



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN RESILIENSI DAN KEBERFUNGSIAN
KELUARGA PADA REMAJA PECANDU NARKOBA YANG
SEDANG MENJALANI PEMULIHAN**

*(Correlation between Resilience and Family Functioning of Drug's
Addict Adolescences who are Recovering)*

SKRIPSI

KARSIYATI

0806345013

**FAKULTAS PSIKOLOGI PROGRAM
STUDI SARJANA REGULER DEPOK
JULI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN RESILIENSI DAN KEBERFUNGSIAN
KELUARGA PADA REMAJA PECANDU NARKOBA
YANG SEDANG MENJALANI PEMULIHAN**

*(Correlation between Resilience and Family Functioning of
Drug's Addict Adolescences who are Recovering)*

SKRIPSI

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Memperoleh Gelar
Sarjana**

KARSIYATI

0806345013

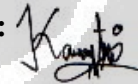
**FAKULTAS PSIKOLOGI PROGRAM
STUDI SARJANA REGULER DEPOK
JULI 2012**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

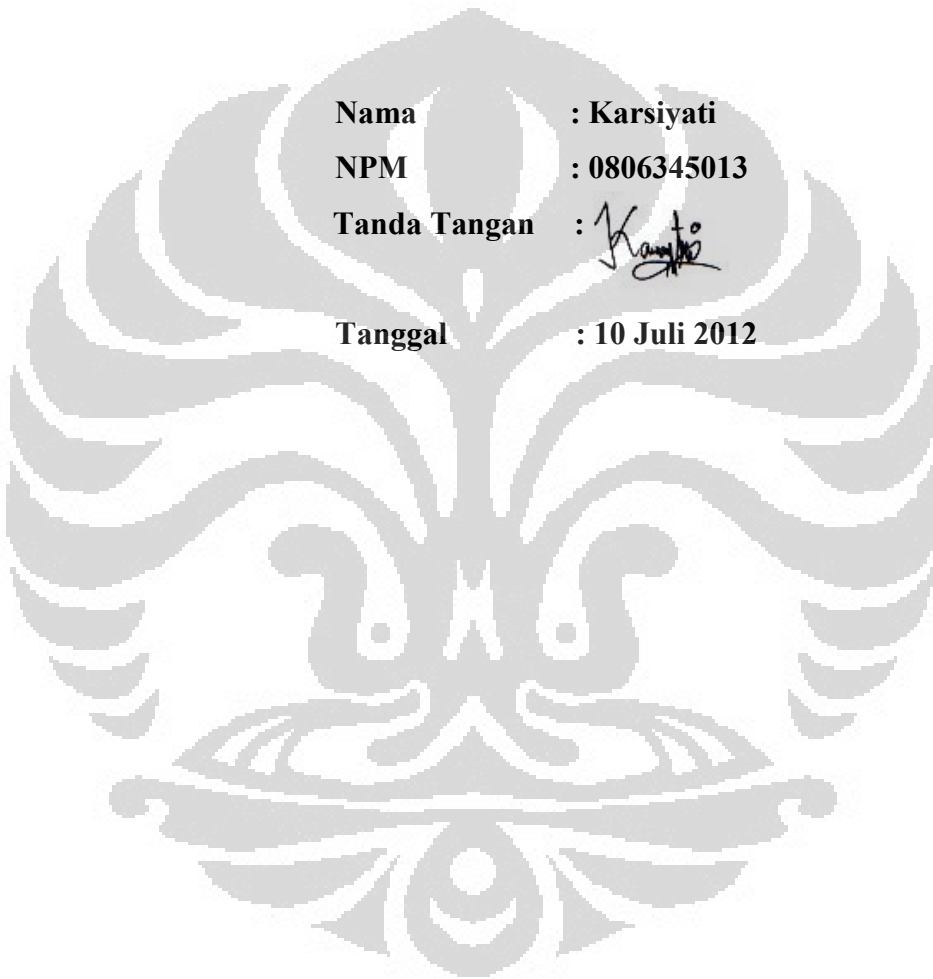
**Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Karsiyati

NPM : 0806345013

Tanda Tangan : 

Tanggal : 10 Juli 2012



HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh

Nama	Karsiyati
NPM	0806345013
Program Studi	Psikologi
Judul Skripsi	Hubungan resiliensi dan keberfungsian keluarga pada remaja pecandu narkoba yang sedang menjalani pemulihan.

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Psikologi pada Program Studi Reguler, Fakultas Psikologi, Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dra. Diah Triarini Indirasari M.A. (

NJP.0800300003

Penguji 1 : Dr. Triandita Satrio M.Si.
NIP. 195701031985032001

Penguji 2 : Dra. Yudianta Ratna Sari, M.Si.
NIP. 196709191994032003

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 10 Juli 2012

DISAHKAN OLEH

Program Sarjana Fakultas Psikologi
Universitas Indonesia

Dekan Fakultas Psikologi
Universitas Indonesia



(Dr. Frieda Maryam Mangunsong Siahaan, M.Ed.)
NIP. 195408291980032001



(Dr. Wihnan Dahlan Mansoer, M.Ord.Psv.)
NIP. 194904031976031002

UCAPAN TERIMA KASIH

Alhamdulillahrabbi'l'aalamiin, puji syukur saya panjatkan kepada Allah SWT karena atas berkat dan rahmat-Nya saya dapat menyelesaikan skripsi ini. Penulisan skripsi ini ditujukan untuk memenuhi salah satu syarat mencapai gelar Sarjana Psikologi, Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa tanpa bantuan, bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak sejak awal perkuliahan hingga akhir penyusunan skripsi ini, sulit bagi saya untuk menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati saya ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Dra. Dyah Triarini Indirasari, M.A., pembimbing skripsi saya yang di tengah kesibukannya bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk membimbing saya dalam menyusun skripsi ini. Bersyukur memiliki pembimbing seperti Mba Ira, *"you are awesome"*.
2. Dra. Tri Iswardani A., M.Si. dan Dra. Yudiana Ratna Sari, M.Si. selaku dosen penguji yang telah banyak memberikan masukan untuk skripsi ini.
3. Dra. Sugiarti Musabiq M.Kes sebagai dosen payung penelitian keberfungsian keluarga yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk menjadi bagian dari payung ini.
4. Nathanael Elnadus Sumampouw, S.Psi,M.Psi, pembimbing akademis saya yang telah banyak membimbing dan membantu saya selama masa perkuliahan hingga penyelesaian skripsi ini.
5. Badan Narkoba (BNN) Lido Bogor yang telah memberikan izin pengambilan data. Para petugas di BNN Lido yang telah banyak membantu saya selama proses pengambilan data (Pak Bambang, Bro Cyko, Bro Lubis, Sis Wati, dan kawan - kawan yang tidak dapat saya sebutkan satu per satu), serta teman-teman residen yang telah bersedia membantu mengisi kuesioner penelitian ini.
6. Kedua orang tua tercinta yang selalu memberikan dukungan dalam berbagai hal, tak akan pernah cukup kata untuk melukiskan terima kasih saya.
7. Kakak saya yang telah banyak memberikan dukungan selama proses penyusunan skripsi ini.

8. Teman-teman payung 'FF' yang luar biasa. Usie, teman bimbingan yang rajin dan baik hati yang telah banyak memberikan bantuan serta dukungan selama proses pengerjaan skripsi ini. Vina, teman seperjuangan yang telah menemani perjalanan saya dalam mencari partisipan penelitian ini. Fitri, yang telah berbaik hati membantu mencari partisipan untuk *try out*. Mega dan Rinda yang seringkali mengingatkan dan memberikan semangat selama proses pengerjaan skripsi. Junisi dan Cendra yang juga seringkali memberikan dukungan untuk segera menyelesaikan skripsi ini. Terima kasih banyak untuk segala hal yang telah kita lewati bersama selama hampir satu tahun kebersamaan di payung 'FF' ini.
9. Teman-teman tersayang Puput, Ziada, Ovila, Dani, Hesti, Puti, Shinta, Kak Dewi, Kak Ewit, Rika, Anggita, Eja, Mul, Ardy, Andi yang telah banyak memberikan bantuan, dukungan dan motivasi selama proses pengerjaan skripsi.
10. Seluruh pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu per satu yang telah membantu proses penyusunan skripsi ini.
Akhir kata semoga Allah membalas kebaikan kalian dengan balasan yang terbaik. Semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan.

Depok, 10 Juli 2012

Karsiyati

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

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

Nama : Karsiyati
NPM : 0806345013
Program Studi : Reguler
Fakultas : Psikologi
Jenis Karya : Skripsi

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

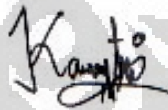
“Hubungan Resiliensi dan Keberfungsian Keluarga pada Remaja Pecandu Narkoba yang sedang Menjalani Pemulihan”

beserta perangkat (jika ada). Dengan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif ini, Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/ mengalihformatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, serta mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis atau pencipta dan juga sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 10 Juli 2012

Yang menyatakan,



(Karsiyati) NPM :
0806345013

ABSTRAK

Nama : Karsiyati
Program Studi : Psikologi
Judul : Hubungan Resiliensi dan Keberfungsian Keluarga pada Remaja Pecandu Narkoba yang sedang Menjalani Pemulihan

Penelitian ini dilakukan untuk melihat hubungan antara resiliensi dan keberfungsian keluarga pada remaja pecandu narkoba yang sedang menjalani pemulihan. Pengukuran keberfungsian keluarga dilakukan menggunakan alat ukur FAD (*Family Assessment Device*) yang disusun oleh Epstein, et al. (1983). sedangkan pengukuran resiliensi menggunakan RS (*Resilience Scale*) yang disusun oleh Wagild & Young (1993). Partisipan dalam penelitian ini berjumlah 40 remaja pecandu narkoba. Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan positif yang signifikan antara keberfungsian keluarga dan resiliensi pada remaja pecandu narkoba yang sedang menjalani pemulihan ($r = +0.376$, $p = 0.017^*$, signifikan pada L.o.S 0.05). Dari hasil perhitungan diketahui bahwa dimensi keberfungsian keluarga yang berpengaruh terhadap resiliensi adalah dimensi keterlibatan afektif dan kontrol perilaku dimana kontrol perilaku merupakan dimensi yang memiliki pengaruh paling besar terhadap resiliensi.

Kata Kunci:
Keberfungsian keluarga, resiliensi, pecandu narkoba

ABSTRACT

Name : Karsiyati
Program of Study : Psychologist
Title : Correlation between Resilience and Family Functioning of
Drug's Addict Adolescences who are Recovering

This research was conducted to find the correlation between family functioning and resilience of drug's addict adolescences who are recovering. Family functioning was measured using an instrument named FAD (Family Assessment Device) by Epstein (1983), while resilience was measured using instrument named RS (Resilience Scale) by Wagnild & Young (1993). The participants of this research are 40 adolescences who drug's addict in BNN (Badan Narkotika Nasional). The main results of this research show that family functioning have positively correlated significantly with resilience ($r = +0.376$, $p = 0.017^*$, significant at L.o.S 0.05). Affective involvement and behavior control is dimensions of family functioning that give influence to resilience. The result show that behavior control give biggest affect to resilience.

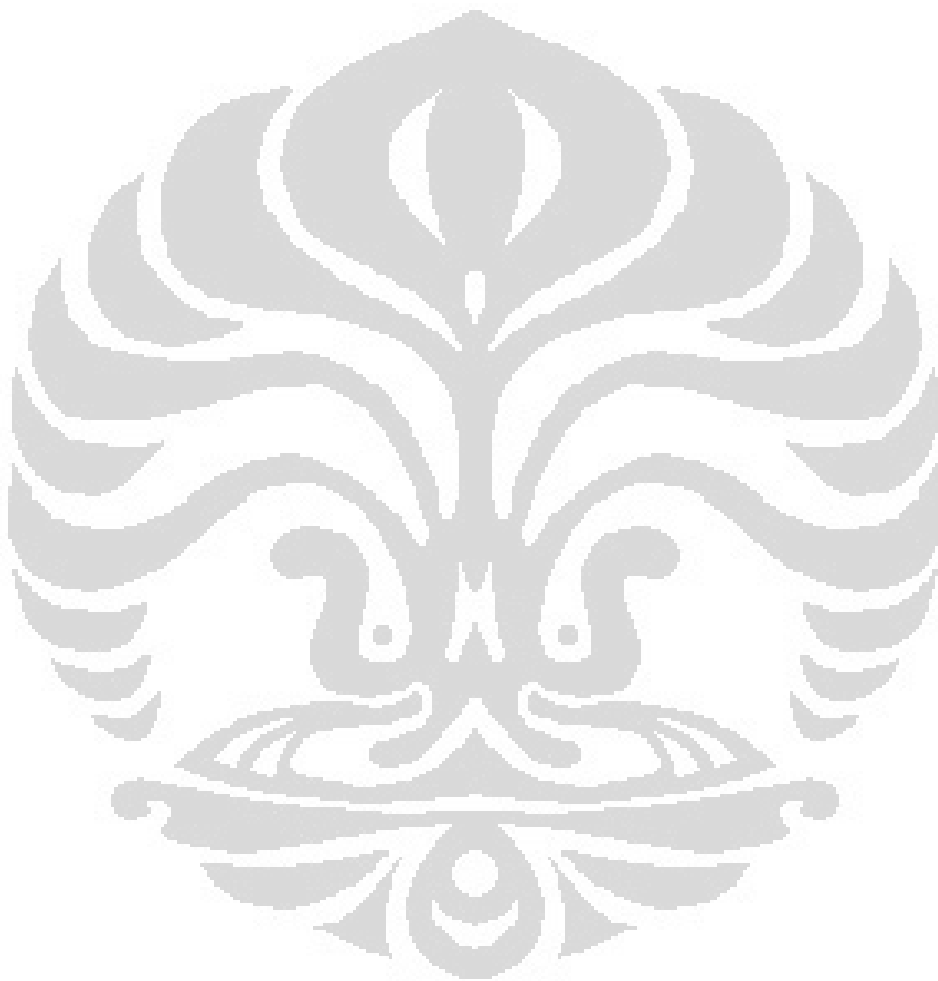
Keyword:
Family functioning, resilience, drug addict

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
UCAPAN TERIMA KASIH	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS.....	vi
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR BAGAN.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
 BAB 1 PENDAHULUAN	 1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Tujuan Penelitian	8
1.4 Manfaat Penelitian	8
1.5 Sistematika Penulisan	8
 BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	 10
2.1 Resiliensi	10
2.1.1 Definisi Resiliensi	10
2.1.2 Faktor yang Mempengaruhi Resiliensi	10
2.1.3 Karakteristik Resiliensi	13
2.2 Keluarga	14
2.2.1 Definisi Keluarga	14
2.2.2 Fungsi Keluarga	15
2.2.3 Keberfungsian Keluarga (<i>Family Functioning</i>)	15
-Pemecahan Kasalah (<i>problem solving</i>)	16
-Komunikasi (<i>Communication</i>)	17
-Peran Keluarga (<i>Family Roles</i>)	18
-Respon Afektif (<i>Affective Responsiveness</i>)	19
-Keterlibatan Afektif (<i>Affective Involvement</i>)	20
-Kontrol Perilaku (<i>Behavior Control</i>)	20
2.2.4 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Keberfungsian Keluarga	21
2.3 Ketergantungan Narkoba	22
2.4 Tahapan Pemulihan Ketergantungan Narkoba.....	23
2.5 Remaja dan Ketergantungan Narkoba	25
2.6 Dinamika Hubungan Keberfungsian Keluarga dan Resiliensi pada Pecandu Narkotika dan Psikotropika	27
 BAB 3 METODE PENELITIAN.....	 29
3.1 Permasalahan Penelitian.....	29

3.1.1 Masalah Konseptual	29
3.1.2 Masalah Operasional	29
3.2 Hipotesis Penelitian.....	29
3.2.1 Hipotesis Alternatif (Ha)	29
3.2.2 Hipotesis Nol (Ho)	30
3.3 Variabel Penelitian	30
3.3.1 Variabel 1	30
3.3.2 Variabel 2	30
3.4 Desain Penelitian.....	31
3.5 Tipe Penelitian	31
3.6 Partisipan Penelitian.....	31
3.6.1 Karakteristik Partisipan Penelitian	31
3.6.2 Jumlah Sampel	32
3.6.3 Teknik Pengambilan Sampel.....	33
3.7 Teknik Pengumpulan Data.....	33
3.8 Instrumen Penelitian.....	33
3.8.1 Alat Ukur Resiliensi	33
3.8.1.1 Adaptasi Alat Ukur Resiliensi	34
3.8.1.2 Metode Pengolahan Data	35
3.8.1.3 Uji Coba Alat Ukur	35
3.8.2 Alat Ukur Keberfungsian Keluarga.....	36
3.8.2.1 Metode Pengolahan Data	37
3.8.2.2 Adaptasi Alat Ukur Keberfungsian Keluarga	37
3.8.2.3 Uji Coba Alat Ukur Keberfungsian Keluarga.....	38
3.9 Prosedur Penelitian.....	39
3.9.1 Tahap Persiapan	39
3.9.2 Tahap Pelaksanaan	40
3.9.3 Tahap Pengolahan Data.....	41
3.10 Analisis	41
BAB 4 HASIL PENGOLAHAN	43
4.1 Gambaran Umum Partisipan	43
4.1.1 Gambaran Umum Karakteristik Partisipan.....	43
4.1.2 Gambaran Resiliensi.....	44
4.1.3 Gambaran Keberfungsian Keluarga	45
4.2 Hasil Utama Penelitian.....	46
4.2.1 Hubungan Resiliensi dan Keberfungsian Keluarga.....	46
4.2.2 Pengaruh Dimensi Keberfungsian Keluarga terhadap Resiliensi	47
4.3 Hasil Tambahan Penelitian	48
4.3.1 Gambaran Resiliensi dan Keberfungsian Keluarga Berdasarkan Data Karakteristik Partisipan	48
BAB 5 KESIMPULAN, DISKUSI, DAN SARAN	51
5.1 Kesimpulan	51
5.2 Diskusi	52
5.2.1 Diskusi Hasil Utama Penelitian.....	52
5.2.2 Diskusi Hasil Tambahan Penelitian	54

5.2.3 Diskusi Metodologis	55
5.3 Saran.....	56
5.3.1 Saran Metodologis.....	56
5.3.2 Saran Praktis.....	56
DAFTAR PUSTAKA.....	58
LAMPIRAN.....	62

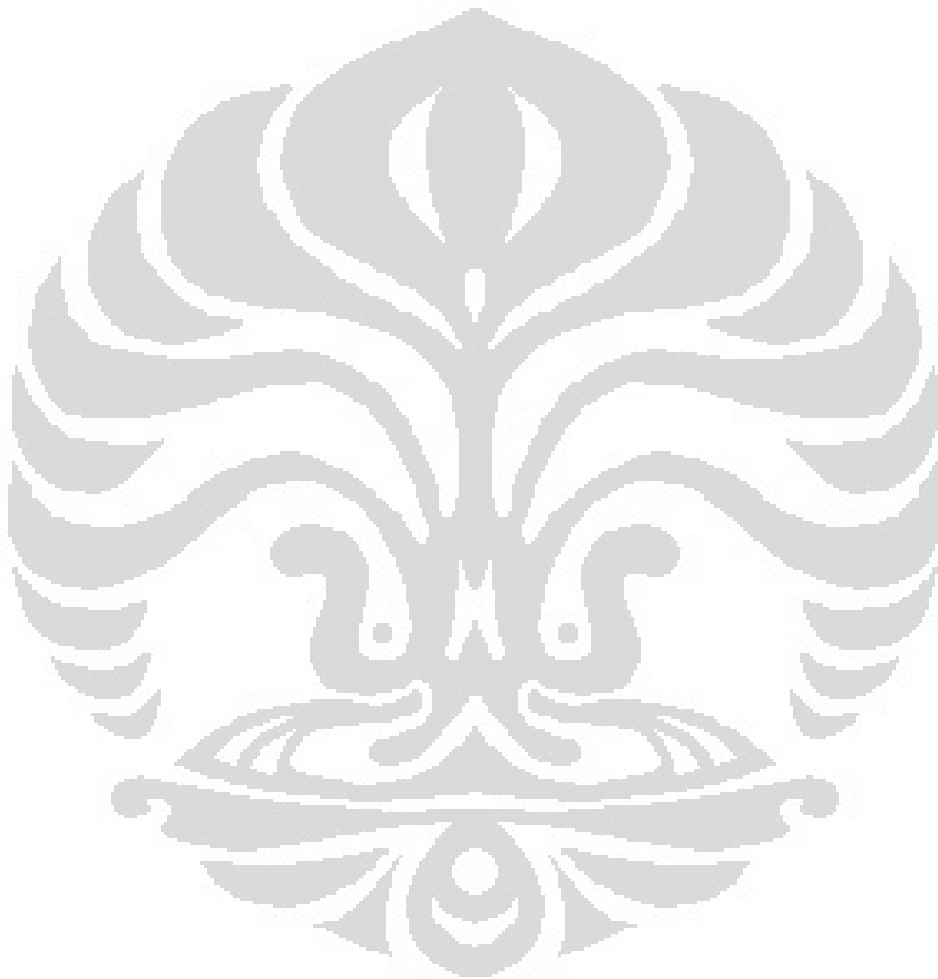


DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Faktor Resiliensi	34
Tabel 3.2	Dimensi Keberfungsian Keluarga	36
Tabel 3.3	Hasil Uji Coba Reliabilitas Alat Ukur FAD	38
Tabel 3.4	Hasil Uji Coba Validitas Alat Ukur FAD	39
Tabel 4.1	Karakteristik Partisipan	43
Tabel 4.2	Deskriptif Statistik Resiliensi	44
Tabel 4.3	Tabel Perbandingan Nilai <i>Mean</i> Faktor Resiliensi	45
Tabel 4.4	Deskriptif Statistik Keberfungsian Keluarga	45
Tabel 4.5	Perbandingan Nilai <i>Mean</i> Dimensi Keberfungsian Keluarga	46
Tabel 4.6	Hasil Perhitungan Korelasi Antara Resiliensi dan Keberfungsian Keluarga	47
Tabel 4.7	Hasil Perhitungan Regresi Dimensi Keberfungsian Keluarga dan Resiliensi	47
Tabel 4.8	Hasil Perhitungan Regresi Ganda Keberfungsian Keluarga dan Resiliensi	48
Tabel 4.9	Signifikansi Perbedaan Resiliensi (RS) dan Keberfungsian Keluarga (FAD) Berdasarkan Data Karakteristik Partisipan	49

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Dinamika Hubungan Resiliensi dan Keberfugnsian Keluarga pada Remaja Pecandu Narkoba yang sedang Pemulihan.....	28
---	----



DAFTAR LAMPIRAN

1. LAMPIRAN 1 (Hasil Uji Coba Alat Ukur Keberfungsian Keluarga dan Resiliensi)	62
1.1 Uji Reliabilitas dan Validitas Alat Ukur Resiliensi	62
1.1.1 Uji Reliabilitas	62
1.1.2 Uji Validitas	62
1.2 Uji Reliabilitas dan Validitas Alat Ukur Keberfungsian Keluarga	63
1.2.1 Hasil Uji Reliabilitas Keseluruhan	63
1.2.2 Hasil Uji Reliabilitas dan Validitas Setiap Dimensi	63
1.2.2.1 Problem Solving	63
1.2.2.2 Communication	63
1.2.2.3 Roles	64
1.2.2.4 Affective Responsiveness	64
1.2.2.5 Affective Involvement	65
1.2.2.6 Behavior Control	65
1.2.2.7 General Functioning	66
2. LAMPIRAN 2 (Hasil Penelitian)	67
2.1 Analisis Hasil Utama	67
2.1.1 Korelasi Resiliensi dan Keberfungsian Keluarga	67
2.1.2 Pengaruh Dimensi Keberfungsian Keluarga Terhadap Resiliensi	67
2.2 Analisis Hasil Tambahan	68
2.2.1 Nilai Mean Per Dimensi	68
2.2.1.1 Nilai Mean Dimensi Keberfungsian Keluarga	68
2.2.1.2 Nilai Mean Faktor Resiliensi	68
2.2.2 Perbedaan Nilai Mean Resiliensi dan Keberfungsian Keluarga	69
2.2.2.1 Berdasarkan Jenis Kelamin	69
2.2.2.2 Berdasarkan Usia	69
2.2.2.3 Berdasarkan Urutan Kelahiran	70
2.2.2.4 Berdasarkan Pendapatan Orang Tua	71
2.2.2.5 Berdasarkan Status Pernikahan Orang Tua	72
3. LAMPIRAN 3 (Kuesioner <i>Field</i>)	73
3.1 Bagian I (Resiliensi)	75
3.2 Bagian II (Keberfungsian Keluarga)	77

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Beberapa tahun terakhir, masalah penyalahgunaan narkoba (narkotika, psikotropika dan zat adiktif lainnya) semakin meluas tidak hanya di kota-kota besar tetapi juga menjangkau kota-kota kecil dan pedesaan. Dalam survei BNN (Badan Narkotika Nasional) prevalensi penyalahgunaan narkotika, psikotropika dan zat adiktif lain pada tahun 2009 mencapai 1,99% dari penduduk Indonesia berumur 10-59 tahun atau sekitar 3,6 juta orang. Pada tahun 2010, prevalensinya meningkat menjadi 2,21% atau sekitar 4,02 juta orang dan menjadi 2,8% atau sekitar 5 juta orang pada tahun 2011 (Kistyarini, 2011, 5-7).

