digilib.ui.ac.id/opac/themes/libri2/> pada tanggal 8 maret 2010.
- Wresniwiro, *et. all.* (2005). *NAPZA, Musuh Bangsa – bangsa*. Jakarta: Mitra Bintibmas
- Yu Huang, C.& Sousa, VD. (2009). *Stressors, social support, depressive symptoms and general health status of Taiwanese caregivers of persons with stroke or Alzheimer's disease*. *Journal of Clinical Nursing*