Ketua BNN menilai kalangan pelajar sebagai suatu kelompok yang paling rentan terhadap narkoba (Kistyarini, 2011, 5-7). Data Badan Narkotika Nasional (BNN) menyebutkan bahwa lebih dari satu juta pelajar dan mahasiswa menjadi pecandu narkoba. Penyalahgunaan narkoba di kalangan pelajar dan mahasiswa pada tahun 2007 naik 5,6% dari 2006. Pada tahun 2006, penyalahgunaan narkoba di kalangan pelajar dan mahasiswa mencapai 1,1 juta orang atau hampir 30% dari total pengguna narkoba yang ada di Indonesia (www.bnn.go.id). Hal tersebut juga sejalan dengan hasil survey perkembangan penyalahgunaan narkoba pada kelompok pelajar dan mahasiswa yang dilakukan oleh Pusat Penelitian Kesehatan UI di 33 provinsi dimana diketahui pravelensi penyalahgunaan narkoba di Indonesia setahun terakhir sebesar 4,7% dari total populasi pelajar SLTP, SMU dan mahasiswa tahun 2009 yang kurang lebih berjumlah 921.695 orang. Berdasarkan data tersebut berarti 1 dari 20 orang pelajar/ mahasiswa pernah menyalahgunakan narkotika, psikotropika atau zat adiktif lainnya (P4GN, 2010).

Tingginya angka pravelensi pengguna narkoba dan zat adiktif lainnya pada usia remaja dapat dipengaruhi berbagai hal terkait dengan tugas perkembangan yang harus dijalani remaja. Santrock (2006) menyebut remaja sebagai masa transisi dari masa kanak-kanak menuju masa dewasa dimana mencakup perubahan biologis, kognitif, dan sosial - emosional. Perubahan-perubahan yang terjadi pada diri remaja tersebut dapat menjadi tantangan tersendiri bagi mereka. Tantangan

sosial, psikologis, dan biologis yang menjadi ciri masa remaja dapat berkisar dari tingkat rendah seperti permasalahan sehari-hari hingga masalah besar seperti penyalahgunaan narkoba (Fallon & Bowles, 2001; Santrock, 2006). Adanya perubahan-perubahan psikologis dalam diri remaja seperti perubahan peran, dorongan untuk mendapatkan kebebasan, kegoncangan emosional seringkali menjadikan remaja digolongkan menjadi kelompok dengan risiko tinggi dalam hal penyalahgunaan obat (Irwanto, 1986). Selain itu, menurut Rahderz (1995), remaja seringkali bereksperimen, mengambil risiko dan relatif tidak menyadari bahaya dalam pengambilan risiko. Mereka kurang memikirkan kemungkinan konsekuensi dari tindakan yang dilakukan baik untuk jangka panjang atau pun jangka pendek. Karakteristik seperti inilah yang memungkinkan transisi dari masa kanak-kanak menuju dewasa dapat membuat remaja sangat rentan terhadap obat-obatan (Rahderz, 1995).

Wresniwiro (2007) mendefinisikan narkoba (narkotika, psikotropika dan zat/ bahan adiktif lainnya) sebagai bahan/ obat yang termasuk dalam kategori berbahaya atau dilarang untuk digunakan, diproduksi, dipasok, diperjualbelikan dan diedarkan di luar ketentuan hukum. Menurut Undang - Undang No.22 Tahun 1997 (dalam Wresniwiro, 2007), narkotika adalah zat atau obat yang berasal dari tanaman dan bukan tanaman baik sintetis maupun semi sintetis yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa, mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri dan dapat menimbulkan ketergantungan. Psikotropika adalah zat atau obat baik alamiah maupun sintetis bukan narkotik yang berkhasiat psikoaktif melalui pengaruh selektif pada susunan syaraf pusat yang menyebabkan perubahan khas pada aktivitas mental dan perilaku. Bahan adiktif lainnya adalah zat atau bahan lain bukan narkotika dan psikotropika yang berpengaruh pada kerja otak dan dapat menimbulkan ketergantungan.

Narkoba memiliki daya adiksi (ketagihan), daya toleran (penyesuaian) serta daya habituasi (kebiasaan) yang sangat tinggi, dimana ketiga sifat inilah yang menyebabkan pemakai sulit untuk melepaskan ketergantungannya (Badan Narkotika Nasional, 2010). Mengkonsumsi zat ini di luar ketentuan yang berlaku sangatlah berbahaya karena dapat menyebabkan ketergantungan hingga menyebabkan gangguan fisik (gangguan koordinasi, sakit kepala, kerusakan

pembuluh darah otak, jantung, hati, HIV/ AIDS) maupun psikologis (cemas, depresi, meningkatkan risiko gangguan mental, sulit tidur, perilaku kekerasan, paranoid, halusinasi, gangguan konsentrasi, penurunan kesadaran). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder IV* (2000) menyebutkan salah satu ciri penting akibat ketergantungan zat yaitu tetap menggunakan zat tersebut secara terus-menerus meskipun mengalami permasalahan akibat penggunaannya.

Hoffman (2008) mengemukakan bahwa ketergantungan zat/ obat masuk ke dalam kategori penyakit kronis. Sebagaimana kondisi kronis, ketergantungan zat berpotensi untuk kambuh (*relapse*) (Hoffman, 2008). Heyman (2001) juga berpendapat bahwa ketergantungan secara luas dianggap sebagai penyakit kronis, dimana merupakan sesuatu yang berpotensi untuk kambuh. Studi kepustakaan menunjukkan bahwa angka kekambuhan seorang pecandu cukup tinggi, yaitu 43,9% (Pattison, E.M., 1980 dalam Hawari, 2006). Meskipun begitu, bukan berarti seseorang yang mengalami ketergantungan terhadap narkoba tidak dapat dipulihkan. Kecanduan atau ketergantungan zat adalah penyakit kronis tetapi dapat diobati (Camf & Farre, 2003; Compton, Glantz & Delany, 2003; Hyman, 2005; Leshner, 1997, 1999; Matano & Wanat, 2000; McLellan, Lewis, O'Brien & Kleber, 2000 dalam Hoffman, 2008). Penelitian menunjukkan bahwa banyak pecandu yang dapat pulih kembali (Heyman, 2001).

Meskipun dapat pulih kembali, pemulihan seseorang yang ketergantungan narkoba tidaklah mudah. Pemulihan dari ketergantungan zat/ obat merupakan sebuah proses. Proses ini dimulai ketika pecandu menyadari bahwa mereka mengalami masalah karena penggunaannya dan mencapai akhir saat mereka dapat menjalani kehidupan yang bermakna dan nyaman tanpa perlu mengonsumsi zat-zat tersebut. Laudet, Savage & Mahmood (2002) bahkan menyebut pemulihan ketergantungan zat/ obat sebagai proses dinamis seumur hidup dimana sering melibatkan stres dan tantangan dalam menuju kehidupan yang bebas narkoba (Laudet & White, 2004). Dalam kaitannya dengan pemulihan, Gorsky (1998 dalam Iswardani & Markum dalam Firmanzah, dkk, 2011) membahas mengenai konsep *Developmental Model of Recovery*, yaitu pandangan yang mengatakan bahwa pemulihan adiksi mengikuti pola tahapan tertentu dan pada setiap tahapan

terdapat krisis spesifik yang harus dilalui. Kegagalan dalam mengatasi krisis pada tahapan tertentu akan menyebabkan kekambuhan atau *relapse*.

Selain memiliki masalah *relapse* (kambuh), masih terdapat beberapa hal lain yang membuat pecandu seringkali sulit untuk dipulihkan. Pecandu biasanya melakukan pertahanan diri, memiliki kontrol emosi yang rendah, hubungan yang tidak memadai, serta perilaku merusak diri sendiri (Galanter & Brook, 2001). Selain itu, mereka mengalami kesulitan dalam pengaturan emosi dan kepedulian diri (Khantzian, Halliday & McAuliffe, 1990). Sejumlah penulis juga mempelajari bahwa pecandu memiliki kesulitan dengan *attachment*, baik dengan keluarga (Brook, Brook, Whiteman, Gordon & Cohen, 1990) maupun dalam hubungan lain (Galanter & Brook, 2001).

Melihat berbagai tantangan tersebut diharapkan pecandu memiliki kekuatan untuk dapat menghadapinya. Menurut Hawari (2006), keberhasilan seseorang dalam pemulihan ketergantungan dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti faktor predisposisi (misalnya karakteristik personal/ kepribadian), faktor kontribusi (misalnya keluarga) dan faktor pencetus (seperti teman sebaya, lingkungan dan narkoba itu sendiri). Salah satu karakteristik personal yang menurut peneliti dapat membantu para pecandu menghadapi berbagai tantangan yang sedang dihadapi adalah resiliensi. Resiliensi merupakan kemampuan untuk pulih dari krisis dan mengatasi tantangan hidup (Walsh, 2006). Portzky, Wagnild, Bacquer & Audenaert (2010) memandang resiliensi sebagai karakteristik personal yang dapat meringankan dampak negatif dan mendorong adaptasi positif terhadap stres yang sedang dihadapi. Connors, Maisto & Zywiak (1996) menyebutkan bahwa keterampilan yang dibutuhkan untuk mendukung pemulihan (*recovery*) dan menolak penggunaan zat tergantung pada pribadi seseorang yang merupakan paduan dari faktor kerentanan, risiko, dan resiliensi yang mempengaruhi kemampuan individu untuk mengakses dan menggunakan sumber daya secara efektif. Dari hal tersebut dapat dilihat bahwa resiliensi merupakan salah satu faktor yang berpengaruh pada diri seseorang untuk mendukung keberhasilannya dalam pemulihan.

Pada awalnya, resiliensi dianggap sebagai sesuatu yang terberi sejak lahir (Walsh, 2006). Namun, Rutter menyatakan bahwa resiliensi bukan disebabkan

oleh adanya karakteristik yang terberi, melainkan karena adanya interaksi antara *nature* dan *nurture* yang didukung oleh hubungan yang suportif. Hubungan yang suportif ini dapat diperoleh melalui interaksi dengan keluarga dan lingkungan sosial. Pengalaman dari keluarga dapat membuka kesempatan baru yang dapat menjadi titik balik yang bermanfaat bagi pecandu (Rutter, 1999 dalam Walsh, 2006).

Sebelumnya, hanya terdapat beberapa penelitian yang melihat kontribusi positif keluarga terhadap resiliensi individu (Hauser, Vierya, Jacobson, & Wertlieb, 1985; Rutter, 1985; Werner & Smith, 1992 dalam Walsh, 2006). Beberapa diantaranya berfokus pada organisasi keluarga, kehangatan, kasih sayang, dan struktur keluarga (Walsh, 2006). Selain itu, terdapat pula *belief system* (mencakup nilai-nilai, keyakinan, sikap, asumsi) yang menurut Walsh (2006) memiliki pengaruh yang kuat pada resiliensi.

Selain yang telah disebutkan di atas, peneliti melihat hal lain yang berperan penting bagi terbentuknya resiliensi pada pecandu narkoba, yaitu keberfungsian keluarga. Walsh (2003 dalam McCreary & Dancy, 2004) menjelaskan bahwa keberfungsian keluarga merupakan konstruk multidimensi yang mencerminkan aktivitas dan interaksi keluarga yang efektif atau tidak efektif untuk memenuhi tujuannya, menyediakan materi dan dukungan emosional serta membantu perkembangan dan kesejahteraan bagi para anggotanya. Keluarga yang memiliki keberfungsian (*family functioning*) yang baik diharapkan dapat memberikan dukungan bagi masing-masing anggotanya karena keluarga yang berfungsi dengan baik akan menjalankan peran dan fungsinya untuk memenuhi kebutuhan masing-masing anggotanya baik secara fisik, psikologi maupun sosial. Dengan begitu, diharapkan keluarga yang berfungsi dengan baik dapat mendukung terbentuknya resiliensi pada pecandu.

Perlu diperhatikan juga bahwa keluarga merupakan sebuah sistem yang saling terintegrasi dimana pecandu merupakan salah satu bagian dari sistem tersebut sehingga dampak dari ketergantungannya pun dapat berimplikasi terhadap keluarga. *International Network of Drug Dependence Treatment and Rehabilitation Resource Centres* (2008) menyebutkan bahwa ketegantungan narkoba dapat menyebabkan struktur keluarga, peran dan aturan berubah drastis

dan harus dibentuk kembali selama proses rehabilitasi dan reintegrasi sosial. Brown & Lewis (1999 dalam *International Network of Drug Dependence Treatment and Rehabilitation Resource Centres*, 2008) menyebut proses penyesuaian keluarga sebagai “trauma pemulihan”. Mereka menemukan bahwa keluarga pecandu menjadi kacau hingga tahun-tahun awal pemulihan, bahkan tanpa adanya dukungan saat masa penyesuaian dapat mengancam hubungan perkawinan dan stabilitas seluruh keluarga. Oleh karena itu, keluarga pecandu perlu beradaptasi agar sistem keluarga dapat terjaga dan keluarga dapat berfungsi dengan baik untuk memberikan dukungan bagi anggotanya yang mengalami ketergantungan. Dalam *International Network of Drug Dependence Treatment and Rehabilitation Resource Centres* (2008), disebutkan bahwa hubungan keluarga yang mendukung memainkan peran utama dalam pemulihan ketergantungan narkoba secara kontinum.

Epstein membagi keberfungsian keluarga menjadi enam dimensi utama yang dibentuk berdasarkan *McMater Models of Family Functioning* dimana dimensi-dimensi di dalamnya mengacu pada kesehatan fisik dan mental. Dimensi pertama adalah pemecahan masalah (*problem solving*). Keluarga yang memiliki kemampuan yang baik untuk menyelesaikan permasalahan secara efektif diharapkan dapat membantu pecandu untuk menyelesaikan permasalahan terkait dengan tantangan selama pemulihan. Dimensi kedua adalah komunikasi (*communication*). Dengan adanya komunikasi yang baik antara keluarga dan pecandu diharapkan dapat menjadi sarana pendukung untuk dapat saling mengkomunikasikan, mengurai permasalahan dan tantangan yang dihadapi bagi pecandu sehingga diharapkan keluarga dapat memberikan dukungan yang dibutuhkan pecandu untuk melewati tantangan selama pemulihan.

Ketiga adalah peran keluarga (*family roles*). Keluarga pecandu yang memiliki peran yang baik diharapkan dapat memenuhi fungsinya dengan baik pula sehingga dapat mendukung pecandu untuk menghadapi krisis saat pemulihan. Keempat, respon afektif (*affective responsiveness*) dengan memberikan respon emosi yang tepat dan sesuai diharapkan keluarga dapat memberikan dukungan yang berarti bagi pecandu untuk beradaptasi dan menghadapi tantangan saat pemulihan. Kelima, keterlibatan afektif (*affective*

involvement) dimana keluarga yang memiliki gaya keterlibatan yang baik seharusnya dapat memberikan perhatian, dukungan terkait kondisi krisis yang sedang dihadapi pecandu. Keenam, kontrol perilaku (*behavior control*), keluarga pecandu yang memiliki kontrol perilaku yang baik diharapkan dapat memberikan gambaran bagi pecandu untuk berperilaku sesuai pola keluarga tetapi tetap fleksibel sehingga membantu pecandu menghadapi tantangan yang dihadapi.

Dari uraian tersebut, dapat dikatakan bahwa keberfungsian keluarga yang baik dapat mendukung terbentuknya resiliensi pada pecandu. Meskipun begitu, realitanya masih terdapat pecandu yang sulit menghadapi tantangan saat pemulihan dan kembali *relapse* (kambuh) meskipun keluarganya memiliki keberfungsian yang baik. Oleh karena itu, peneliti ingin mengetahui lebih lanjut sebenarnya adakah hubungan antara keberfungsian keluarga dan resiliensi pada remaja pecandu narkoba yang sedang menjalani pemulihan.

Keberfungsian keluarga akan diukur menggunakan *Family Assessment Device* (FAD) yang dikembangkan oleh Epstein (1983), yang mana mengukur enam dimensi *McMaster Model of Family functioning* (MMFF) ditambah satu dimensi umum, yaitu fungsi umum (*general function*). Untuk mengukur resiliensi, peneliti menggunakan *Resilience Scale* (RS) yang dikembangkan oleh Wagnild & Young (1993). Skala Resiliensi terdiri dari dua sub skala yaitu kompetensi pribadi (*personal competence*) dan penerimaan diri dan kehidupan (*acceptance of self and life*).

Hasil penelitian ini diharapkan dapat lebih memperkaya khasanah pengetahuan dan bermanfaat bagi keluarga korban, terapis, maupun masyarakat secara umum agar lebih dapat memahami dan memberikan bantuan yang dibutuhkan oleh para pecandu narkoba dalam proses pemulihan terutama yang berkaitan dengan keberfungsian keluarga dan resiliensi.

1.2 Rumusan Masalah

Masalah yang ingin dijawab dalam penelitian ini adalah :

- Apakah terdapat hubungan antara resiliensi dan keberfungsian keluarga pada remaja pecandu narkoba yang sedang menjalani pemulihan?

- Dimensi keberfungsian keluarga yang berpengaruh terhadap resiliensi remaja pecandu narkoba yang sedang menjalani pemulihan?

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah :

- Mengetahui hubungan antara resiliensi dan keberfungsian keluarga pada remaja pecandu narkoba yang sedang menjalani pemulihan.
- Mengetahui dimensi keberfungsian keluarga yang berpengaruh terhadap resiliensi pada remaja pecandu narkoba yang sedang menjalani pemulihan.

1.4 Manfaat Penelitian

Berikut ini manfaat yang dapat diperoleh dari penelitian ini :

- a. Bagi keluarga, penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi mengenai pentingnya keberfungsian keluarga bagi remaja yang mengalami kecanduan narkoba sehingga diharapkan dapat meningkatkan keberfungsian keluarga dalam keluarga untuk dapat mengatasi permasalahan tersebut dengan baik.
- b. Bagi terapis, penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi mengenai hubungan resiliensi dan keberfungsian keluarga pada remaja pecandu narkoba yang sedang menjalani pemulihan sehingga bisa memanfaatkan hal tersebut sebagai salah satu metode yang dapat digunakan untuk membantu pecandu pulih dari ketergantungan narkoba.

1.5 Sistematika Penelitian

- a. Bab 1

Bab satu berisi pendahuluan yang mencakup latar belakang penelitian mengenai hubungan antara resiliensi dan keberfungsian keluarga pada remaja pecandu narkoba yang sedang menjalani proses pemulihan, rumusan masalah yang diajukan, tujuan dan manfaat dari penelitian, serta sistematika penulisan laporan penelitian.

b. Bab 2

Bab dua berisi latar belakang teoritis yang memuat teori-teori untuk mendukung penelitian ini, yaitu teori resiliensi, keluarga, keberfungsian keluarga, pemulihan, narkoba, serta remaja dan ketergantungan narkoba.

c. Bab 3

Bab ketiga berisi metode penelitian yang terdiri dari rumusan masalah penelitian, hipotesis penelitian, variabel penelitian, desain penelitian, tipe penelitian, partisipan penelitian, teknik pengumpulan data, instrumen penelitian, dan prosedur penelitian mulai dari tahap persiapan, pelaksanaan, hingga analisis.

d. Bab 4

Bab empat berisi analisis dan interpretasi dari hasil penelitian yang meliputi hubungan antara resiliensi dan keberfungsian keluarga pada remaja pecandu narkoba yang sedang menjalani proses pemulihan, dimensi keberfungsian keluarga yang berpengaruh terhadap resiliensi serta akan dimasukan pula analisa tambahan dari hasil penelitian.

e. Bab 5

Bab kelima berisi kesimpulan dari penelitian, diskusi terhadap hasil penelitian dan saran yang terkait dengan penelitian mengenai resiliensi dan keberfungsian keluarga selanjutnya.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Resiliensi

2.1.1 Definisi Resiliensi

Menurut Portzky, Wagnild, Bacquer & Audenaert (2010), resiliensi merupakan karakteristik personal yang dapat meringankan dampak negatif dan mendorong adaptasi positif terhadap stres yang sedang dihadapi. Walsh (2006) memandang resiliensi sebagai kemampuan untuk pulih dari krisis dan mengatasi tantangan hidup. Menurutnya, seseorang dikatakan resilien jika orang tersebut mampu untuk pulih dari luka yang sangat menyakitkan, mampu mengontrol dirinya, dan meneruskan hidupnya dengan lebih baik. Dalam resiliensi diperlukan lebih dari sekedar bertahan, melewati, atau hanya melepaskan diri dari sebuah krisis. Seseorang yang resilien berjuang dengan baik dalam menghadapi krisis. Ia mengalami penderitaan sekaligus keberanian untuk keluar dari penderitaan tersebut. Selain itu, ia juga tetap dapat berfungsi efektif ketika melalui kesulitan yang sifatnya internal maupun interpersonal (Higgins, 1994 dalam Walsh, 2006).

Banyak tokoh menjelaskan mengenai resiliensi. Meskipun tidak ada yang sama tetapi secara garis besar terdapat beberapa poin penting dari resiliensi yaitu resiliensi merupakan sebuah kapasitas untuk beradaptasi dengan tantangan yang ditemui, mengarahkan manusia untuk mengatasi tantangan tersebut, dan bangkit dari situasi sulit.

2.1.2 Faktor yang Mempengaruhi Resiliensi

Menurut Ahern (2003), resiliensi merupakan interaksi antara faktor protektif dengan faktor risiko. Berikut penjelasan mengenai kedua faktor tersebut :

➤ Faktor Protektif

Merupakan pengaruh, karakteristik, kondisi yang dapat menahan atau mengurangi pengaruh faktor risiko (Jenson & Frazer, 2010).

Rutter (dalam Davis 1999) secara umum menyebutkan bahwa faktor protektif merupakan prediktor yang sangat kuat bagi resiliensi dan berperan penting dalam proses yang melibatkan respon individu saat dihadapkan pada

situasi yang berisiko tinggi. Secara umum, para peneliti menemukan tiga faktor protektif yang umumnya dimiliki oleh individu yang resilien, yaitu faktor personal, faktor keluarga dan faktor sosial.

Ketiga faktor protektif tersebut yaitu :

- Faktor Personal

Faktor personal yang turut andil dalam mendukung resiliensi individu antara lain *personal traits* (seperti *openness*, *extraversion*, dan *agreeableness*), *internal locus of control*, *mastery*, *self-efficacy*, *self-esteem*, dan *cognitive appraisal*. Selain itu, ada juga hal-hal yang diasosiasikan berhubungan dengan resiliensi, yaitu fungsi intelektual, fleksibilitas kognitif, hubungan sosial, konsep diri yang positif, regulasi emosi, emosi positif, spiritualitas, *active coping*, *hardiness*, optimisme, harapan, sumber daya, dan adaptabilitas (Herman et al., 2011).

- Faktor Keluarga

Karakteristik keluarga yang paling sering muncul pada anak yang resilien antara lain hubungan yang stabil dan positif antara orang tua dan anak, pengawasan orang tua terhadap anak, kemampuan komunikasi yang baik antar anggota keluarga, dukungan keluarga dan *role modeling* yang baik. Memiliki hubungan yang positif dengan orang dewasa, diantaranya adalah orang tua memberikan pengaruh sangat kuat terhadap persepsi anak tentang dirinya dan respon terhadap situasi negatif (Isaacson, 2002).

- Faktor Sosial

Dalam level makro, faktor-faktor dalam cakupan komunitaslah yang dianggap berpengaruh terhadap resiliensi diantaranya termasuk sekolah yang baik, pelayanan komunitas, kesempatan berolahraga dan berkreasi, faktor budaya, spiritualitas dan agama, serta tekanan yang minim terhadap kekerasan (Herman, et al., 2011).

Drugar dan Coles (dalam Isaacson, 2002) mengatakan bahwa keluarga memiliki pengaruh yang langsung terhadap resiliensi dan merupakan hal yang penting dalam mempengaruhi kepribadian dan ketahanan terhadap stres.

➤ **Faktor Risiko**

Faktor risiko merupakan peristiwa, kondisi, atau pengalaman yang dapat meningkatkan kemungkinan dibentuknya, dipertahankan, atau diperburuknya suatu masalah (Fraser & Terzian, 2005 dalam Jenson & Frazer, 2010).

Beberapa hal yang termasuk faktor risiko, yaitu :

- Status sosial ekonomi

Garmezy (1991 dalam Machuca, 2010) telah mengidentifikasi faktor risiko yang terkait dengan dilahirkan dan hidup dalam kondisi kemiskinan. Secara khusus, Garmezy disebutkan kekurangan gizi, tingkat stres yang tinggi, dan kemungkinan lebih rendah untuk perawatan diri.

- Masalah yang terkait dengan perkembangan (*developmental issues*)

Tugas utama dalam tahap perkembangan remaja adalah tahap pencarian identitas (Erikson dalam Santrock, 2006). Pada saat ini, remaja dihadapkan pada pertanyaan siapa mereka, mereka sebenarnya apa, dan kemana mereka menuju dalam hidupnya. Adanya perubahan-perubahan psikologis dalam diri remaja seperti perubahan peran, dorongan untuk mendapatkan kebebasan, kegoncangan emosional seringkali menjadikan remaja digolongkan menjadi kelompok dengan risiko tinggi (Irwanto, 1986).

- Gender

Faktor risiko menurut jenis kelamin mungkin berbeda pada setiap tahap kehidupan individu. Werner (1989 dalam Machuca, 2010) menyatakan bahwa secara umum anak laki-laki lebih rentan dalam dekade pertama kehidupan sedangkan anak perempuan lebih rentan selama dekade kedua. Selama dekade pertama anak laki-laki lebih rentan secara fisik dan emosional dibandingkan anak perempuan.

Rutter (dalam Machuca, 2010) melakukan penelitian mengenai perbedaan kelompok antara anak laki-laki dan perempuan saat terkena faktor risiko seperti disfungsi keluarga. Rutter menemukan bahwa anak laki-laki lebih rentan mengalami masalah emosional dan perilaku dari anak perempuan di keluarga yang sama Machuca (2010).

Faktor-faktor yang mempengaruhi resiliensi di atas oleh penulis dijadikan sebagai dasar untuk menentukan data kontrol pada kuesioner yang digunakan.

Selain faktor-faktor tersebut juga terdapat dua faktor lain yang mempengaruhi resiliensi dimana kedua faktor tersebut merupakan faktor penyusun alat ukur resiliensi yang peneliti gunakan dalam penelitian ini (Wagnild & Young dalam Ahern, et.al., 2006), yaitu :

- Kompetensi personal (*personal competence*)

Derajat dimana individu yakin terhadap kemampuannya sendiri, mandiri, berpendirian dan gigih dalam menghadapi rintangan dan memiliki banyak sumber daya dalam dirinya.

- Penerimaan diri dan hidup (*acceptance of self and life*)

Derajat dimana individu memiliki pandangan yang seimbang mengenai hidup dan mampu beradaptasi serta bersikap fleksibel.

Peneliti memutuskan untuk menggunakan alat ukur RS (*Resilience Scale*) yang terdiri dari dua faktor tersebut didasari oleh beberapa studi literatur yang menyebutkan bahwa RS telah diujicobakan pada banyak etnis dengan berbagai rentang usia termasuk remaja. Dari berbagai penelitian tersebut diketahui bahwa RS memiliki nilai validitas dan reliabilitas RS yang baik.

2.1.3 Karakteristik Resiliensi

Menurut Wagnild & Young (2003), terdapat lima karakteristik resiliensi, yaitu:

- *Self-reliance*

Self-reliance merupakan keyakinan serta pengetahuan seseorang akan kemampuan dan keterbatasannya sendiri. Seseorang mempelajari hal tersebut dari pengalaman dan praktik yang berulang yang kemudian mengarahkan pada kepercayaan tentang kemampuan yang dimiliki. Orang yang memiliki *self-reliance* telah belajar dari pengalaman-pengalaman tersebut dan mengembangkan berbagai keterampilan penyelesaian masalah. Selanjutnya, mereka menggunakan, mengadaptasi, memperkuat, dan memperbaiki keterampilan-ketrampilan tersebut sepanjang hidup.

- *Meaning*

Meaning merupakan kesadaran diri akan suatu tujuan atau alasan seseorang untuk hidup. Dengan kesadaran ini, seseorang dapat memberi kontribusinya dan memiliki alasan yang memotivasi mereka setiap harinya.

- *Equanimity*

Equanimity adalah pandangan yang seimbang antara hidup dan pengalaman seseorang. Hal ini juga mengarah pada kemampuan individu untuk fleksibel dan menerima hal yang tidak dapat diubah sehingga responnya terhadap kejadian yang tidak menyenangkan bukanlah sebuah respon yang ekstrim, bahkan bisa jadi mereka melihat sisi humor pada situasi tersebut.

- *Perseverance*

Perseverance didefinisikan sebagai ketekunan dan ketahanan seseorang walaupun pada saat yang tidak menguntungkan sekalipun. *Perseverance* juga menjelaskan keinginan untuk melanjutkan perjuangan dalam merekonstruksi kembali kehidupan seseorang dan tetap bertahan dalam keadaan yang tidak menyenangkan sekalipun.

- *Existential aloneness*

Existential aloneness merupakan kesadaran bahwa setiap orang unik dan ada beberapa pengalaman yang perlu dihadapi sendiri. *Existential aloneness* ditunjukkan oleh orang yang mandiri, memiliki perspektif yang unik akan kehidupan dan menempatkan nilai yang tinggi terhadap kebebasan individu.

2.2 Keluarga

2.2.1 Definisi Keluarga

Sixbey (2005) mendefinisikan keluarga sebagai dua atau lebih individu yang dihubungkan oleh pertalian darah, perkawinan, atau adopsi. Keluarga adalah dua atau lebih orang yang berkomitmen satu sama lain dan berbagi keintiman, sumber daya, pengambilan keputusan, tanggung jawab, dan nilai-nilai (Olson & Defrain, 2006).

Menurut Goldenberg (1980), keluarga merupakan sebuah sistem. Keluarga lebih dari sekedar kumpulan individu yang menempati ruang fisik dan psikologis

tertentu bersama-sama. Keluarga itu adalah sistem sosial yang alami, dengan sifat tersendiri, dimana telah berkembang seperangkat aturan, peran, struktur kekuasaan, bentuk komunikasi dan cara negosiasi dan pemecahan masalah yang memungkinkan berbagai tugas yang akan dilakukan secara efektif. Dalam istilah sistem, keluarga jarang berada pada posisi yang disebut normal atau abnormal tetapi lebih dilihat pada keberfungsian (Goldenberg, 1980).

2.2.2 Fungsi Keluarga

Epstein, Levin & Bishop (1976 dalam Epstein 2003) menyatakan bahwa saat ini fungsi utama dari unit keluarga adalah untuk menyediakan tempat bagi perkembangan dan pemeliharaan anggota keluarga pada tingkat sosial, psikologikal dan biologikal. Lebih lanjut Epstein menjelaskan bahwa keluarga harus berurusan dengan berbagai isu dan masalah atau tugas-tugas seperti *the basic task area* yang merupakan area yang melibatkan isu-isu instrumental seperti masalah penyediaan makanan, uang transportasi dan tempat tinggal. Kedua, *the development task area encompasses* merupakan masalah-masalah keluarga yang timbul sebagai akibat perkembangan dari waktu ke waktu. Ketiga, adalah *the hazardous task area*, melibatkan penanganan krisis yang timbul sebagai akibat penyakit, kehilangan, kecelakaan, pendapatan, perubahan pekerjaan, dan sebagainya.

2.2.3 Keberfungsian Keluarga (*Family Functioning*)

Terdapat berbagai macam model keberfungsian keluarga dan setiap model terdiri dari dimensi yang berbeda. Beberapa diantara model tersebut adalah *Circumplex Model of Family Functioning* (yang terdiri dari dimensi *adaptability* dan *cohesion*), *Beaver's Systems Model of Family Functioning* (yang terdiri dari dimensi *family competence* dan *family style*) dan *McMaster Model of Family Functioning* (yang terdiri dari enam dimensi utama yaitu pemecahan masalah/ *problem solving*, komunikasi/ *communication*, peran/ *roles*, respon afektif/ *affective responsiveness*, keterlibatan afektif/ *affective involvement* dan kontrol perilaku/ *behavior control*).

Pada penelitian ini peneliti dan kelompok payung memutuskan untuk menggunakan *McMaster Model of Family Functioning* yang kemudian oleh Epstein (1983) sebagai dasar teori dibentuknya alat ukur FAD (*Family Assessment Device*). Epstein & Bishop (1981 dalam Epstein, et al., 2003) lebih fokus membahas enam dimensi yang menurutnya lebih mempengaruhi kesehatan emosi dan fisik dari permasalahan yang dihadapi anggota keluarga. Oleh karena itu, peneliti merasa FAD (*Family Assessment Device*) yang disusun berdasarkan *McMaster Model of Family Functioning* sesuai untuk digunakan dalam penelitian ini.

Epstein, Ryan, Bishop, Miller & Keitner (2003) menjelaskan keberfungsian keluarga sebagai sejauh mana interaksi dalam keluarga memiliki dampak terhadap kesehatan fisik dan emosional anggota keluarga. Menurut DeFrain, Asay & Olson (2009), keberfungsian keluarga mengacu pada peran yang dimainkan oleh anggota dalam keluarga serta sikap dan perilaku yang ditampilkan saat bersama anggota keluarga. Walsh (2003 dalam McCreary & Dancy, 2004) menjelaskan bahwa keberfungsian keluarga merupakan konstruk multidimensi yang mencerminkan aktivitas dan interaksi keluarga yang efektif atau tidak efektif untuk memenuhi tujuannya, menyediakan materi dan dukungan emosional serta membantu perkembangan dan kesejahteraan bagi para anggotanya.

Dari berbagai definisi di atas dapat disimpulkan bahwa keberfungsian keluarga terkait dengan bagaimana keluarga menjalankan peran dan fungsinya dalam memenuhi kebutuhan anggota keluarga baik secara fisik, psikologi maupun sosial yang kemudian berpengaruh terhadap kesejahteraan anggotanya. Berikut penjelasan enam dimensi yang menyusun keberfungsian keluarga :

➤ **Pemecahan Masalah (*Problem Solving*)**

Pemecahan masalah (*problem solving*) merupakan kemampuan keluarga untuk menyelesaikan masalahnya sehingga dapat menjaga keefektifan keberfungsian keluarga (Epstein, et al., 2003). Masalah yang muncul dalam keluarga dapat dibagi menjadi dua jenis yaitu instrumental dan afektif. Masalah instrumental merupakan masalah yang berkaitan dengan kebutuhan dasar, seperti uang, makanan, pakaian, transportasi dan keamanan. Masalah afektif merupakan

masalah teknis yaitu masalah yang berkaitan dengan emosi atau perasaan (Epstein, et al., 2003).

Pemecahan masalah yang efektif dapat dirumuskan sebagai sebuah urutan dalam 7 tahapan, yaitu :

1. Identifikasi masalah.
2. Mengkomunikasikan masalah dengan orang yang tepat.
3. Mengembangkan alternatif-alternatif tindakan yang akan dilakukan.
4. Memutuskan tindakan yang akan diambil.
5. Bertindak atau melaksanakan keputusan.
6. Memonitor langkah yang sudah dilakukan.
7. Mengevaluasi keberhasilan langkah atau proses penyelesaian masalah (*problem solving*) yang telah dilalui.

Keluarga yang efektif menyelesaikan banyak permasalahan dengan lebih efisien dan lebih mudah (Epstein, et al., 2003). Proses penyelesaian masalah secara efektif sangat penting bagi keluarga untuk menangani krisis atau tantangan secara lebih efektif (Walsh, 2006).

➤ **Komunikasi (*Communication*)**

Epstein, et al. (2003) mendefinisikan komunikasi sebagai pertukaran informasi verbal diantara anggota keluarga. Dalam hal ini, komunikasi difokuskan pada komunikasi verbal karena komunikasi verbal lebih jelas dan dapat diukur.

Dimensi komunikasi juga terbagi menjadi dua sub bagian yaitu area instrumental dan area afektif. Selain itu, ada dua aspek lain dari komunikasi yang diukur yaitu kejelasan dan kelangsungan. Apakah komunikasinya jelas atau terselubung dan langsung atau tidak langsung. Jelas dan terselubung berfokus pada apakah isi pesan disampaikan dengan jelas atau terselubung. Langsung dan tidak langsung berfokus pada apakah langsung ditujukan pada orang yang dimaksud atau tidak (Epstein, Bishop & Levin dalam Epstein, et al., 2003).

Dari penjelasan di atas dapat dilihat terdapat empat gaya komunikasi. Keempat gaya tersebut adalah jelas dan langsung, jelas dan tidak langsung, terselubung dan langsung, dan terselubung dan tidak langsung. Dalam dimensi ini

semakin sering komunikasi terselubung dan tidak langsung maka semakin tidak efektif keberfungsian keluarganya. Kalil (2003) juga menyatakan bahwa fungsi keluarga yang efektif dicapai ketika pesan yang disampaikan jelas, benar dan konsisten.

Komunikasi bisa berfungsi untuk memperjelas dan mengekspresikan situasi krisis serta untuk menanggapi kebutuhan masing-masing anggota keluarga (Walsh, 2006). Menurut Walsh (2006), adanya komunikasi yang baik dapat lebih memungkinkan anggota keluarga untuk mengurai permasalahan yang terjadi saat berada pada situasi krisis, transisi, atau stres yang berkepanjangan. Komunikasi juga berperan penting untuk mendukung tercapainya keefektifan pada dimensi lain yang mendukung keberfungsian keluarga.

➤ **Peran Keluarga (*Family Roles*)**

Peran (*roles*) didefinisikan sebagai pola berulang dari perilaku anggota keluarga untuk memenuhi fungsinya dalam keluarga. Ada beberapa fungsi yang harus dilakukan oleh setiap anggota berulang kali untuk memelihara sistem yang efektif dan sehat.

Fungsi-fungsi tersebut dapat dikelompokkan menjadi lima fungsi dasar peran, yaitu :

1. Penyediaan sumber daya (*provision of resources*)

Berkaitan dengan tugas dan fungsi kebutuhan dasar, seperti tugas penyediaan uang, makanan, pakaian, dan tempat tinggal.

2. Pengasuhan dan dukungan (*nurturance and support*)

Meliputi fungsi penyediaan rasa nyaman, kehangatan, dan dukungan bagi anggota keluarga.

3. Kepuasan seksual (*adult sexual gratification*)

Pemenuhan kebutuhan seksual suami istri, dimana kebutuhan seksual keduanya dapat terpenuhi dan memuaskan masing-masing, serta menunjukkan afeksi.

4. Pengembangan pribadi (*personal development*)

Merupakan tugas dan fungsi yang diperlukan untuk mendukung anggota keluarga dalam pengembangan keterampilan prestasi pribadi. Meliputi tugas-

tugas yang berkaitan dengan perkembangan fisik, emosi, akademis, dan sosial bagi anak-anak dan perkembangan karir dan hubungan sosial bagi dewasa.

5. Pemeliharaan dan pengaturan sistem keluarga (*maintenance and management of the family system*)

Meliputi berbagai macam fungsi termasuk teknik-teknik dan tindakan yang diperlukan untuk mempertahankan standar keluarga, seperti misalnya pengambilan keputusan, batasan dan keanggotaan keluarga, implementasi dan kontrol perilaku, mengatur pengeluaran rumah tangga, dan hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan anggota keluarga (Epstein, et al., 2003).

Selain itu, terdapat dua aspek tambahan dan pelengkap dari *role functioning*, yaitu:

- a. Pembagian peran (*role allocation*), yaitu pola keluarga dalam menentukan peran masing-masing anggotanya.
- b. Tanggung jawab peran (*role accountability*), yaitu prosedur di dalam keluarga untuk melihat apakah tugas-tugas sudah dijalankan.

Dalam dimensi ini, keluarga yang dapat memenuhi semua fungsi dasar keluarga mempunyai pembagian tugas yang jelas, serta tanggung jawab peran terjaga dengan baik maka dapat dikatakan keluarga ini berfungsi dengan efektif. Sebaliknya, keluarga yang paling tidak efektif adalah keluarga yang fungsi dasarnya tidak terpenuhi dan atau pembagian dan tanggung jawab peran tidak terjaga dengan baik (Epstein, et al., 2003).

➤ **Respon Afektif (*Affective Responsiveness*)**

Respon afektif didefinisikan sebagai kemampuan keluarga untuk berespon terhadap berbagai macam stimulus dengan perasaan yang tepat, baik secara kuantitatif maupun secara kualitatif (Epstein, et al., 2003).

Seperti pada dimensi lainnya, Epstein, et al. (2003) membagi afek menjadi dua kategori, yang pertama adalah *welfare emotions* seperti hangat, lembut, kasih sayang, dukungan, cinta, terhibur, senang, dan bahagia, serta *emergency emotions* seperti marah, takut, sedih, kecewa, dan tertekan. Keluarga yang dikatakan dapat berfungsi dengan efektif adalah keluarga yang dapat menampilkan respon yang bervariasi dan tepat kuantitas dan kualitasnya.

➤ **Keterlibatan Afektif (*Affective Involvement*)**

Keterlibatan afektif merupakan bagaimana anggota keluarga menunjukkan rasa ketertarikan dan penghargaannya terhadap aktivitas dan minat anggota keluarga lainnya (Epstein, et al., 2003). Dimensi ini memfokuskan pada seberapa banyak dan bagaimana caranya seorang anggota keluarga menunjukkan rasa ketertarikannya kepada satu sama lain.

Terdapat enam gaya keterlibatan terhadap anggota keluarga lain yang dapat diidentifikasi, yaitu:

1. Kurang terlibat (*Lack of Involvement*), yaitu tidak menunjukkan ketertarikan pada anggota keluarga lain
2. Keterlibatan tanpa perasaan (*involvement devoid of feelings*), yaitu menunjukkan sedikit rasa ketertarikan tetapi sebatas untuk pengetahuan saja.
3. Keterlibatan narsistik (*narcissistic involvement*), yaitu dengan anggota keluarga lain hanya jika perilaku tersebut ada manfaatnya bagi diri sendiri.
4. Keterlibatan empatik (*empathic involvement*), yaitu tertarik terlibat dengan anggota keluarga lain untuk kepentingan anggota keluarga lain.
5. Terlalu terlibat (*over involvement*), yaitu keterlibatan dengan anggota keluarga lain yang terlalu berlebihan.
6. Keterlibatan simbiotik (*symbiotic involvement*), yaitu keterlibatan yang ekstrim dan patologis dengan anggota keluarga lain, merupakan hubungan yang mengganggu.

Berdasarkan enam gaya keterlibatan di atas, keluarga yang paling sehat dan dapat berfungsi dengan baik adalah keluarga yang mempunyai gaya keterlibatan empatik. Sedangkan keluarga yang paling tidak efektif adalah keluarga yang memiliki gaya keterlibatan simbiotik atau kurang terlibat (Epstein, Bishop & Levin, 1978 dalam Epstein, et al., 2003).

➤ **Kontrol Perilaku (*Behavior Control*)**

Kontrol perilaku merupakan pola perilaku yang diadopsi oleh sebuah keluarga mengenai perilaku dalam tiga area yaitu situasi yang membahayakan

secara fisik, situasi dalam pemenuhan dan ekspresi kebutuhan dan dorongan psikobiologis dan situasi yang melibatkan perilaku sosialisasi interpersonal, baik di antara anggota keluarga maupun dengan orang lain yang bukan keluarga (Epstein, et al., 2003). Standar atau pola dalam keluarga di sini relatif. Setiap keluarga akan mengembangkan standar masing-masing mengenai perilaku-perilaku yang bisa dan tidak bisa diterima, serta sejauh mana sebuah perilaku dapat diterima. Epstein, et al. (2003) menjelaskan mengenai empat gaya pemecahan masalah yang didasarkan pada standar perilaku yang dapat diterima :

1. *Rigid behavior control*, sangat minim negosiasi atau variasi dalam berbagai situasi.
2. *Flexible behavior control*, memiliki standar yang logis, dan adanya peluang untuk negosiasi dan perubahan sesuai konteks yang diperlukan.
3. *Laissez-faire behavior control*, tidak memiliki standar dan tidak memperhatikan konteks.
4. *Chaotic behavior control*, adanya perubahan yang terjadi secara random dan tidak terduga antara gaya 1-3, sehingga anggota keluarga tidak dapat mengetahui standar apa yang sedang berlaku dan apakah negosiasi dimungkinkan untuk terjadi.

Epstein, et al. (2003) melihat keluarga yang mempunyai *flexible behavior control* sebagai keluarga yang paling efektif. Sebaliknya, keluarga yang memiliki *chaotic behavior control* sebagai keluarga yang paling tidak efektif.

2.2.4 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Keberfungsian Keluarga

Bray (1995) mengungkapkan beberapa faktor yang berhubungan dengan keberfungsian keluarga, yaitu :

1. Faktor komposisi keluarga

Komposisi keluarga merupakan kunci utama untuk menentukan aspek atau faktor lain dari keberfungsian keluarga. Faktor ini terdiri dari keanggotaan dalam keluarga (misalnya hanya pasangan suami-istri, pasangan dengan anak, keluarga orang tua tunggal, dsb) dan struktur keluarga (misalnya keluarga inti, keluarga bercerai, keluarga tiri)

2. Faktor proses keluarga

Proses keluarga mencakup tingkah laku dan interaksi yang membentuk karakteristik hubungan keluarga. Proses ini mencakup faktor-faktor seperti konflik, perbedaan, komunikasi, penyelesaian masalah, dan kontrol.

3. Faktor afek keluarga

Faktor ini mencakup ekspresi emosional diantara anggota keluarga. Afek memiliki pengaruh yang besar terhadap pola komunikasi anggota keluarga. Afek dan emosi biasanya juga menentukan karakter dan konteks dari proses keluarga.

4. Faktor organisasi keluarga

Mengacu pada peran dan peraturan di dalam keluarga dan harapan-harapan akan tingkah laku yang berkontribusi dalam keberfungsian keluarga.

Faktor-faktor tersebut kemudian dijadikan dasar oleh peneliti untuk menentukan data kontrol yang digunakan pada kuesioner yang diberikan pada partisipan.

2.3 Ketergantungan Narkoba

Menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV* (American Psychiatric Association, 2000), ketergantungan zat merupakan pola maladaptif dari penggunaan zat tersebut yang menyebabkan gangguan klinis, terjadi dalam periode 12 bulan yang ditunjukkan dengan adanya tiga atau lebih kriteria berikut :

- Toleransi, yakni adanya keinginan untuk meningkatkan jumlah narkoba untuk mencapai efek yang diinginkan atau untuk mengurangi efek putus zat dengan melanjutkan menggunakan narkoba dengan jumlah zat yang sama.
- *Withdrawal*, karakteristik sindrom putus zat.
- Jumlah pemakaian zat semakin besar dan dalam jangka waktu yang lebih lama dari yang diinginkan.
- Ada keinginan terus menerus untuk menghentikan atau mengontrol penggunaan zat.
- Menghabiskan banyak waktu dalam aktivitas sehari-hari untuk mendapatkan dan menggunakan zat atau memperoleh efek dari penggunaan zat.

- Aktivitas sosial, pekerjaan atau rekreasi terhenti atau berkurang karena penggunaan zat.
- Penggunaan zat tetap dilanjutkan meskipun mengetahui akan mendapatkan masalah fisik maupun psikologis yang disebabkan atau diperparah oleh penggunaan zat.

2.4 Tahapan Pemulihan Ketergantungan Narkoba

“Recovery is learning to live a meaningful and comfortable life without the need for chemicals” (Gorsky, 1989, 3).

Pemulihan dari ketergantungan obat merupakan sebuah proses. Menurut Gorsky (1989), pemulihan lebih dari sekedar tidak menggunakan zat atau obat tertentu, tetapi pemulihan merupakan pertumbuhan dan perkembangan di mana orang belajar untuk sepenuhnya mengaktualisasikan diri mereka sendiri, proses untuk membuat diri menjadi nyata melalui pikiran dan tindakan yang diambil. Proses ini dimulai ketika pecandu menyadari bahwa mereka mengalami masalah karena penggunaan narkoba dan tujuan akhirnya tercapai saat mereka dapat menjalani kehidupan yang bermakna dan nyaman tanpa perlu mengonsumsi zat-zat tersebut kembali (Gorsky, 1989, 3).

Lebih jauh Gorsky (1998 dalam Iswardani & Markum dalam Firmanzah, dkk, 2011) menggambarkan pemulihan sebagai sebuah proses progresif yang terdiri dalam enam tahap. Setiap tahap memiliki sejumlah tugas pemulihan, dimana pecandu dituntut mengembangkan kompetensi tertentu di setiap tahapannya. Jika terdapat tugas-tugas tertentu yang tidak dipenuhi, maka pecandu bisa dikatakan tidak siap untuk menghadapi tantangan pada tahap pemulihan selanjutnya.

Berikut adalah tahapan tugas pemulihan menurut Gorsky, (1989) :

1. Transisi (*transition*)

Pada tahap ini, pecandu menyadari bahwa ia memiliki masalah kecanduan, tetapi ia merasa yakin bahwa ia dapat mengontrol penggunaannya. Mereka sadar bahwa mereka memiliki masalah tetapi tidak menjalani pengobatan karena merasa tidak membutuhkannya. Tahap ini akan berakhir ketika pecandu sadar bahwa bahwa ia tidak mampu melepaskan diri dari

narkoba. Pecandu mengakui bahwa mereka mengalami masalah yang berhubungan dengan penggunaan narkoba dan perlu untuk *abstinence* (pantang terhadap narkoba) sebagai gaya hidup sehingga mereka dapat menyelesaikan masalah yang dialami tersebut.

2. Stabilisasi (*stabilization*)

Tujuan utama dari tahap ini adalah memulihkan kesehatan dari kerusakan yang disebabkan oleh adiksi. Pada tahap ini, pecandu pulih dari *withdrawal* akut dan menstabilkan krisis psikososial.

3. Pemulihan awal (*early recovery*)

Pada tahap ini pecandu mengidentifikasi dan belajar bagaimana cara mengganti pikiran, perasaan, dan perilaku adiktif dengan pikiran, perasaan, dan perilaku yang berpusat pada *sobriety*. Pecandu sudah benar-benar mengakui dan sadar akan adiksi dan akibat yang dialami. Mereka berusaha belajar tidak menggunakan zat/ obat-obatan.

4. Pemulihan menengah (*middle recovery*)

Pada tahap ini, pecandu memperbaiki kerusakan yang disebabkan oleh gaya hidup saat ketergantungan narkoba dan mengembangkan gaya hidup baru yang seimbang dan sehat. Mereka juga berusaha memperbaiki kerusakan sosial yang terjadi akibat ketergantungan.

5. Pemulihan akhir (*late recovery*)

Pada tahap ini pecandu menyelesaikan asal permasalahan yang dapat mempengaruhi kualitas pemulihan dan bertindak sebagai pemicu kekambuhan jangka panjang. Menurut Gorsky (1998 dalam Iswardani & Markum dalam Firmanzah, dkk, 2011) pada tahap ini terjadi pemantapan perkembangan kepribadian. Saat untuk mengevaluasi sistem nilai mana yang akan dianut dan mana yang akan ditinggalkan, pecandu sudah dapat menentukan sendiri mana yang tepat dan mana yang kurang tepat bagi dirinya. Sistem nilai yang tepat selanjutnya akan dijadikan pedoman hidupnya dikemudian hari.

6. Pemeliharaan (*maintenante*)

Pada tahap pemeliharaan pecandu melanjutkan program pertumbuhan dan perkembangan dan menjaga program pemulihan aktif untuk memastikan

bahwa mereka tidak tergelincir kembali ke dalam pola adiktif seperti sebelumnya.

Menurut Irwanto (1986), secara garis besar dapat dikatakan bahwa proses pelepasan seseorang dari ketergantungan narkoba akan melalui tiga tahap yang sinambung, yaitu :

a) Tahap penyembuhan

Tahap ini relatif singkat karena tujuan utamanya adalah menghilangkan kebiasaan memakai obat, meniadakan akibat-akibat fisik serta menghilangkan gangguan psikologis yang mungkin menyertainya.

b) Tahap rehabilitasi sosial

Tujuan tahap ini ialah memudahkan pecandu yang telah pulih untuk kembali ke masyarakat dengan penyesuaian yang baik. Penyesuaian sosial ini terbentuk melalui latihan keterampilan dan bimbingan kelompok.

c) Tahap *Aftercare*

Tahap ini sering juga disebut sebagai tahap bimbingan lanjut (*aftercare*). Pada tahap ini seseorang sudah tidak tergantung secara fisik, secara sosial sudah direhabilitasi dan sudah kembali ke tengah masyarakat untuk hidup sebagaimana layaknya orang biasa.

Dari berbagai tahapan tersebut, peneliti mengambil partisipan yang sedang berada pada tahapan ke lima dari tahapan pemulihan Gorsky, yaitu yang sedang menjalani pemulihan akhir (*late recovery*).

2.5 Remaja dan Ketergantungan Narkoba

Erikson (dalam Santrock, 2006) mengatakan bahwa tugas utama dalam tahap perkembangan remaja adalah tahap pencarian identitas. Pada saat ini individu dihadapkan pada pertanyaan siapa mereka, mereka sebenarnya apa, dan kemana mereka menuju dalam hidupnya. Adanya perubahan-perubahan psikologis dalam diri remaja seperti perubahan peran, dorongan untuk mendapatkan kebebasan, kegoncangan emosional juga seringkali menjadikan remaja digolongkan menjadi kelompok dengan risiko tinggi dalam hal penyalahgunaan obat (Irwanto, 1986).

Dalam kelompok usia remaja, terdapat suatu gejala psikologis tertentu sebagai akibat masa perkembangannya. Menurut Irwanto (1986), gejala paling menonjol pada masa perkembangan yaitu adanya kebutuhan atau keterikatan dalam kelompok sebaya (*peer group*) secara kuat. Karena keterikatan pada kelompok ini, maka keadaan tersebut dilihat sebagai suatu kultur atau kebiasaan remaja yang tampak sebagai berikut :

- Dalam kelompok sebaya seorang anggota seringkali dituntut harus setia terhadap kelompoknya.
- Hubungan timbal balik (interaksi sosial) dalam kelompok sebaya akan terjadi dengan sendirinya bilamana secara relatif kontrol atau pengawasan dari orang tua berkurang.
- Diantara anggota kelompok remaja tersebut terdapat persaingan yang tersembunyi, tujuannya adalah untuk mendapatkan status atau prestise dalam kelompok. Untuk itu, mereka melakukan tindakan guna mencari pengalaman baru.

Menurutnya, tingkah laku di atas seringkali erat kaitannya dengan penyalahgunaan zat/ obat pada kelompok remaja.

Penelitian yang dilakukan Hawari (1990 dalam Hawari, 2006) menyatakan bahwa seseorang akan terlibat penyalahgunaan narkoba dan dapat sampai pada ketergantungan apabila pada orang itu sudah ada faktor predisposisi, yaitu faktor yang membuat seseorang cenderung menyalahgunakan narkoba seperti gangguan kejiwaan (gangguan kepribadian/ antisosial, kecemasan dan depresi). Adanya faktor predisposisi ini saja belum cukup sehingga diperlukan faktor lain yang berperan serta pada penyalahgunaan/ ketergantungan narkoba yaitu faktor kontribusi yang merupakan kondisi keluarga yang terdiri dari tiga komponen keutuhan keluarga, kesibukan orang tua, dan hubungan interpersonal anggota keluarga. Bila faktor predisposisi dan kontribusi ini sudah ada, diperlukan satu faktor lagi yang mendorong terjadinya penyalahgunaan atau ketergantungan narkoba tadi yaitu faktor pencetus. Faktor pencetus yang dimaksud di sini seperti teman sebaya dan narkoba itu sendiri. Proses terjadinya penyalahgunaan dan

ketergantungan narkoba adalah hasil dari interaksi ketiga faktor tersebut (faktor predisposisi, faktor kontribusi dan faktor pencetus).

Dari uraian di atas dapat diketahui bahwa masa remaja merupakan masa yang cukup rentan terhadap penyalahgunaan narkoba. Hal tersebut disebabkan oleh berbagai hal baik dari diri individu, keluarga maupun lingkungan yang kemudian berinteraksi dan menjadikan remaja berisiko tinggi dalam penyalahgunaan narkoba.

2.6 Dinamika Hubungan Resiliensi dan Keberfungsian Keluarga pada Pecandu Narkoba

Menurut data BNN, angka ketergantungan narkoba dari tahun ke tahun semakin meningkat. Kecanduan/ ketergantungan terhadap narkoba merupakan hal yang sangat merugikan dan berbahaya karena dapat mengakibatkan ketergantungan fisik maupun psikologis. Seorang yang mengalami ketergantungan terhadap zat tersebut tidak mudah untuk menghentikan dan kembali ke kehidupan yang sehat tanpa menggunakan narkoba. Hal ini dikarenakan narkoba memiliki daya adiksi, toleran, serta habitual yang sangat tinggi sehingga membuat pemakainya sulit untuk melepaskan diri dari ketergantungan. Masalah yang paling krusial terkait hal tersebut adalah *relapse* (kambuh), dimana pecandu kembali menggunakan zat tersebut meskipun telah berkeinginan dan berusaha untuk menghentikannya. Menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder IV* (2000), hal itu memang merupakan salah satu ciri ketergantungan terhadap zat tersebut, dimana pecandu akan terus menggunakannya meskipun telah mendapat efek negatif dari penggunaannya itu.

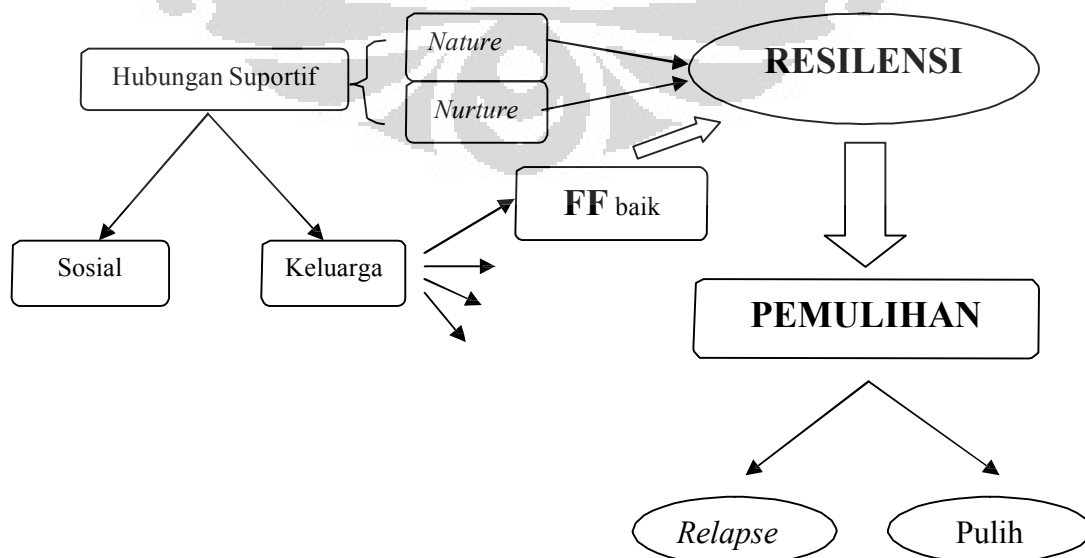
Melihat hal tersebut, peneliti merasa bahwa untuk dapat pulih dari ketergantungan, pecandu diharapkan memiliki ketahanan dalam dirinya untuk menghadapi tantangan selama pemulihan sehingga dapat mencapai dan mempertahankan pemulihan yang diinginkan. Connors, Maisto & Zywiak (1996) menyebutkan bahwa salah satu hal yang dibutuhkan untuk mendukung berhasilnya pemulihan (*recovery*) adalah resiliensi. Secara umum, resiliensi dapat dikatakan sebagai kemampuan untuk menghadapi dan beradaptasi terhadap berbagai tantangan atau kesulitan yang ditemui. Dengan memiliki kemampuan

adaptasi positif serta ketahanan dalam menghadapi tantangan, pecandu diharapkan dapat sukses melewati tahapan-tahapan proses pemulihan.

Salah satu faktor yang dapat mendukung terbentuknya resiliensi adalah keluarga. Hubungan yang baik dan mendukung dapat mempengaruhi resiliensi pecandu dalam menghadapi permasalahan yang sedang dihadapi. Keluarga yang berfungsi dengan baik diharapkan dapat memberikan dukungan bagi pecandu. Hal tersebut karena keluarga yang memiliki keberfungsian yang baik akan dapat menjalankan peran dan fungsinya dengan baik pula sehingga dapat memberikan kesejahteraan bagi masing-masing anggota keluarga termasuk pecandu. Menurut Epstein (1987), keluarga yang memiliki keberfungsian yang baik adalah keluarga yang memiliki penyelesaian masalah (*problem solving*), komunikasi (*communication*), peran keluarga (*family roles*), respon afektif (*affective responsiveness*), keterlibatan afektif (*affective involvement*) dan kontrol perilaku (*behavior control*) yang baik. Bila berbagai dimensi yang mendukung keberfungsian keluarga tersebut baik tentunya akan memberikan dukungan yang besar bagi pecandu sehingga diharapkan dapat meningkatkan kemampuan resiliensi pecandu dalam menghadapi tantangan selama pemulihan. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada bagan 2.1.

Bagan 2.1

Dinamika Hubungan Resiliensi dan Keberfungsian Keluarga pada Remaja Pecandu Narkoba yang Sedang Menjalani Pemulihan.



BAB 3

METODE PENELITIAN

Pada bab ini akan dijelaskan permasalahan penelitian, hipotesis penelitian, variabel penelitian, desain penelitian, tipe penelitian yang digunakan, partisipan penelitian, teknik pengumpulan data, instrumen penelitian, dan prosedur penelitian.

3.1 Permasalahan Penelitian

3.1.1 Masalah Konseptual

- Apakah terdapat hubungan antara resiliensi dan keberfungsian keluarga pada remaja pecandu narkoba yang sedang menjalani pemulihan?
- Dimensi keberfungsian keluarga yang berpengaruh terhadap resiliensi remaja pecandu narkoba yang sedang menjalani pemulihan?

3.1.2 Masalah Operasional

Masalah operasional dalam penelitian ini adalah :

- Apakah terdapat korelasi yang signifikan antara skor total resiliensi dari alat ukur RS (*Resilience Scale*) dengan skor total keberfungsian keluarga dari alat ukur FAD (*Family Assesment Device*) pada pecandu narkoba yang sedang menjalani proses pemulihan?
- Apakah terdapat perbedaan yang signifikan antara dimensi keberfungsian keluarga dan resiliensi pada remaja pecandu narkoba yang sedang menjalani pemulihan?

3.2 Hipotesis Penelitian

3.2.1 Hipotesis Alternatif (Ha)

- Terdapat korelasi yang signifikan antara skor total resiliensi yang didapat dari perhitungan RS (*Resilience Scale*) dan skor total keberfungsian keluarga yang didapat dari perhitungan FAD (*Family Assessment Device*) pada remaja pecandu narkoba yang sedang menjalani proses pemulihan.

- Terdapat perbedaan yang signifikan antara dimensi keberfungsian keluarga dan resiliensi pada remaja pecandu narkoba yang sedang menjalani pemulihan?

3.2.2 Hipotesis Null (Ho)

- Tidak terdapat korelasi yang signifikan antara skor total keberfungsian keluarga yang didapat dari perhitungan FAD (*Family Assessment Devive*) dan skor total resiliensi yang didapat dari perhitungan RS (*Resilience Scale*) pada remaja pecandu narkoba yang sedang menjalani pemulihan.
- Tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara dimensi keberfungsian keluarga dan resiliensi pada remaja pecandu narkoba yang sedang menjalani pemulihan.

3.3 Variabel Penelitian

Dalam penelitian ini terdapat dua buah variabel, berikut merupakan deskripsi variabel tersebut :

1. Variabel 1

Variabel pertama dalam penelitian ini adalah resiliensi. Definisi konseptual dari resiliensi adalah karakteristik personal yang dapat meringankan dampak negatif dan mendorong adaptasi positif terhadap stres yang sedang dihadapi (Portzky, Wagnild, Bacquer, Audenaert, 2010). Sedangkan definisi operasionalnya adalah rata-rata dari skor total resiliensi dari RS (*Resilience Scale*) yang dikembangkan oleh Wagnild & Young (1993).

2. Variabel 2

Variabel kedua dalam penelitian ini adalah keberfungsian keluarga. Definisi konseptual dari keberfungsian keluarga adalah bagaimana keluarga menjalankan peran dan fungsinya dalam memenuhi kebutuhan anggota keluarga baik secara fisik, psikologi maupun sosial yang kemudian berpengaruh terhadap kesejahteraan anggotanya. Sedangkan definisi operasionalnya adalah rata-rata dari skor total keberfungsian keluarga dari FAD (*Family Assessment Device*) yang dikembangkan oleh Epstein (1983).

3.4 Desain Penelitian

Desain penelitian ini termasuk non-eksperimental karena peneliti tidak melakukan manipulasi terhadap variabel yang diteliti dan tidak melakukan randomisasi pada sampel penelitian. Menurut Kerlinger (2000), penelitian non-eksperimental merupakan penelitian yang tidak melibatkan kontrol secara langsung terhadap variabel dan partisipan sebab sifat variabelnya memang tidak dapat dimanipulasi.

3.5 Tipe Penelitian

Kumar (1999), menggolongkan tipe penelitian menjadi tiga macam, yaitu menurut aplikasi, tujuan, dan pencarian informasi. Berdasarkan tipe aplikasi, maka penelitian ini termasuk *applied research*, karena informasi-informasi yang diperoleh dalam penelitian ini kemudian diaplikasikan untuk memahami fenomena tertentu. Berdasarkan tujuan penelitian, penelitian ini tergolong kepada penelitian korelasional karena penelitian ini mencoba menjelaskan kaitan antara dua variabel yaitu keberfungsian keluarga dan resiliensi. Sedangkan berdasarkan pencarian informasi, penelitian ini tergolong kepada penelitian kuantitatif, yaitu penelitian yang mengkuantifikasi variasi dalam suatu fenomena ataupun isu tertentu, yaitu adalah keberfungsian keluarga dan resiliensi.

3.6 Partisipan Penelitian

3.6.1 Karakteristik Partisipan

Populasi dari penelitian ini adalah remaja pecandu narkoba yang sedang menjalani pemulihan. Karakteristik sampel yang diambil yaitu sebagai berikut:

1) Mengalami kecanduan/ ketergantungan narkoba

Karakteristik ini merupakan karakteristik utama yang harus dimiliki oleh setiap calon partisipan. Dimana dalam DSM-IV (2000), orang yang ketergantungan narkoba mengalami gangguan klinis yang ditunjukkan dengan adanya tiga atau lebih kriteria berikut dan terjadi dalam periode 12 bulan :

- ① Toleransi, yakni adanya keinginan untuk meningkatkan jumlah narkoba untuk mencapai efek yang diinginkan atau untuk mengurangi efek putus zat

dengan melanjutkan menggunakan narkoba dengan jumlah zat yang sama.

- ② *Withdrawal*, merupakan karakteristik sindrom putus zat.
- ② Jumlah pemakaian zat semakin besar dan dalam jangka waktu yang lebih lama dari yang diinginkan.
- ② Ada keinginan terus menerus untuk menghentikan atau mengontrol penggunaan zat tetapi tidak berhasil.
- ② Menghabiskan banyak waktu dalam aktivitas sehari-hari untuk mendapatkan dan menggunakan zat atau memperoleh efek dari penggunaan zat.
- ② Aktivitas sosial, pekerjaan atau rekreasi terhenti atau berkurang karena penggunaan zat.
- ② Penggunaan zat tetap dilanjutkan meskipun mengetahui akan mendapatkan masalah fisik maupun psikologis yang disebabkan atau diperparah oleh penggunaan zat.

Dalam penelitian ini peneliti mengambil data di Badan Narkotika Nasional (BNN). Peneliti mengasumsikan bahwa residen yang sedang menjalani pemulihan memiliki ciri-ciri seperti yang telah disebutkan.

- 2) Sedang menjalani proses pemulihan dari kecanduan narkoba
- 3) Berusia 11-24 tahun

Secara umum batasan usia untuk remaja Indonesia adalah 11-24 tahun dan belum menikah (Sarwono, 2006).

3.6.2 Jumlah Partisipan

Pada awalnya, jumlah sampel yang ditetapkan dalam penelitian ini minimal 30 orang. Dalam perhitungan statistik parametrik, jumlah sampel minimal yang dapat digunakan adalah 30 orang (Guilford & Fruchter, 1981). Jumlah sampel minimal tersebut sudah memenuhi syarat batas minimum yang telah ditentukan untuk mendapatkan penyebaran data mendekati normal (kurva normal) (Guilford & Fruchter, 1981). Akan tetapi, sampel yang digunakan dalam penelitian ini berjumlah 40 orang. Menurut Guilford dan Fruchter (1981), penggunaan sampel yang semakin besar dapat semakin mengurangi terjadinya bias.

3.6.3 Teknik Pengambilan Sampel

Partisipan dalam penelitian ini tidak diambil secara acak tetapi merupakan orang-orang yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya. Penelitian ini menggunakan metode *non-probability sampling* sehingga tidak semua orang di dalam populasi mendapatkan kesempatan yang sama untuk menjadi sampel dalam penelitian (Kumar, 1999). Tipe *non-probability sampling* yang digunakan adalah *accidental sampling*, yaitu pemilihan sampel berdasarkan ketersediaan dan kesediaan partisipan untuk menjadi partisipan penelitian. Penggunaan tipe ini merupakan cara yang murah untuk menyeleksi partisipan dan mendapatkan partisipan dengan karakteristik yang sesuai (Kumar, 1999).

3.7 Teknik Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini berbentuk kuesioner. Kuesioner merupakan sejumlah pertanyaan tertulis yang akan dijawab oleh partisipan (Kumar, 1999). Penggunaan kuesioner dilakukan dengan tujuan efisiensi waktu dan tenaga sehingga memudahkan peneliti untuk mengumpulkan banyak data dalam waktu yang singkat (Kumar, 1999).

Partisipan akan diberikan sebuah kuesioner yang terdiri dari dua alat ukur yaitu alat ukur keberfungsian keluarga dan alat ukur resiliensi. Alat ukur keberfungsian keluarga yang digunakan adalah FAD (*Family Assessment Device*) yang terdiri dari 53 item dan alat ukur resiliensi menggunakan RS (*Resilience Scale*) yang terdiri dari 25 item.

Data kontrol yang digunakan dalam penelitian ini yaitu jenis kelamin, usia, urutan kelahiran, pendapatan orang tua dan status pernikahan orang tua. Penyebaran kuesioner dilakukan dengan mendatangi tempat rehabilitasi pecandu narkoba. Peneliti bertemu dan membagikan kuesioner secara langsung pada partisipan.

3.8 Instrumen Penelitian

3.8.1 Alat Ukur Resiliensi

Alat ukur resiliensi yang digunakan dalam penelitian ini adalah Skala Resiliensi (*Resilience Scale*) yang dikembangkan oleh Wagnild & Young (1993).

Alat ukur *Resilience Scale* telah diuji cobakan pada banyak etnis dengan berbagai rentang usia termasuk remaja. Dari hasil tersebut diketahui bahwa *Resilience Scale* memiliki nilai validitas dan reliabilitas yang baik. Alat ukur ini terdiri dari 25 *item* yang semuanya berupa pernyataan positif yang menggambarkan diri seseorang dengan menggunakan 7 skala likert, mulai dari 1 (setuju) hingga 7 (sangat tidak setuju). Alat ukur *Resilience Scale* terdiri dari dua faktor yaitu *personal competence* dan *acceptance of self and life*. Contoh *item* dikedua faktor alat ukur *Resilience Scale* dapat dilihat pada tabel 3.1.

Tabel 3.1

Faktor Resiliensi

Faktor Resiliensi	Contoh <i>Item</i>
<i>Personal competence</i>	Dalam situasi kritis, saya adalah orang yang dapat diandalkan.
<i>Acceptance of self and life</i>	Menurut saya tidak masalah jika ada orang yang tidak menyukai saya.

3.8.1.1 Adaptasi Alat Ukur

Alat ukur Skala Resiliensi (*Resilience Scale*) sebelumnya telah diadaptasi dan digunakan oleh Alimi (2005) dalam penelitiannya mengenai resiliensi remaja berisiko tinggi ditinjau dari faktor protektif. Peneliti melakukan adaptasi alat ukur *Resilience Scale* dengan menerjemahkan bentuk asli *Resilience Scale* dari bahasa Inggris ke bahasa Indonesia dibantu oleh seorang ahli bahasa kemudian membandingkan hasil tersebut dengan alat ukur yang telah diadaptasi oleh Alimi (2005). Beberapa struktur kalimat dan kata-kata diubah supaya lebih dipahami saat dibaca. Setelah itu, peneliti menguji apakah hasil alat ukur terjemahan telah sesuai dan tidak mengubah makna dari bentuk alat ukur aslinya dengan melakukan *expert judgment* pada dosen psikologi untuk mengetahui apakah bahasa yang digunakan sudah dapat dipahami dan digunakan pada partisipan penelitian. Hasil dari *expert judgment* tersebut beberapa item perlu revisi dalam hal penyusunan dan pemilihan kata supaya alat ukur lebih mudah dipahami oleh partisipan. Setelah proses *expert judgement*, alat ukur diuji coba.

Selain memperbaiki struktur bahasa, peneliti juga mengurangi jumlah skala pada tabel alternatif jawaban. Hal ini peneliti lakukan mengacu pada hasil adaptasi Alimi (2005), terkait masukan dari partisipan remaja mengenai tabel

alternatif pilihan jawaban pada alat ukur. Alternatif jawaban pada alat ukur *Resilience Scale* yang berskala 1 sampai 7 dirasakan partisipan uji coba terlalu banyak sehingga mereka membutuhkan waktu lebih lama untuk menentukan pilihan. Selain itu, tabel alternatif yang terlalu banyak menjadikan jawaban partisipan mengumpul di tengah-tengah. Berdasar hal tersebut, peneliti juga memutuskan untuk menggunakan 4 skala dalam alat ukur *Resilience Scale* yang akan digunakan, yaitu mulai dari 1 (sangat tidak sesuai), 2 (tidak sesuai), 3 (sesuai) sampai dengan 4 (sangat sesuai).

3.8.1.2 Metode Pengolahan Data

Setiap item memiliki alternatif pilihan jawaban 1 sampai 4. Semua item dalam *Resilience Scale* merupakan item *favorable*. Oleh karena itu, semua partisipan akan mendapatkan skor sesuai dengan alternatif pilihan jawaban. Jika ia memilih angka 1 berarti yang bersangkutan mendapatkan skor 1 untuk item tersebut, dan seterusnya. Total skor yang mungkin diperoleh setiap partisipan berkisar antara 25 sampai dengan 100.

3.8.1.3 Uji Coba Alat Ukur

Uji coba alat ukur *Resilience Scale* dilakukan pada partisipan dengan karakteristik mendekati partisipan sesungguhnya, yaitu remaja berusia 12 hingga 20 tahun. Uji coba dilakukan pada partisipan berjumlah 50 orang yang terdiri dari siswa SMA, SMP dan beberapa mahasiswa. Uji coba ini dilakukan untuk mengetahui reliabilitas dan validitas alat ukur serta mengetahui tingkat pemahaman responden terhadap item yang terdapat dalam kuesioner sehingga dapat diketahui item-item yang sulit dipahami dan item tersebut dapat diperbaiki sebelum pengambilan data yang sebenarnya dilakukan.

Dari uji coba yang dilakukan diperoleh nilai reliabilitas sebesar 0.756. Mengacu pada batasan koefisien reliabilitas menurut Aiken (2000), yaitu 0.6, alat ukur *Resilience Scale* memiliki reliabilitas yang baik.

Untuk uji validitas alat ukur *Resilience Scale* dilakukan menggunakan metode *internal consistency* dengan mengacu pada Aiken & Groth (2006), yaitu menggunakan batas minimal koefisien korelasi untuk *item-total correlation*

sebesar 0.2. Berdasarkan hasil perhitungan yang dilakukan diperoleh nilai validitas per item berkisar antara -0.03 hingga 0.520 dengan jumlah item di bawah 0.2 sebanyak 6 item. Berdasarkan hasil tersebut, item-item yang memiliki nilai validitas di bawah 0.2 diperbaiki kembali.

3.8.2 Alat Ukur Keberfungsian Keluarga

Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan hasil adaptasi alat ukur FAD (*Family Assessment Device*) yang dibuat oleh Epstein (1983). Alat ukur ini terdiri dari 53 item yang menggambarkan enam dimensi MMFF (*McMaster Model of Family Functioning*) dan ditambah satu bagian lagi yang mengukur keberfungsian keluarga secara umum (*general functioning*). Epstein telah mengujicobakan alat ukur tersebut pada 503 partisipan dari berbagai latar belakang keluarga. Hasil tersebut menunjukkan alat ukur FAD memiliki validitas dan reliabilitas yang baik (Epstein, 1983). Alat ukur ini terdiri 7 dimensi dengan jumlah item seperti pada tabel 3.2.

Tabel 3.2
Dimensi keberfungsian keluarga

Dimensi	Item	Contoh Item
Pemecahan masalah (<i>problem solving</i>)	1, 8, 15, 22, 29	Dalam keluarga saya, setelah mencoba menyelesaikan suatu masalah, kami akan mendiskusikan bersama apakah solusi tersebut berhasil atau tidak.
Komunikasi (<i>communication</i>)	2, 9, 16, 23, 30, 36	Di dalam keluarga, kami mengatakan secara langsung tentang apa yang kami maksud.
Peran keluarga (<i>family roles</i>)	3, 10, 17, 24, 31, 37, 42, 46	Di dalam keluarga saya, hanya ada sedikit waktu untuk menekuni minat-minat pribadi.
Keterlibatan afektif (<i>affective involvement</i>)	5, 12, 19, 26, 33, 39, 43	Ketika ada anggota keluarga yang mengalami masalah, anggota keluarga lainnya berusaha untuk ikut membantu.
Kontrol perilaku (<i>behavior control</i>)	6, 13, 20, 27, 34, 40, 44, 47, 51	Di dalam keluarga saya, kami dapat dengan mudah melanggar aturan.
Fungsi umum (<i>general function</i>)	7, 14, 21, 28, 35, 41, 45, 48, 49, 50, 52, 53	Dalam keluarga saya, pada masa-masa kritis kami dapat meminta dukungan satu sama lain.

3.8.2.1 Metode Pengolahan Data

FAD memiliki skala penilaian 1 (sangat tidak setuju) sampai dengan 4 (sangat setuju). Semakin tinggi skor keberfungsian keluarga maka keberfungsian keluarganya semakin baik. Dalam alat ukur ini terdapat beberapa item *unfavorable*. Oleh karena itu, beberapa item tersebut perlu dibalik terlebih dahulu sehingga alternatif pilihan jawaban yang tadinya 1 diubah menjadi 4, 2 menjadi 3, 3 menjadi 2 dan 4 menjadi 1. Dengan demikian, semua item dapat diberikan skor sama 1 - 4 sesuai dengan alternatif jawaban yang dipilih. Skor 1 jika memilih alternatif jawaban 1, dan seterusnya. Setelah itu, seluruh skor dijumlahkan. Dari penjumlahan skor tiap item tersebut, dapat diperoleh total skor FAD antara 53 sampai dengan 212.

3.8.2.2 Adaptasi Alat Ukur Keberfungsian Keluarga

Penelitian ini menggunakan alat ukur *Family Assessment Device* (FAD). Peneliti kemudian menerjemahkan bentuk asli FAD dari bahasa Inggris ke bahasa Indonesia. Beberapa struktur kalimat dan kata-kata diubah supaya lebih dipahami saat dibaca tanpa mengubah makna dari *item* tersebut. Setelah itu, peneliti menguji apakah hasil alat ukur terjemahan telah sesuai dan tidak mengubah makna dari bentuk alat ukur aslinya melalui dua cara, yaitu *expert judgment* dengan ahli bahasa Inggris untuk memperbaiki bahasa yang digunakan dalam alat ukur. Hasilnya beberapa item perlu perbaikan kata agar lebih mudah dipahami. Setelah melakukan perbaikan, peneliti melakukan konsultasi pada dua dosen psikologi untuk mengetahui apakah bahasa yang digunakan sudah dapat dipahami dan digunakan pada partisipan. Hasil dari konsultasi tersebut beberapa item perlu revisi dalam hal penyusunan dan penggunaan kata-kata. Setelah proses *expert judgment*, dilakukan uji keterbacaan pada 19 siswa SMA untuk mengetahui apakah bahasa yang digunakan dalam alat ukur sudah dapat dipahami. Dari uji keterbacaan tersebut peneliti memperbaiki pemilihan kata dan struktur bahasa beberapa item yang dianggap masih sulit dimengerti oleh partisipan. Setelah itu, alat ukur diuji coba pada 50 remaja.

3.8.2.3 Uji Coba Alat Ukur Keberfungsian Keluarga

Pada penelitian ini, alat ukur keberfungsian keluarga yang digunakan merupakan adaptasi dari alat ukur FAD (*Family Assessment Device*) oleh Epstein (1983). Uji coba dilakukan pada 50 remaja usia 12- 20 tahun yang terdiri dari siswa SMP, SMA, dan mahasiswa. Tujuan dilakukannya uji coba ini yaitu untuk mengetahui reliabilitas dan validitas alat ukur serta mengetahui tingkat pemahaman responden terhadap item yang terdapat dalam kuesioner (uji keterbacaan) sehingga dapat diketahui *item-item* yang sulit dipahami sebelum pengambilan data yang sesungguhnya dilakukan.

Dari uji coba yang dilakukan diperoleh reliabilitas secara keseluruhan sebesar 0.906. Sedangkan untuk reliabilitas setiap dimensi dapat dilihat pada tabel 3.3.

Tabel 3.3

Hasil uji coba reliabilitas FAD

Dimensi Keberfungsian Keluarga	Hasil Uji Coba
Pemecahan masalah (<i>problem solving</i>)	0.623
Komunikasi (<i>communication</i>)	0.623
Peran keluarga (<i>family roles</i>)	0.331
Respon afektif (<i>affective responsiveness</i>)	0.675
Keterlibatan afektif (<i>affective involvement</i>)	0.639
Kontrol perilaku (<i>behavior control</i>)	0.589
Fungsi umum (<i>general function</i>)	0.863

Berdasarkan batasan koefisien reliabilitas menurut Aiken (2000), yaitu 0.6 maka alat ukur FAD memiliki reliabilitas yang baik secara keseluruhan. Bila dilihat per dimensi, sebagian besar dimensi-dimensi yang menyusunnya yaitu *problem solving*, *communication*, *affective responsiveness*, *affective involvement*, dan *general function* memiliki reliabilitas yang baik, tetapi untuk dimensi *family role* dan *behavior control* masih memiliki reliabilitas di bawah 0.6.

Uji validitas alat ukur keberfungsian keluarga dilakukan menggunakan metode *internal consistency*. Dari uji coba yang dilakukan diperoleh validitas per dimensi masing-masing item. Untuk hasilnya ujicoba validitas tersebut dapat dilihat pada tabel 3.4.

Tabel 3.4
Hasil Uji Coba Validitas Alat Ukur FAD

Dimensi Keberfungsian Keluarga	Hasil Uji Coba
Pemecahan masalah (<i>problem solving</i>)	0.293 - 0.550
Komunikasi (<i>communication</i>)	0.088 - 0,577
Peran keluarga (<i>family roles</i>)	(-0.354) - 0,384
Respon afektif (<i>affective responsiveness</i>)	0.090 - 0,688
Keterlibatan afektif (<i>affective involvement</i>)	(-0.032) - (-0.575)
Kontrol perilaku (<i>behavior control</i>)	(-.186) - 0,507
Fungsi umum (<i>general function</i>)	0.412 - 0,679

Mengacu pada Aiken & Groth (2006), penelitian ini menggunakan batas minimal koefisien korelasi untuk *item-total correlation* adalah 0.2. Berdasarkan hasil di atas, terdapat 9 *item* yang tidak memiliki koefisien korelasi yang baik dan item tersebut tidak diikutsertakan dalam *skoring* hasil penelitian.

3.9 Prosedur Penelitian

3.9.1 Tahap Persiapan

Pada tahap ini peneliti mencari literatur dari berbagai sumber terkait keberfungsian keluarga, resiliensi, dan berbagai hal yang terkait dengan remaja pecandu yang sedang dalam proses pemulihan. Sumber tersebut berupa buku, *e-book*, jurnal, disertasi, tesis, skripsi dan artikel ilmiah lainnya. Sejak awal peneliti dan kelompok payung penelitian menetapkan teori dan alat ukur keberfungsian keluarga yang akan digunakan mengacu pada Epstein. Sedangkan untuk teori dan alat ukur resiliensi peneliti mengacu pada teori Wagnild & Young. Selanjutnya peneliti mencari alat ukur yang didasari oleh teori tersebut.

Alat ukur keberfungsian keluarga didapat melalui adaptasi alat ukur yang terdapat di jurnal Epstein (1983). Proses adaptasi dilakukan dengan cara penerjemahkan, modifikasi item, *expert judgement*, dan revisi item. Setelah diadaptasi alat ukur keberfungsian keluarga dimasukan ke dalam format kuesioner dan diujicobakan pada 50 partisipan. Berdasarkan hasil uji coba, terdapat 9 item yang memiliki validitas 0,2. Oleh karena itu, peneliti tidak memasukan item tersebut dalam perhitungan skor keberfungsian keluarga.

Untuk resiliensi, setelah menemukan alat ukur peneliti mencari informasi mengenai penggunaan alat ukur tersebut di Indonesia yang ternyata sudah pernah diadaptasi oleh Alimi (2005). Kemudian peneliti melakukan *expert judgment* pada salah satu dosen psikologi untuk mengetahui apakah hasil adaptasi alat ukur tersebut bisa langsung digunakan atau tidak. Dari hasil *expert judgment* tersebut ternyata masih terdapat item-item yang dirasa sulit dipahami oleh partisipan penelitian ini. Oleh karena itu, peneliti mengadaptasi kembali item-item *Resilience Scale* dengan mengacu pada hasil adaptasi yang sudah ada. Peneliti memperbaiki bahasa-bahasa yang dirasa masih sulit dipahami oleh partisipan penelitian ini seperti “Saya biasanya menjadikan segala sesuatunya ada dalam jangkauan saya” diubah menjadi “Saya biasanya dapat menangani sesuatu dengan mudah”. Setelah proses adaptasi selesai, dilakukan uji coba dan dilakukan perbaikan item yang memiliki nilai validitas di bawah 0,2. Setelah semua alat ukur siap digunakan, kedua alat ukur tersebut dibuat kuesioner dalam bentuk *booklet* untuk kemudian dibagikan pada partisipan.

Sebelum menyebar kuesioner peneliti juga melakukan *survey* di beberapa tempat rehabilitasi narkoba. Dari hasil *survey* tersebut, akhirnya peneliti memutuskan untuk memilih Badan Narkotika Nasional sebagai tempat pengambilan data. Hal tersebut dilakukan dengan mempertimbangkan ketersediaan partisipan penelitian yang lebih banyak dan lebih beragam.

3.9.2 Tahap Pelaksanaan

Pengambilan data dilakukan pada tanggal 14 Mei hingga 21 Mei 2012. Penyebaran kuesioner dilakukan dengan menemui partisipan dan memintanya untuk mengisi kuesioner secara langsung. Peneliti memberikan sebuah kuesioner yang terdiri dari alat ukur resiliensi dan alat ukur keberfungsian keluarga pada setiap partisipan. Penelitian dilakukan di Pusat Rehabilitasi Narkoba, BNN (Badan Narkotika Nasional) Lido Bogor dengan jumlah partisipan sebanyak 63 orang. Akan tetapi, karena terdapat partisipan yang tidak sesuai dengan karakteristik yang telah ditetapkan sebelumnya, data yang dapat diolah berjumlah 40 orang.

Terdapat tiga tahapan yang akan dilalui residen yang baru masuk hingga akhirnya dinyatakan sembuh total. Tiga tahapan yang dimaksud adalah tahapan *healing, revolution* dan *transformation*. Tahapan pertama, pasien akan menjalani detoksifikasi atau putus zat dengan terapi simptomik secara berkelanjutan selama satu bulan. Setelah itu, residen akan menjalani program *primary* selama 6 bulan, yakni dengan pola rehabilitasi sosial dengan *therapeutic community* (TC). Selanjutnya, program TC lanjutan yaitu terapi vokasional dan resosialisasi selama 5 bulan. Setelah menjalani 1 tahun program masih dilakukan pemantauan. Jika sudah dinyatakan sembuh, maka akan dikembalikan pada keluarganya masing-masing dengan sebelumnya menjadi tiga tahapan yang disebut dengan program *Back to family*. Metode yang digunakan untuk memulihkan pecandu adalah medis, sosial, *therapeutic community* (terapi berbasis komunitas), religi, akupunktur dan hipnoterapi.

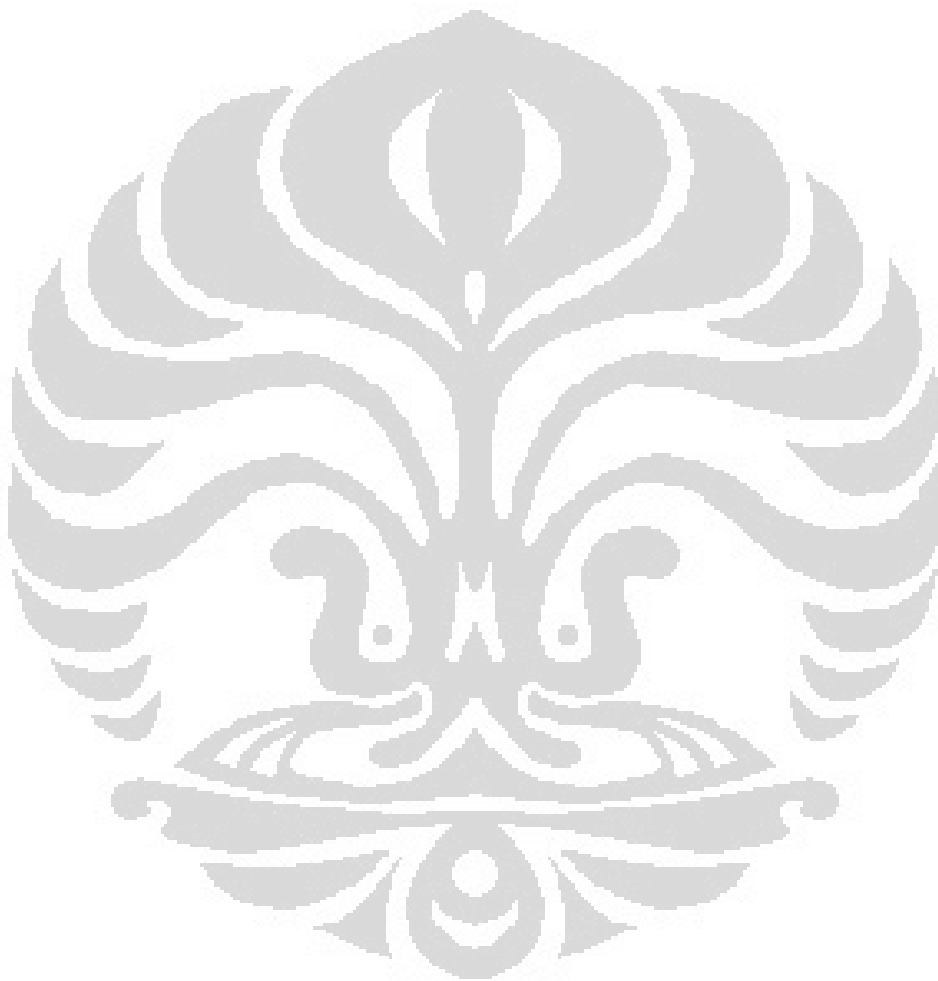
3.9.3 Tahap Pengolahan Data

Data yang telah terkumpul pada tahap pelaksanaan, dilakukan seleksi agar data yang tidak diisi dengan lengkap tidak dimasukkan dalam pengolahan data. Data yang telah dipilih tersebut, kemudian diolah secara kuantitatif dengan menggunakan program SPSS 16.

3.10 Analisis

Untuk melihat hubungan antara keberfungsian keluarga dan resiliensi, akan digunakan teknik analisis *pearson correlation*. Penghitungan *pearson correlation* digunakan karena penelitian ini menghubungkan variabel resiliensi yang merupakan variabel kontinu dengan variabel keberfungsian keluarga yang juga merupakan variabel kontinu. Untuk mengetahui dimensi mana yang paling berpengaruh antar kedua variabel digunakan teknik perhitungan *multiple regression*. Selain itu, untuk melakukan analisis tambahan peneliti juga akan menggunakan statistik deskriptif (untuk mengetahui nilai *mean*, frekuensi, standar deviasi (SD), nilai minimum dan maksimum masing-masing variabel serta untuk mengetahui gambaran umum keberfungsian keluarga dan resiliensi partisipan), *Independent Sample t-test* (untuk mengetahui signifikansi perbedaan *mean* antara

dua kelompok, seperti signifikansi perbedaan nilai *mean* berdasarkan jenis kelamin dan usia), dan *One-Way Analysis of Variance* (untuk mengetahui signifikansi perbedaan mean antara dua kelompok atau lebih seperti status pernikahan dan pendapatan orang tua).



BAB 4

HASIL PENGOLAHAN DATA

Pada bab ini, peneliti akan menjabarkan hasil yang diperoleh dari data yang telah dikumpulkan serta pengolahan data statistik yang telah dilakukan. Hasil yang akan dijabarkan dalam penelitian ini adalah gambaran umum karakteristik partisipan, hasil utama penelitian, dan analisis hasil tambahan penelitian. Partisipan dalam penelitian ini berjumlah 40 orang.

4.1. Gambaran Umum Partisipan

4.1.1 Gambaran Umum Karakteristik Partisipan

Hasil gambaran umum karakteristik partisipan diperoleh melalui data identitas diri yang dicantumkan pada setiap kuesioner. Gambaran umum karakteristik partisipan yang akan dideskripsikan meliputi jenis kelamin, usia, urutan kelahiran, pendapatan orang tua, dan status pernikahan orang tua. Hasil perhitungan distribusi frekuensi dari gambaran karakteristik partisipan tersebut dapat dilihat dalam tabel 4.1

Tabel 4.1

Karakteristik Partisipan

Karakteristik	Frekuensi	Presentase
Jenis Kelamin		
Laki-laki	30	75%
Perempuan	10	25%
Usia		
16-18 tahun	11	25.6%
19-21 tahun	6	14%
22-24 tahun	23	53.5%
Urutan Kelahiran		
Bungsu	18	45%
Tengah	14	35%
Sulung	6	15%
Tunggal	2	5%

Tabel 4.1 (Lanjutan)

Karakteristik	Frekuensi	Presentase
Pendapatan orang tua		
<500.000	1	2.5%
500.000-1.000.000	2	5%
1000.000-2.500.000	7	17.5%
2.500.000-5.000.000	5	12.5%
>5.000.000	23	57.5%
NA	2	5%
Status pernikahan orang tua		
Menikah	28	65.1%
Berceraai	6	14%
Pasangan meninggal	4	9.3%
NA	2	4.7%

Berdasarkan data dari tabel 4.1, dapat diketahui bahwa sebagian besar partisipan penelitian adalah laki-laki dengan jumlah 30 partisipan (75%). Rata-rata usia partisipan adalah 21.02 tahun. Berdasarkan urutan kelahiran partisipan, jumlah terbanyak adalah anak terakhir (anak bungsu) yaitu berjumlah 18 orang (45%). Jumlah pendapatan orang tua sebagian besar di atas Rp 5.000.000,- yaitu berjumlah 23 orang (57.5%). Status pernikahan orang tua partisipan sebagian besar menikah yaitu sebanyak 28 orang (65.1%).

4.1.2 Gambaran Resiliensi

Gambaran resiliensi dilihat dari nilai *mean*, nilai minimum, dan nilai maksimum pada partisipan yang mengisi alat ukur *Resilience Scale*. Nilai *mean* partisipan yang mengikuti penelitian ini sebesar 57.35 ($SD = 5.934$) dengan nilai minimum sebesar 46 dan nilai maksimum sebesar 73. Hasil tersebut dapat dilihat dalam tabel 4.2.

Tabel 4.2

Deskriptif Statistik Resiliensi

N	M	Nilai		SD
		Minimum	Maksimum	
40	57.35	46	73	5.934

Gambaran perbandingan nilai *mean* setiap faktor resiliensi dapat dilihat pada tabel 4.3.

Tabel 4.3

Tabel Perbandingan Nilai *Mean* Faktor Resiliensi

Dimensi	Rentang Skor	<i>M</i> Rentang skor	<i>M</i> partisipan
<i>Personal competence</i>	13-52	32,5	39.13
<i>Acceptance of self and life</i>	6-24	15	18.22

Berdasarkan tabel 4.3, dapat dilihat bahwa seluruh nilai *mean* partisipan berada di atas nilai *mean* setiap dimensi. Oleh karena itu, dapat dikatakan bahwa partisipan memiliki nilai *personal competence* dan *acceptance of self and life* yang cukup baik.

4.1.3 Gambaran Keberfungsian Keluarga

Pada penelitian ini, peneliti juga melihat gambaran keberfungsian keluarga dari data yang diperoleh. Hasil yang didapat berupa nilai *mean* keberfungsian keluarga partisipan sebesar 123.45 (*SD* = 15.929) dengan nilai minimum sebesar 93 dan nilai maksimum sebesar 170. Hasil tersebut dapat terlihat di tabel 4.5

Tabel 4.4

Deskriptif Statistik Keberfungsian Keluarga

<i>N</i>	<i>M</i>	Nilai Minimum	Nilai Maksimum	<i>SD</i>
40	123.45	93	170	15.929

Gambaran perbandingan nilai *mean* setiap dimensi keberfungsian keluarga dapat dilihat pada table 4.5.

Tabel 4.5
Perbandingan Nilai *Mean* Dimensi Keberfungsian Keluarga

Dimensi	Rentang Skor	<i>M</i> Rentang Skor	<i>M</i> Partisipan
<i>Problem solving</i>	5-20	12.5	14.73
<i>Communication</i>	3-12	7.5	8.20
<i>Roles</i>	5-20	12.5	13.32
<i>Affective Responsiveness</i>	5-20	12.5	13.80
<i>Affective Involvement</i>	6-24	15	15.90
<i>Behavior Control</i>	8-32	20	23.00

Berdasar tabel di atas dapat dilihat bahwa seluruh *mean* partisipan pada setiap dimensi berada di atas rata-rata. Oleh karena itu, dapat dikatakan bahwa secara umum partisipan memiliki *problem solving*, *behavior control*, *roles*, *affective responsiveness*, *communication* dan *affective involvement* yang cukup baik.

4.2 Hasil Utama Penelitian

4.2.1 Hubungan Resiliensi dan Keberfungsian Keluarga

Teknik statistik yang digunakan untuk mengetahui hubungan antara keberfungsian keluarga dan resiliensi adalah teknik korelasi *Pearson Product Moment*. Koefisien korelasi yang didapat yaitu $r = +0.376$ dan $p = 0.017^*$ yang berarti signifikan pada L.o.S 0.05, *two tailed*. Hubungan yang signifikan ini membuat hipotesis nol ditolak dan hipotesis alternatif diterima sehingga dapat diinterpretasikan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara keberfungsian keluarga dan resiliensi pada remaja pecandu narkoba yang sedang menjalani pemulihan. Skor korelasi yang positif menunjukkan bahwa semakin tinggi keberfungsian keluarga maka semakin tinggi pula resiliensi yang dimiliki remaja pecandu narkoba yang sedang menjalani pemulihan. Hasil dari $r^2 = 0.141$ atau 14.1 %. Dapat dikatakan bahwa 14.1 % variasi skor resiliensi dapat dijelaskan dari skor keberfungsian keluarga dan sisanya disebabkan oleh faktor-faktor lain. Hasil

perhitungan korelasi keberfungsian keluarga dan resiliensi dapat dilihat pada tabel 4.6.

Tabel 4.6

Hasil Perhitungan Korelasi antara Keberfungsian Keluarga dan Resiliensi

Variabel	<i>R</i>	Sig (<i>p</i>)	<i>r</i> ²
Keberfungsian keluarga	0.376	0.017*	0.14
Resiliensi			1

Signifikan pada *L.o.S .0,05

4.2.2 Pengaruh Dimensi Keberfungsian Keluarga Terhadap Resiliensi

Untuk mengetahui pengaruh keberfungsian keluarga terhadap resiliensi digunakan teknik perhitungan regresi ganda. Hasil perhitungan regresi dimensi keberfungsian keluarga dan resiliensi dapat dilihat pada tabel 4.7.

Tabel 4.7

Hasil Perhitungan Regresi Dimensi Keberfungsian Keluarga dan Resiliensi

<i>R</i>	<i>R</i> ²	Sig.
0.677	0.459	0.002*

*Signifikan pada L.o.S 0.05

Berdasarkan tabel 4.7, didapatkan nilai *R* sebesar 0.677 dan signifikan pada L.o.S 0.05. Hal ini berarti terdapat hubungan yang signifikan antara keberfungsian keluarga dan resiliensi pada remaja pecandu narkoba yang sedang menjalani pemulihan. Skor korelasi yang positif menunjukkan bahwa semakin tinggi keberfungsian keluarga maka semakin tinggi pula resiliensi yang dimiliki remaja pecandu narkoba yang sedang menjalani pemulihan. Dari hasil tersebut dapat dikatakan bahwa keberfungsian keluarga berpengaruh sebesar 45.9 % terhadap resiliensi dan 54,1 % disebabkan oleh hal lain.

Perhitungan regresi ganda juga digunakan untuk melihat dimensi keberfungsian keluarga yang paling mempengaruhi resiliensi. Hasil perhitungan dapat dilihat pada tabel 4.8.

Tabel 4.8
Hasil Perhitungan Regresi Ganda Keberfungsian Keluarga dan Resiliensi

Dimensi FF	Beta (β)	Sig.
<i>Problem solving</i>	0.210	0.217
<i>Communication</i>	0.097	0.617
<i>Family roles</i>	0.216	0.375
<i>Affective responsiveness</i>	-0.327	0.086
<i>Affective involvement</i>	-0.340	0.047*
<i>Behavior control</i>	0.546	0.017*

*Signifikan pada L.o.S 0.05

Berdasarkan data dari tabel 4.8, dapat disimpulkan bahwa dimensi keberfungsian keluarga yang signifikan memberikan pengaruh pada resiliensi adalah *behavior control* dan *affective involvement*. *Behavior control* adalah dimensi yang paling berpengaruh terhadap resiliensi pada remaja pecandu narkoba yang sedang menjalani pemulihan yaitu $Beta = 0.546$ dan $p = 0.017^*$.

4.3 Hasil Tambahan Penelitian

Selain hasil utama, didapat juga hasil tambahan dalam penelitian yaitu perbandingan nilai *mean* resiliensi dan keberfungsian keluarga berdasarkan data karakteristik partisipan yang diperoleh melalui perhitungan *independent sample t-test* dan *one-way analysis of variance* (ANOVA).

4.3.1 Gambaran Resiliensi dan Keberfungsian Keluarga Berdasarkan Data Karakteristik Partisipan

Pada bagian ini, hasil yang diperoleh merupakan gambaran resiliensi dan keberfungsian keluarga yang ditinjau dari data karakteristik partisipan seperti jenis kelamin, usia, urutan kelahiran, pendapatan orang tua dan status pernikahan orang tua.

Tabel 4.9

Signifikansi Perbedaan Resiliensi (RS) dan Keberfungsian Keluarga (FAD)
Berdasarkan Data Karakteristik Partisipan

Karakteristik	Variabel	Data Partisipan	N	M	Sig.	Ket.
Jenis Kelamin	FF	Laki-laki	30	122.43	$t = -0.694$ $p = 0.492$ ($p > .05$)	Tidak Signifikan
		Perempuan	10	126.50		
	RS	Laki-laki	30	57.27	$t = -0.152$ $p = 0.880$ ($p > .05$)	Tidak Signifikan
		Perempuan	10	57.60		
Usia	FF	16-18	11	122.45	$F = 0.085$ $p = 0.918$ $p (> 0.05)$	Tidak Signifikan
		19-21	6	125.83		
		22-24	23	123.30		
	RS	16-18	11	54.27	$F = 2.529$ $p = 0.093$ $p (> 0.05)$	Tidak Signifikan
		19-21	6	56.83		
		22-24	23	58.96		
Urutan kelahiran	FF	Sulung	6	124.17	$F = 0.445$ $p = 0.722$ $p (> 0.05)$	Tidak Signifikan
		Tengah	15	126.80		
		Bungsu	17	120.18		
		Tunggal	2	124.00		
	RS	Sulung	6	54.67	$F = 1.136$ $p = 0.348$ $p (> 0.05)$	Tidak signifikan
		Tengah	15	59.27		
		Bungsu	17	56.41		
		Tunggal	2	59.00		
Status pernikahan Ortu	FF	Menikah	28	127.57	$F = 2.581$ $p = 0.069$ $p (> 0.05)$	Tidak Signifikan
		Bercerai	6	112.83		
		Pasangan	4	111.25		
		meninggal	2	122.00		
	RS	Menikah	28	57.75	$F = 0.178$ $p = 0.911$ $p (> 0.05)$	Tidak signifikan
		Bercerai	6	56.83		
		Pasangan	4	55.50		
		meninggal	2	57.00		

Karakteristik	Variabel	Data Partisipan	N	M	Signifikansi	Ket
Pendapatan orang tua	FF	<500.000	1	118.00	F =0.859 p =0.518 p (>0.05)	Tidak signifikan
		500.000-1.000.000	2	121.00		
		1.000.000-2.500.000	7	118.14		
		2.500.000-5.000.000	5	113.60		
		>5.000.000	23	127.52		
		NA	2	125.00		
	RS	<500.000	1	55.00	F = 0.335 p = 0.888 p (>0.05)	Tidak signifikan
		500.000-1.000.000	2	59.50		
		1.000.000-2.500.000	7	57.86		
		2.500.000-5.000.000	5	56.20		
		>5.000.000	23	57.74		

Hasil perbandingan nilai *mean* pada tabel 4.15 menunjukkan bahwa baik pada variabel resiliensi maupun keberfungsian keluarga tidak terdapat perbedaan nilai *mean* yang signifikan berdasarkan jenis kelamin, usia, urutan kelahiran, status pernikahan orang tua dan pendapatan orang tua.

BAB 5

KESIMPULAN, DISKUSI DAN SARAN

Pada bab ini akan diuraikan kesimpulan penelitian yang berisikan jawaban dari masalah penelitian berdasarkan analisis data yang telah dilakukan. Peneliti juga mengemukakan diskusi hasil penelitian utama dan hasil penelitian tambahan, saran metodologis dan saran praktis bagi penelitian selanjutnya.

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan analisis data yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa hipotesis null (H_0) ditolak dan hipotesis alternatif (H_a) diterima. Hal ini berarti terdapat hubungan yang signifikan antara keberfungsian keluarga dan resiliensi pada remaja pecandu yang sedang menjalani pemulihan. Skor korelasi yang positif menunjukkan bahwa semakin tinggi keberfungsian keluarga maka semakin tinggi pula resiliensi yang dimiliki remaja pecandu narkoba yang sedang menjalani pemulihan.

Dari enam dimensi keberfungsian keluarga diketahui terdapat dua dimensi keberfungsian keluarga yang signifikan memberikan pengaruh pada resiliensi yaitu dimensi kontrol perilaku (*behavior control*) dan dimensi keterlibatan afektif (*affective involvement*). Dari kedua dimensi tersebut yang memberikan pengaruh paling besar pada resiliensi adalah dimensi kontrol perilaku (*behavior control*). Hal tersebut berarti semakin baik kontrol perilaku (*behavior control*) yang dimiliki keluarga maka semakin tinggi pula resiliensi yang dimiliki pecandu.

Dari data partisipan yang telah diolah, diperoleh nilai *mean* masing-masing dimensi keberfungsian keluarga berada di atas nilai tengah dari rentang skor alat ukur per dimensi. Dengan kata lain, penyelesaian masalah, komunikasi, peran, respon afektif, keterlibatan afektif dan kontrol perilaku pada keluarga partisipan dapat dinilai cukup baik. Dari hasil tersebut diketahui kontrol perilaku (*behavior control*) memiliki nilai *mean* tertinggi dibandingkan dengan nilai *mean* pada dimensi keberfungsian keluarga yang lain, sedangkan pada resiliensi diketahui bahwa perbedaan nilai *mean* antara kedua faktornya tidak jauh berbeda.

Hasil analisis data partisipan berdasarkan jenis kelamin, usia, urutan kelahiran, pendapatan orang tua dan status pernikahan orang tua menunjukkan tidak adanya perbedaan nilai *mean* yang signifikan baik pada resiliensi maupun keberfungsian keluarga.

5.2 Diskusi

Pada bagian ini akan diuraikan diskusi mengenai hasil utama penelitian dan hasil tambahan penelitian yang berkaitan. Selain itu, pada bagian ini juga diuraikan diskusi dari sisi metodologi penelitian

5.2.1 Diskusi Hasil Utama Penelitian

Untuk dapat pulih dari ketergantungan narkoba dibutuhkan proses panjang yang penuh tantangan. Oleh karena itu, pecandu diharapkan memiliki kekuatan untuk menghadapi berbagai tantangan yang ada selama proses pemulihan. Menurut Connors, Maisto & Zywiak (1996), resiliensi merupakan salah satu hal penting untuk mendukung berhasilnya proses pemulihan. Salah satu faktor yang dapat mendukung terbentuknya resiliensi adalah keluarga. Keluarga yang berfungsi dengan baik dapat menjalankan fungsinya dengan baik pula yang salah satunya adalah memberikan dukungan bagi anggotanya termasuk pecandu.

Penelitian ini ditujukan untuk melihat hubungan antara keberfungsian keluarga dan resiliensi pada remaja pecandu yang sedang menjalani pemulihan. Hasil utama penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara keberfungsian keluarga dan resiliensi pada remaja pecandu narkoba yang sedang menjalani pemulihan. Adanya hubungan tersebut sejalan dengan penelitian sebelumnya mengenai dinamika proses pemulihan dimana diperoleh hasil yang menunjukkan bahwa peran keluarga merupakan salah satu hal yang penting dalam proses pemulihan pecandu narkoba (Sitohang, 2004). Drugan & Coles (dalam Isaacson, 2002) menyebutkan bahwa keluarga memiliki pengaruh langsung terhadap resiliensi dan merupakan hal yang penting dalam mempengaruhi kepribadian dan ketahanan terhadap stres.

Sebagai sebuah sistem dimana terdapat interaksi antar anggotanya, keluarga memiliki fungsi untuk menjaga perannya yang kemudian berpengaruh

pada perkembangan dan kesejahteraan anggotanya (Goldenberg, 1980). Pemenuhan fungsi tersebut meliputi kebutuhan fisik, sosial dan psikologis anggota keluarga. Keluarga yang dapat menjalankan peran dan fungsinya dengan baik dinilai dapat memberikan kesejahteraan bagi anggotanya yang kemudian dapat dikatakan memiliki keberfungsian keluarga yang baik.

Epstein (1983) menguraikan keberfungsian keluarga dalam enam dimensi yaitu penyelesaian masalah (*problem solving*), komunikasi (*communication*), peran keluarga (*family roles*), respon afektif (*affective responsiveness*), keterlibatan afektif (*affective involvement*) dan kontrol perilaku (*behavior control*). Berdasarkan perhitungan regresi yang dilakukan, dari keenam dimensi tersebut terdapat dua dimensi yang signifikan berpengaruh terhadap resiliensi pecandu. Dua dimensi tersebut adalah dimensi keterlibatan afektif (*affective involvement*) dan dimensi kontrol perilaku (*behavior control*).

Keterlibatan afektif (*affective involvement*) merupakan bagaimana anggota keluarga menunjukkan rasa ketertarikan dan penghargaannya terhadap aktivitas dan minat anggota keluarga lainnya (Epstein, et al., 2003). Hal tersebut terkait mengenai seberapa banyak dan bagaimana caranya seorang anggota keluarga menunjukkan rasa ketertarikannya kepada satu sama lain. Menurut Epstein, et al. (2003), keluarga yang berfungsi dengan baik memiliki gaya keterlibatan empatik (*empathic involvement*), yaitu tertarik terlibat dengan anggota keluarga lain untuk kepentingan anggota keluarganya. Adanya keterlibatan dan perhatian anggota keluarga pada pecandu yang sedang mengalami masa sulit dapat menjadi sebuah dukungan bagi pecandu untuk resilien mengatasi dan melewati masa krisis selama pemulihan.

Dimensi yang kedua adalah kontrol perilaku. Dimensi ini merupakan dimensi yang paling memberikan pengaruh pada resiliensi pecandu narkoba yang sedang menjalani pemulihan. Kontrol perilaku merupakan pola perilaku yang diadopsi oleh sebuah keluarga mengenai perilaku yang ditampilkan dalam konteks dan area tertentu. Menurut Epstein, et al. (2003), keluarga yang berfungsi dengan baik memiliki kontrol perilaku yang fleksibel (*flexible behavior control*), yaitu memiliki standar yang logis dan memiliki peluang untuk negosiasi dan berubah sesuai konteks yang diperlukan. Dengan memiliki pola perilaku pada konteks

tertentu menjadikan pecandu lebih mudah menentukan perilaku yang harus ditampilkan untuk menghadapi berbagai tantangan yang ada selama pemulihan tetapi tetap bisa fleksibel menyesuaikan perilaku dengan berbagai situasi yang sedang dihadapi. Adanya fleksibilitas tersebut menjadikan pecandu lebih mudah beradaptasi dengan kondisi krisis yang sedang dihadapinya selama pemulihan.

5.2.2 Diskusi Hasil Tambahan Penelitian

Dari data partisipan yang telah diolah, diperoleh nilai *mean* masing-masing dimensi keberfungsian keluarga berada di atas nilai tengah dari rentang skor alat ukur per dimensi. Dengan kata lain, penyelesaian masalah, komunikasi, peran, respon afektif, keterlibatan afektif dan kontrol perilaku pada keluarga partisipan dapat dinilai cukup baik.

Adanya komunikasi yang baik dapat lebih memungkinkan anggota keluarga untuk mengurai permasalahan yang terjadi saat berada pada situasi krisis, transisi, atau stres yang berkepanjangan (Walsh, 2006). Selain itu, komunikasi juga bisa berfungsi untuk memperjelas dan mengekspresikan situasi krisis/tantangan yang sedang dihadapi pecandu dan menjadikan keluarga lebih mudah menanggapi kebutuhan dukungan yang dibutuhkan pecandu dengan lebih baik. Peran keluarga, memungkinkan keluarga untuk memenuhi fungsinya sehingga dapat mendukung pecandu untuk beradaptasi dan menghadapi krisis saat pemulihan.

Respon emosi yang tepat terhadap pecandu juga menjadi hal yang penting. Dengan memberikan respon emosi yang tepat dan sesuai dapat memberikan dukungan yang berarti bagi pecandu untuk beradaptasi dan menghadapi tantangan. Penelitian yang dilakukan Goleman (1995 dalam Walsh, 2006) menunjukkan pentingnya ekspresi emosi secara terbuka untuk sukses dalam *coping* dan adaptasi dalam hidup. Selain respon emosi, keterlibatan empatik juga dapat memberikan perhatian, dukungan terkait kondisi krisis yang sedang dihadapi pecandu.

Terakhir adalah kontrol perilaku, dimana kontrol perilaku yang baik dapat memberikan gambaran bagi pecandu untuk berperilaku sesuai pola perilaku keluarga tetapi tetap fleksibel sehingga memudahkan pecandu menghadapi

tantangan yang dihadapi. Kontrol perilaku merupakan dimensi keberfungsian keluarga yang memiliki nilai *mean* per dimensi tertinggi dibandingkan nilai *mean* dimensi lainnya. Hal ini berarti bila dibandingkan dengan dimensi lainnya (penyelesaian masalah, komunikasi, peran keluarga, respon afektif, dan keterlibatan afektif), kemampuan kontrol perilaku keluarga partisipan lebih baik dari dimensi keberfungsian keluarga lainnya. Hasil tersebut juga sejalan dengan hasil utama penelitian yang menunjukkan bahwa dimensi kontrol perilaku merupakan dimensi yang paling mempengaruhi resiliensi pecandu sehingga adanya kontrol perilaku yang baik pada keluarga pecandu berpengaruh pada resiliensi pecandu dalam menghadapi tantangan selama pemulihan.

5.2.3 Diskusi Metodologis

Peneliti menyadari bahwa terdapat banyak kekurangan dalam penelitian ini. Diantaranya yaitu terbatasnya partisipan yang diikutsertakan dalam penelitian dan usia partisipan yang sebagian besar mendekati dewasa dikhawatirkan kurang dapat merepresentasikan remaja secara umum. Hal tersebut dikarenakan kesulitan peneliti menemukan remaja dengan usia lebih muda yang sedang menjalani pemulihan. Pada umumnya pecandu remaja awal dan tengah tidak menjalani pemulihan di tempat-tempat rehabilitasi. Hal tersebut biasanya dikarenakan keluarga pecandu belum mengetahui ketergantungan yang dialami oleh remaja tersebut. Selain itu, remaja biasanya pada remaja awal dan tengah belum memiliki kesadaran yang tinggi untuk melakukan pemulihan sehingga seringkali menolak untuk menjalani pemulihan di tempat rehabilitasi.

Dalam penelitian ini, peneliti berusaha melakukan proses adaptasi alat ukur sebaik mungkin agar partisipan mudah memahami setiap pernyataan. Akan tetapi, hasil adaptasi alat ukur ini dirasa masih perlu banyak perbaikan terutama pada alat ukur keberfungsian keluarga karena ada beberapa partisipan yang masih menanyakan maksud dari beberapa item dalam alat ukur tersebut. Perlu diperhatikan juga bahwa pembuatan alat ukur keberfungsian keluarga ini tidak didasarkan pada budaya keluarga di Indonesia sehingga memungkinkan terdapat item dalam alat ukur yang dipengaruhi oleh faktor budaya. Pengambilan data

menggunakan kuesioner juga dirasa masih terbatas dalam memberikan gambaran keberfungsian keluarga dan resiliensi remaja pecandu secara menyeluruh.

5.3 Saran

Pada bagian ini, peneliti memberikan beberapa saran yang dapat digunakan untuk penelitian selanjutnya. Saran yang diberikan berupa saran metodologis dan saran praktis.

5.3.1 Saran Metodologis

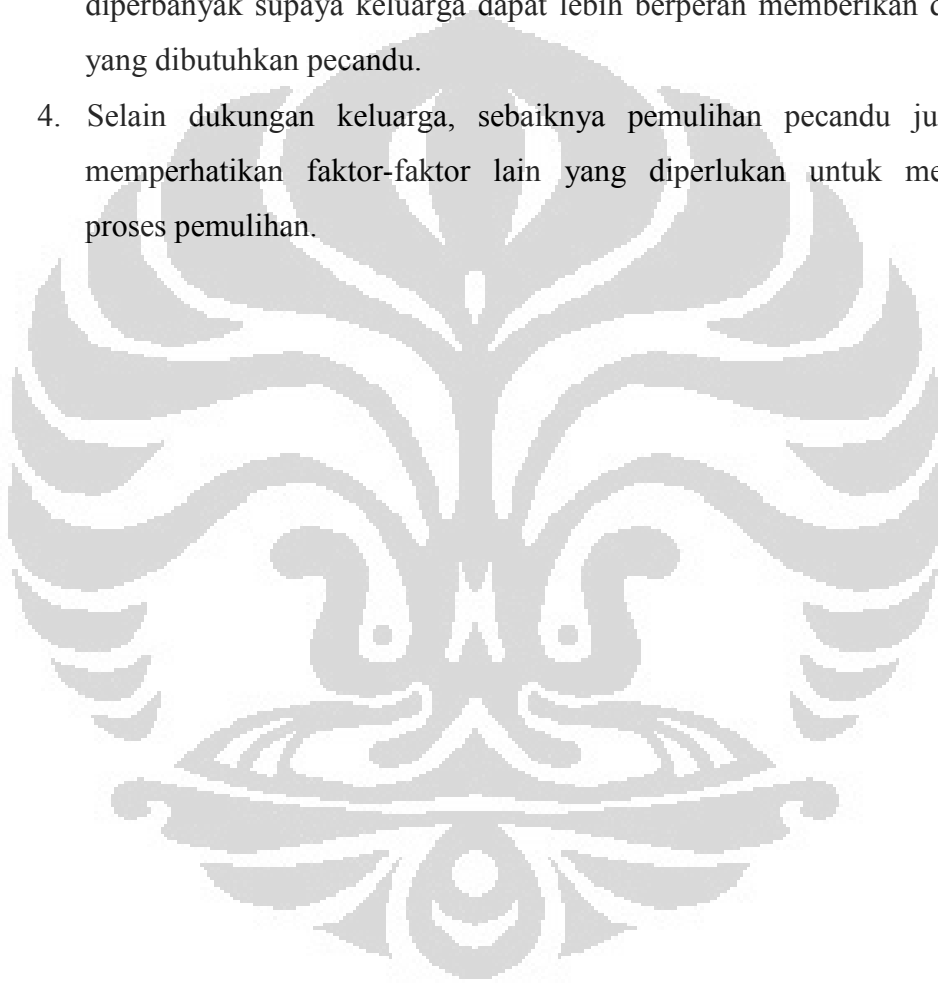
Berdasarkan hasil penelitian yang telah diperoleh, peneliti menyarankan beberapa hal untuk penelitian selanjutnya yaitu sebagai berikut:

1. Diharapkan pada penelitian selanjutnya jumlah sampel maupun tempat rehabilitasi yang digunakan untuk mengambil data dapat lebih diperbanyak supaya hasil yang diperoleh lebih merepresentasikan populasi.
2. Pemilihan bahasa dalam proses adaptasi perlu lebih diperhatikan. Hal ini dimaksudkan supaya alat ukur penelitian terutama alat ukur keberfungsian keluarga lebih mudah dipahami oleh partisipan remaja.
3. Pada penelitian selanjutnya, sebaiknya proses adaptasi alat ukur lebih memperhatikan faktor budaya. Menurut pengamatan peneliti terdapat beberapa *item* dalam alat ukur keberfungsian keluarga yang dipengaruhi oleh faktor budaya.
4. Metode pengambilan data sebaiknya dilengkapi dengan metode wawancara untuk mendapatkan gambaran yang lebih menyeluruh mengenai keberfungsian keluarga dan resiliensi pada remaja pecandu selama pemulihan.

5.3.2 Saran Praktis

Selain saran metodologis, berdasarkan hasil penelitian yang telah diperoleh, peneliti menyarankan beberapa hal yaitu sebagai berikut:

1. Keluarga pecandu diharapkan dapat lebih meningkatkan keberfungsian keluarganya supaya dapat memberikan dukungan terkait tantangan yang sedang dihadapi pecandu.
2. Tempat rehabilitasi pecandu narkoba sebaiknya juga ikut melibatkan keluarga dalam membantu proses pemulihan pecandu serta memberikan pemahaman bagi keluarga untuk memberikan dukungan bagi pecandu.
3. Waktu interaksi yang berkualitas antara pecandu dan keluarganya lebih diperbanyak supaya keluarga dapat lebih berperan memberikan dukungan yang dibutuhkan pecandu.
4. Selain dukungan keluarga, sebaiknya pemulihan pecandu juga perlu memperhatikan faktor-faktor lain yang diperlukan untuk mendukung proses pemulihan.



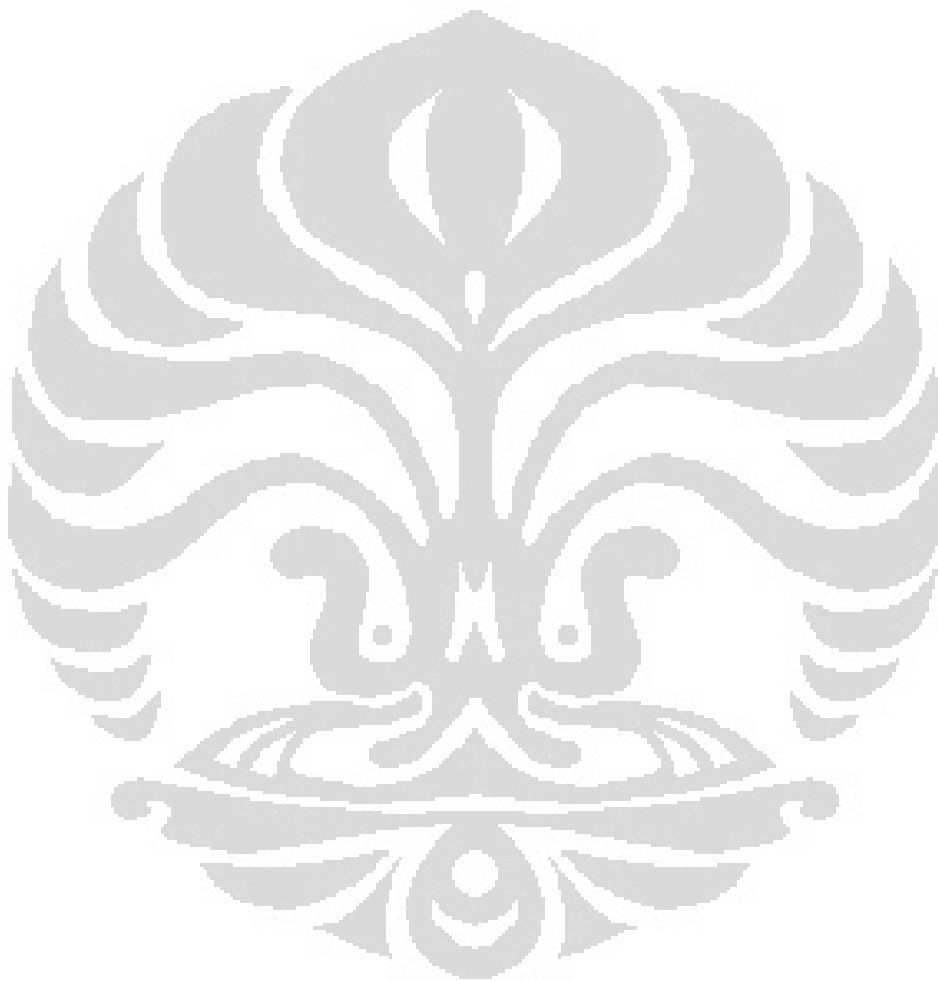
Daftar Pustaka

- Ahern, N., Kiehl, E., Sole, M. & Byers, J. (2006). A Review of instrument measuring resilience. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 29:103-125.
- Aiken, L.R., & Groth-Marnat, G. (2006). *Psychological testing and assessment* (12th ed.). Boston: Pearson Education.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders text revision (DSM-IV-TR)* (4th ed.). Arlington: American Psychiatric Association.
- Badan Narkotika Nasional & Universitas Indonesia. (2010). *Jurnal P4GN (Pencegahan, Pemberantasan, Penyalahgunaan dan Peredaran Gelap Narkoba)*.
- Brook, J. S., Brook, D. W., Whiteman, M., Gordon, A. S., & Cohen, P. (1990). *The psychosocial etiology of adolescent drug use and abuse*. New York: Heldref.
- Davis, N.J. (1999). *Resilience and school violence prevention: Research based program*.
<http://mentalhealth.samha.gov/schoolviolence>
- Duvall, E.M., & Miller, B. C. (1985). *Marriage and family development* (6th ed.). New York: Harper and Row Publisher.
- Epstein, Ryan, Bishop, Miller & Keitner. (2003). *The mc master model: Normal family processes* (3rd ed.). New York: The Guilford Press.
- Epstein, N.B, Baldwin, L., & Bishop, D.S. (1983). The Mc Master Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9.
- Fallon, B & Bowles, T. (2001). Family functioning and adolescent help-seeking behavior. *Family Relations*, 50 (3), 239-245.
- Firmanzah, dkk. (2011). *Mengatasi narkoba dengan welas asih*. Jakarta: Gramedia.
- Jenson, J., & Frazer, M. (2010). *Social policy for children and families: A risk and resilience perspective* (2nd ed). California: Sage Publications, Inc.
- Gorski, T. (1989). *The relapse/recovery grid*. USA : Hazelden.

- Galanter, M., & Brook, D. (2001). Network therapy for addiction: Bringing family and peer support into office practice. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51(1).
- Goldenberg, I., & Goldenberg, H. (1980). *Family therapy on review*. California: Wadsworth.
- Hawari, D. (2006). *Penyalahgunaan dan ketergantungan naza (narkotika, alkohol dan zat adiktif)*. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Herman, H., Stewart, D., Granados, N., Berger, E. & Beth J. (2011). What is resilience? *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5), 258-265.
- Hoffman, C. (2008). *Resilience and recovery in substance-dependence health care professionals* (Disertasi). Capella University, USA.
- International Network of Drug Dependence Treatment and Rehabilitation Resource Centres. (2008). *Sustained recovery management*. Vienna: United Nation Office Drug and Crime. Drug Dependence Treatment.
- Irwanto & Yatim, D., I. (1986). *Kepribadian, keluarga, dan narkotika* (2nd ed.). Jakarta: Penerbit Arcan.
- Isaacson, B. (2002). *A research paper: Characteristics and enhacment of resiliency in young people*.
<http://uwstout.edu/lib/thesis/2002/2002isacsonb.pdf>.
<http://www.bnn.go.id/portal/index.php/konten/detail/deputirehabilitasi/artikel/3052/family-terapy-terapi-keluarga>, diunduh senin, 2jan 11 jam 3.45 WIB.
- Kistyarini. (2011, Juni). BNN: 5 Juta Pengguna Narkoba di Indonesia, 5-7. Kompas.
<http://nasional.kompas.com/read/2011/06/26/11242461/BNN.5.Juta.Pengguna.Narkoba.di.Indoesia>, diunduh senin, 2 Januari 2012, 13:35 WIB.
- Kalil, A. (2003). *Family resilience and good child outcome*. Wellington: Center of Social Research and Evaluation.
- Kumar, R. (2005). *Research methodology: A step by step guide for beginners*. London: SAGE Publications.
- Laudet, A. B., & White, W. (2004). Toward a recovery research agenda: Promises, pitfalls and preliminary experience. *Tulisan dipresentasikan*

- pada pertemuan The 47th International Conference of the International Council on Alcohol and Addictions. <http://www.ndri.org/ctrs/cstar/icaa2004.pdf> McCreary.
- Laudet, A., Savage, R., & Mahmood, D. (2002). Pathways to long-term recovery: A preliminary investigation. *Journal of Psychoactive Drugs*, 34(3), 305–311.
- Machuca, M. (2010). Resilience characteristics of master's-level counseling students (Disertasi). University of New Orleans, Colombia.
- McCreary, L. & Dancy, B. (2004). Dimensions of family functioning : Perspectives of low-income african american single-parent families. *Journal of Marriage and Family*, 66, 690-701.
- Olson, H., & Defrain, J. (2006). *Marriage and Families*. New York: McGraw-Hill.
- Patterson, J. M. (2002). Integrating family resilience and family stress theory. *Journal of Marriage and Family*, 64(2), 349-360.
- Portzky, M., Wagnild, G., Bacquer, D. & Audenaert, K. (2010). Psychometric evaluation of the dutch resilience scale RS-nl on 3265 healthy participants: A confirmation of the association between age and resilience found with the Swedish version. *Scand J Caring Sci*, 24, 86–92.
- Rahdert, E., & Czechowicz, D. (1995). *Adolescent drug abuse: Clinical assessment and therapeutic interventions*. United States Department of Health and Human Services.
- Santrock, J. (2006). *Life span development* (10th ed.). New York: Mc-Graw Hill.
- Sarwono, S. (2006). *Psikologi remaja*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Sitohang, J. (2004). *Dinamika proses recovery pada penderita ketergantungan narkoba dan psikotropika* (Skripsi). Universitas Indonesia, Depok.
- Sixbey, M., T. (2005). *Development of the family resilience assessment scale to identify* (Disertasi). Florida: The Graduate School of The University of Florida.
- Wagnild, G. (2009). A review of the resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement, Volume 17, Number 2*.
- Walsh, F. (2006). *Strengthening family resilience*. New York : The Guilford Press.

Wresniwiro, M., dkk. (1999). *Masalah narkotika, psikotropika, dan obat-obatan berbahaya*. Jakarta : Bina Dharma Pemuda.



LAMPIRAN 1

(Hasil Uji Coba Alat Ukur Resiliensi dan Keberfungsian Keluarga)

1.1 Uji Reliabilitas dan Validitas Alat Ukur Resiliensi

1.1.1 Uji Reliabilitas

Reliability		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.756	.767	25

1.1.2 Uji Validitas

Item	Corrected Item-Total Correlation
1	.204
2	.016
3	.386
4	.424
5	.452
6	.411
7	.368
8	.209
9	.519
10	.385
11	.067
12	.386
13	.413
14	.149
15	.146
16	.394
17	.520
18	.390
19	.453
20	.249
21	.246
22	-.003
23	.368
24	.010
25	.270

1.2 Uji Reliabilitas dan Validitas Alat Ukur Keberfungsian Keluarga

1.2.1 Hasil uji reliabilitas keseluruhan

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.906	.908	53

1.2.2 Hasil uji reliabilitas dan validitas setiap dimensi

1.2.2.1 Problem solving

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.623	.635	5

Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
VAR1	11.46	2.172	.422	.297	.546
VAR8	11.62	2.730	.293	.126	.610
VAR15	11.90	2.133	.311	.117	.617
VAR22	12.00	2.204	.360	.212	.580
VAR29	11.26	2.074	.550	.368	.482

1.2.2.2. Communication

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.557	.553	6

Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
VAR2	13.80	4.122	.193	.181	.567
VAR9	13.76	4.268	.273	.154	.523
VAR23	13.94	3.486	.540	.397	.393
VAR16	13.94	3.323	.577	.408	.366
VAR30	14.12	4.271	.176	.212	.570
VAR36	13.44	4.782	.088	.129	.590

1.2.2.3 Roles

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.331	.320	8

Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
VAR3	20.44	5.925	-.014	.298	.377
VAR10	20.22	5.481	.236	.393	.263
VAR17	20.58	4.657	.340	.416	.177
VAR24	20.34	5.902	.008	.218	.363
VAR31	20.48	4.500	.384	.332	.146
VAR37	20.58	4.861	.254	.416	.228
VAR42	20.50	7.316	-.354	.350	.528
VAR46	20.38	4.567	.342	.489	.170

1.1.2.4 Affective Responsiveness

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.675	.678	6

Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
VAR4	13.54	5.192	.688	.535	.519
VAR11	13.96	6.692	.284	.202	.676
VAR18	13.38	6.036	.472	.449	.609
VAR25	13.82	6.844	.340	.263	.654
VAR32	13.84	5.974	.637	.501	.561
VAR38	14.66	7.617	.090	.057	.733

1.1.2.5 Affective Involvement

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.639	.648	7

Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
VAR5	17.20	6.898	.305	.308	.615
VAR12	17.64	5.745	.459	.316	.563
VAR19	17.24	6.431	.331	.166	.608
VAR26	17.60	5.959	.495	.347	.555
VAR33	17.90	6.459	.414	.337	.584
VAR39	17.60	5.918	.575	.403	.534
VAR43	18.06	7.813	-.032	.165	.719

1.1.2.6 Behavior Control

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.589	.613	9

Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
VAR13	22.88	7.332	.427	.296	.529
VAR6	23.02	7.122	.309	.263	.550
VAR27	23.18	7.865	.322	.279	.557
VAR20	23.12	7.618	.194	.133	.583
VAR40	23.52	7.071	.277	.411	.561
VAR34	23.28	6.451	.507	.486	.488
VAR47	23.10	7.235	.366	.405	.537
VAR44	23.76	9.166	-.186	.185	.686
VAR51	23.58	6.575	.476	.489	.499

1.1.2.7 General Functioning

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.863	.867	12

Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
VAR7	33.40	22.000	.597	.549	.848
VAR14	33.28	23.104	.520	.389	.854
VAR21	33.80	22.776	.520	.446	.854
VAR28	33.12	24.393	.412	.442	.860
VAR35	33.80	22.082	.575	.506	.850
VAR41	33.78	23.155	.442	.513	.860
VAR45	33.30	22.173	.594	.536	.849
VAR48	33.06	23.527	.520	.467	.854
VAR49	33.42	22.167	.679	.554	.843
VAR50	33.44	24.170	.605	.463	.852
VAR52	32.96	22.243	.568	.595	.851
VAR53	33.26	22.849	.551	.551	.852

LAMPIRAN 2 (Hasil Penelitian)

2.1 Korelasi antara keberfungsian keluarga dan resiliensi

Correlations		FF	RS
FF	Pearson Correlation	1	.376*
	Sig. (2-tailed)		.017
	N	40	40
RS	Pearson Correlation	.376*	1
	Sig. (2-tailed)	.017	
	N	40	40

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
FF	40	93	170	123.45	15.929
Valid N (listwise)	40				

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
RS	40	46	73	57.35	5.934
Valid N (listwise)	40				

2.2 Pengaruh Dimensi Keberfungsian Keluarga terhadap Resiliensi

Model Summary				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.677 ^a	.459	.361	4.745

a. Predictors: (Constant), Beh_control, Comm, Aff_Invol, Prb_solv, Aff_Respon, Rol

ANOVA ^b						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	630.096	6	105.016	4.664	.002 ^a
	Residual	743.004	33	22.515		
	Total	1373.100	39			

a. Predictors: (Constant), Beh_control, Comm, Aff_Invol, Prb_solv, Aff_Respon, Rol

b. Dependent Variable: RS_full

Coefficients ^a					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	37.887	8.219		4.609	.000
Prb_solv	.501	.398	.210	1.259	.217
Comm	.218	.432	.097	.505	.617
Rol	.476	.529	.216	.899	.375
Aff_Respon	-.597	.337	-.327	-1.772	.086
Aff_Invol	-.804	.389	-.340	-2.066	.047
Beh_control	.886	.354	.546	2.503	.017

2.3 Analisis Data Tambahan

2.3.1 Nilai Mean Per Dimensi

2.3.1.1 Nilai Mean Dimensi Keberfungsian Keluarga

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
problem_solving	40	9	20	14.73	2.481
Communication	40	5	12	8.20	1.539
Roles	40	9	20	13.32	2.141
affective_responsiveness	40	9	19	13.80	2.700
affective_involvement	40	11	21	15.90	2.479
behavior_control	40	16	32	23.00	3.637
Valid N (listwise)	40				

2.3.2.2 Nilai Mean Faktor RS

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
personal_competence	40	32	50	39.13	4.298
Acceptance	40	14	23	18.22	2.201
Valid N (listwise)	40				

2.3.2 Perbedaan Nilai Mean Resiliensi dan Keberfungsian Keluarga

2.3.2.1 Berdasarkan jenis kelamin

Group Statistics					
	jenis_kelamin	N	Me an	Std. Deviation	Std. Error Mean
FF	laki_laki	30	122.43	12.738	2.326
	perempuan	10	126.50	23.726	7.503
RS	laki_laki	30	57.27	5.539	1.011
	perempuan	10	57.60	7.321	2.315

Independent Samples Test									
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means					
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference
									Lower Upper
FF	Equal variances assumed	4.402	.043	-.694	38	.492	-4.067	5.856	-15.921 7.787
	Equal variances not assumed			-.518	10.782	.615	-4.067	7.855	-21.399 13.265
RS	Equal variances assumed	1.000	.324	-.152	38	.880	-.333	2.194	-4.775 4.109
	Equal variances not assumed			-.132	12.620	.897	-.333	2.526	-5.808 5.141

2.3.2.2 Berdasarkan Usia

Descriptives									
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
FF	16-18	11	122.45	13.974	4.213	113.07	131.84	93	142
	19-21	6	125.83	17.725	7.236	107.23	144.43	100	154
	22-24	23	123.30	16.958	3.536	115.97	130.64	97	170
	Total	40	123.45	15.929	2.519	118.36	128.54	93	170

RS	16-18	11	54.27	4.452	1.342	51.28	57.26	46	61
	19-21	6	56.83	4.916	2.007	51.67	61.99	50	64
	22-24	23	58.96	6.357	1.325	56.21	61.71	50	73
	Total	40	57.35	5.934	.938	55.45	59.25	46	73

		ANOVA					
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	
FF	Between Groups	45.470	2	22.735	.085	.918	
	Within Groups	9850.430	37	266.228			
	Total	9895.900	39				
RS	Between Groups	165.128	2	82.564	2.529	.093	
	Within Groups	1207.972	37	32.648			
	Total	1373.100	39				

2.3.2.3 Berdasarkan urutan kelahiran

		Descriptives						
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		
						Lower Bound	Upper Bound	
FF	sulung	6	124.17	2.401	.980	121.65	126.69	120
	tengah	15	126.80	17.909	4.624	116.88	136.72	97
	bungsu	17	120.18	17.686	4.289	111.08	129.27	93
	tunggal	2	124.00	4.243	3.000	85.88	162.12	121
	Total	40	123.45	15.929	2.519	118.36	128.54	93
RS	sulung	6	54.67	5.502	2.246	48.89	60.44	46
	tengah	15	59.27	5.365	1.385	56.30	62.24	50
	bungsu	17	56.41	6.374	1.546	53.13	59.69	48
	tunggal	2	59.00	7.071	5.000	-4.53	122.53	54
	Total	40	57.35	5.934	.938	55.45	59.25	46

		ANOVA					
		Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.	
FF	Between Groups	354.196	3	118.065	.445	.722	
	Within Groups	9541.704	36	265.047			
	Total	9895.900	39				
RS	Between Groups	118.716	3	39.572	1.136	.348	
	Within Groups	1254.384	36	34.844			
	Total	1373.100	39				

2.3.2.4 Berdasarkan pendapatan orang tua

		Descriptives								
Pendapatan		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean			Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound			
FF	<500.000	1	118.00	.	.	.	.	.	118	118
	500.000-1.000.000	2	121.00	29.698	21.000	-145.83	387.83	.	100	142
	1.000.000-2.500.000	7	118.14	10.238	3.869	108.67	127.61	.	97	128
	2.500.000-5.000.000	5	113.60	14.690	6.570	95.36	131.84	.	93	125
	>5.000.000	23	127.52	17.061	3.557	120.14	134.90	.	97	170
	NA	2	125.00	2.828	2.000	99.59	150.41	.	123	127
	Total	40	123.45	15.929	2.519	118.36	128.54	.	93	170
RS	<500.000	1	55.00	.	.	.	.	.	55	55
	500.000-1.000.000	2	59.50	.707	.500	53.15	65.85	.	59	60
	1.000.000-2.500.000	7	57.86	5.047	1.908	53.19	62.53	.	52	66
	2.500.000-5.000.000	5	56.20	6.221	2.782	48.48	63.92	.	48	63
	>5.000.000	23	57.74	6.737	1.405	54.83	60.65	.	46	73
	NA	2	53.00	1.414	1.000	40.29	65.71	.	52	54
	Total	40	57.35	5.934	.938	55.45	59.25	.	46	73

		ANOVA						
		Sum of Squares	Df	Mean Square	F		Sig.	
FF	Between Groups	1110.104	5	222.021	.859		.518	
	Within Groups	8785.796	34	258.406				
	Total	9895.900	39					
RS	Between Groups	64.508	5	12.902	.335		.888	
	Within Groups	1308.592	34	38.488				
	Total	1373.100	39					

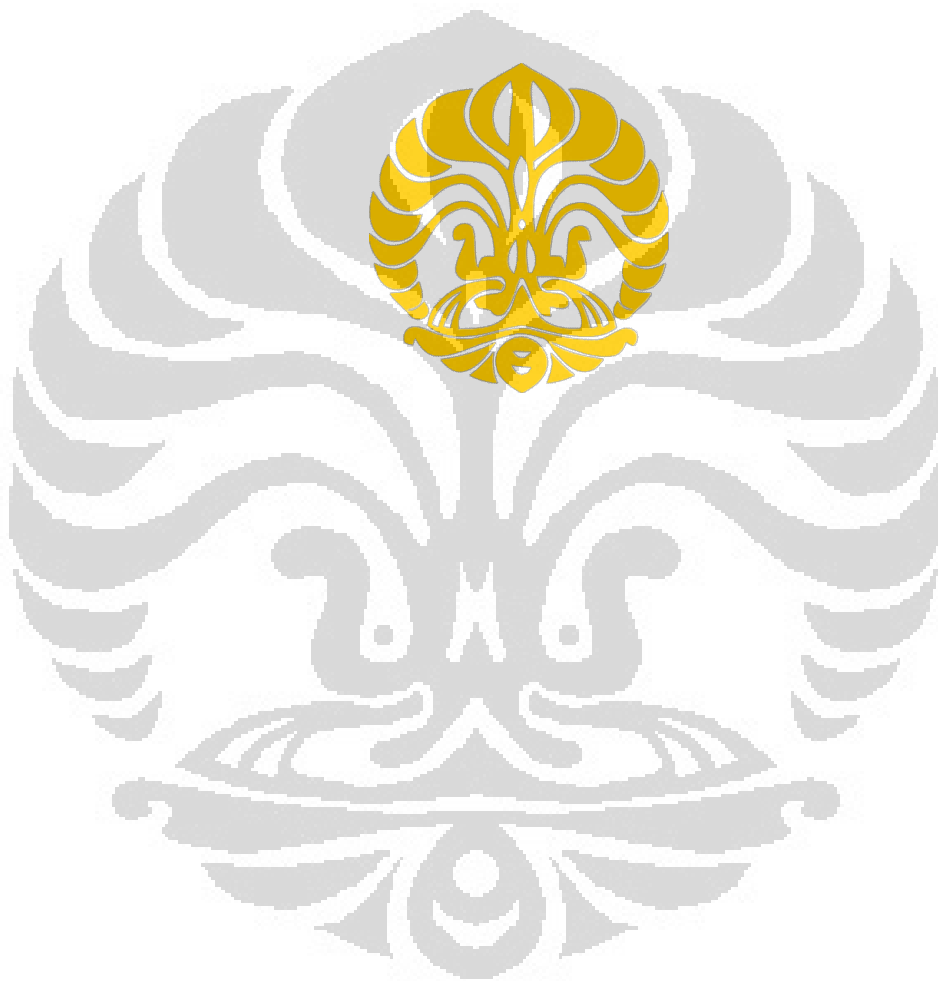
2.3.2.5 Berdasarkan status pernikahan orang tua

		Descriptives							
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
FF	menikah	28	127.57	15.054	2.845	121.73	133.41	97	170
	bercerai	6	112.83	18.027	7.359	93.92	131.75	93	139
	pasangan meninggal	4	111.25	10.813	5.406	94.04	128.46	100	124
	NA	2	122.00	7.071	5.000	58.47	185.53	117	127
	Total	40	123.45	15.929	2.519	118.36	128.54	93	170
RS	menikah	28	57.75	5.942	1.123	55.45	60.05	46	73
	bercerai	6	56.83	8.400	3.429	48.02	65.65	48	72
	pasangan meninggal	4	55.50	3.109	1.555	50.55	60.45	53	60
	NA	2	57.00	4.243	3.000	18.88	95.12	54	60
	Total	40	57.35	5.934	.938	55.45	59.25	46	73

		ANOVA					
		Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.	
FF	Between Groups	1751.460	3	583.820	2.581	.069	
	Within Groups	8144.440	36	226.234			
	Total	9895.900	39				
RS	Between Groups	20.017	3	6.672	.178	.911	
	Within Groups	1353.083	36	37.586			
	Total	1373.100	39				

LAMPIRAN 3
(Kuesioner *Field*)

KUESIONER



FAKULTAS PSIKOLOGI
UNIVERSITAS INDONESIA

Selamat pagi / siang / sore

Saya adalah mahasiswa Fakultas Psikologi Universitas Indonesia yang sedang melakukan penelitian tentang keluarga. Berkaitan dengan hal tersebut, saya memohon kesediaan Anda untuk menjadi responden dengan cara memilih jawaban pada setiap pernyataan yang tersedia sesuai dengan petunjuk yang ada.

Tidak ada jawaban benar atau salah dalam penelitian ini. Oleh karena itu, Anda diharapkan menjawab semua pernyataan **dengan jujur, sesuai dengan diri Anda.** Data yang Anda berikan akan dijamin kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk keperluan penelitian. **Anda diharapkan menjawab dengan cermat dan teliti, jangan sampai ada pernyataan yang terlewat** supaya data dapat diolah.

Terima kasih atas perhatian dan bantuan Anda.

Hormat saya,

Peneliti

BAGIAN I

INSTRUKSI

Di bawah ini, terdapat sejumlah pernyataan yang menggambarkan kondisi keluarga Anda. Anda diminta untuk **memberikan tanda silang (x)** pada pilihan jawaban yang menurut Anda paling menggambarkan kondisi keluarga. Jika terdapat pernyataan yang kurang sesuai dengan kondisi keluarga Anda, pilihlah jawaban yang paling mendekati kondisi sebenarnya. Pilihan jawaban yang tersedia adalah “STS” (Sangat Tidak Sesuai), “TS” (Tidak Sesuai), “S” (Sesuai), dan “SS” (Sangat Sesuai).

Contoh Pengerjaan:

Pernyataan	STS	TS	S	SS
Saya selalu menyelesaikan tugas yang sedang saya kerjakan sampai selesai	☐	☐	☐	☒

Jika Teman-teman ingin mengganti jawaban, coretlah jawaban sebelumnya, kemudian berikan tanda silang (x) pada jawaban yang baru.

Selamat mengerjakan! Jangan sampai ada pernyataan yang terlewat!

Pernyataan	STS	TS	S	SS
▪ Ketika saya merencanakan sesuatu, saya akan menjalankannya.				
▪ Saya lebih dapat mengandalkan diri saya sendiri daripada mengandalkan orang lain.	☐	☐	☐	☐
▪ Menyenangi sesuatu yang saya kerjakan merupakan hal yang penting bagi saya.				
▪ Jika situasi memaksa, saya dapat melakukan segalanya sendiri.	☐	☐	☐	☐
▪ Saya merasa bangga karena dapat menyelesaikan berbagai hal dalam hidup saya.				
▪ Saya biasanya dapat menangani segala sesuatu dengan mudah.	☐	☐	☐	☐

Pernyataan	STS	TS	S	SS
▪ Saya menyukai diri saya.				
▪ Saya merasa mampu mengatasi banyak hal sekaligus dalam satu waktu.	●	●	●	●
▪ Saya adalah orang yang gigih.				
▪ Saya mengerjakan segalanya secara satu per satu.	●	●	●	●
▪ Saya mampu melalui masa-masa sulit dalam hidup saya karena saya pernah mengalami kesulitan sebelumnya.				
▪ Saya biasanya dapat menemukan sesuatu yang bisa membuat saya tertawa.	●	●	●	●
▪ Keyakinan dalam diri saya membantu saya untuk melalui masa-masa sulit dalam hidup saya.				
▪ Dalam situasi kritis, saya adalah orang yang dapat diandalkan.	●	●	●	●
▪ Saya biasanya dapat melihat sebuah situasi dari berbagai sudut pandang.				
▪ Kadang-kadang saya memaksa diri saya untuk melakukan sesuatu baik yang saya inginkan atau pun tidak.	●	●	●	●
▪ Menurut saya hidup saya berarti.	●	●	●	●
▪ Saat dalam situasi yang sulit, saya biasanya mampu menemukan jalan keluarnya.				
▪ Menurut saya tidak masalah jika ada orang yang tidak menyukai saya.	●	●	●	●

BAGIAN II

Pernyataan	STS	TS	S	SS
Dalam keluarga saya, kami selalu menjalankan keputusan-keputusan yang diambil untuk menyelesaikan masalah.				
Saya merasa, keluarga saya sulit menunjukkan kasih sayang kepada satu sama lain.	●	●	●	●
Ketika ada anggota keluarga yang mengalami masalah, anggota keluarga lainnya berusaha untuk ikut membantu.				
Di dalam keluarga saya, kami dapat dengan mudah melanggar aturan.	●	●	●	●
Dalam keluarga saya, sulit bagi kami untuk merencanakan aktivitas keluarga karena adanya kesalahpahaman pada satu sama lain.				
Dalam keluarga saya, setelah mencoba menyelesaikan suatu masalah, kami akan mendiskusikan bersama apakah solusi tersebut berhasil atau tidak .	●	●	●	●
Saya sulit memahami perasaan yang dirasakan oleh anggota keluarga dari apa yang ia katakan.				
Kami memastikan setiap anggota keluarga menjalankan tanggung jawabnya masing-masing.	●	●	●	●
Saya merasa beberapa anggota keluarga saya tidak merespon suatu hal secara emosional.				
Anda mendapatkan perhatian orang lain hanya jika ada suatu hal yang penting untuk mereka.	●	●	●	●
Kami sekeluarga tidak tahu apa yang harus dilakukan ketika muncul kondisi darurat.				
Dalam keluarga saya, pada masa-masa kritis kami dapat meminta dukungan dari satu sama lain.	●	●	●	●
Kami sekeluarga menyelesaikan hampir semua masalah emosional yang muncul.				

Pernyataan	STS	TS	S	SS
▪ Dalam keluarga, kami mengatakan secara langsung tentang apa yang kami maksud.	☐	☐	☐	☐
▪ Pembagian tugas-tugas rumah tangga tidak menyebar secara merata ke setiap anggota keluarga.	☐	☐	☐	☐
▪ Keluarga saya tidak menunjukkan rasa cintanya satu sama lain.	☐	☐	☐	☐
▪ Menurut saya, anggota keluarga saya terlalu memikirkan diri sendiri.	☐	☐	☐	☐
▪ Kami tidak memiliki harapan yang jelas mengenai kebiasaan-kebiasaan yang berkaitan dengan penampilan dan kebersihan.	☐	☐	☐	☐
▪ Dalam keluarga saya, kami tidak dapat membicarakan kesedihan yang kami rasakan kepada satu sama lain.	☐	☐	☐	☐
▪ Menurut saya, keluarga kami menghadapi secara langsung masalah-masalah yang melibatkan perasaan.	☐	☐	☐	☐
▪ Di dalam keluarga, kami berterusterang terhadap satu sama lain.	☐	☐	☐	☐
▪ Dalam keluarga saya, kelembutan dalam bersikap bukan merupakan hal yang utama.	☐	☐	☐	☐
▪ Di dalam keluarga saya, kami terlibat dengan satu sama lain hanya ketika ada sesuatu yang menarik bagi kami.	☐	☐	☐	☐
▪ Kami sekeluarga tahu apa yang perlu dilakukan dalam keadaan darurat.	☐	☐	☐	☐
▪ Dalam keluarga saya, setiap individu diterima apa adanya.	☐	☐	☐	☐
▪ Kami mencoba memikirkan berbagai cara untuk menyelesaikan masalah.	☐	☐	☐	☐
▪ Di dalam keluarga saya, hanya ada sedikit waktu untuk menekuni minat-minat pribadi.	☐	☐	☐	☐
▪ Di dalam keluarga saya, kami saling menunjukkan kelembutan.	☐	☐	☐	☐
▪ Dalam keluarga saya, kami menunjukkan ketertarikan satu sama lain bila kami bisa mendapatkan sesuatu untuk diri kami sendiri.	☐	☐	☐	☐

Pernyataan	STS	TS	S	SS
▪ Menurut saya, kami tidak berpegang pada peraturan atau standar apapun.	☐	☐	☐	☐
▪ Menurut saya, kami menghindari pembicaraan tentang ketakutan-ketakutan dan kekhawatiran-kekhawatiran yang kami rasakan.				
▪ Di dalam keluarga saya, terdapat kesepakatan mengenai pembagian tugas rumah tangga bagi setiap anggota keluarga.	☐	☐	☐	☐
▪ Dalam keluarga saya, kami menunjukkan ketertarikan terhadap satu sama lain hanya ketika kami dapat memperoleh sesuatu darinya.				
▪ Keluarga saya memiliki aturan mengenai cara bersikap saat mengalami konflik dengan orang lain.	☐	☐	☐	☐
▪ Kami dapat mengungkapkan perasaan-perasaan kepada satu sama lain.				
▪ Ada banyak perasaan buruk dalam keluarga.				
▪ Secara umum, kami merasa tidak puas dengan pembagian tugas yang ada dalam keluarga.	☐	☐	☐	☐
▪ Di dalam keluarga saya, jika aturan-aturan dilanggar, kami tidak tahu harus berbuat apa.				
▪ Di dalam keluarga saya, kami merasa diterima apa adanya.	☐	☐	☐	☐
▪ Keluarga kami mengalami kesulitan dalam membuat keputusan.				
▪ Menurut saya, kami mampu untuk membuat keputusan-keputusan tentang bagaimana menyelesaikan masalah.	☐	☐	☐	☐
▪ Di dalam keluarga saya, terdapat aturan-aturan mengenai situasi yang berbahaya.				
▪ Keluarga kami tidak hidup rukun bersama.	☐	☐	☐	☐
▪ Di dalam keluarga saya, kami saling percaya terhadap anggota keluarga lain.				

Berikut ini saya membutuhkan informasi mengenai diri Anda. Saya memohon kesediaan Anda untuk mengisi data-data di bawah ini:

- ② Jenis Kelamin : L / P
- ② Usia : tahun
- ② Pendidikan Terakhir :
- ② Daerah/ Kota tinggal :
- ② Anak ke.....dari.....bersaudara
- ② Komunikasi dengan orang tua & keluarga
 - a. Kunjungan orang tua/ keluarga :kali/ minggu
 - b. Melalui alat komunikasi (telp, dll) :kali/ minggu
- ② a. Ayah : bekerja/ tidak (*pilih salah satu)
- b. Ibu : bekerja/ tidak (*pilih salah satu)
- ② Pendapatan orang tua per bulan (kalau tidak tahu, perkiraan saja)
 - a. di bawah Rp 500.000
 - b. Rp 500.000- Rp 1.000.000
 - c. Rp 1.000.000- Rp 2.500.000
 - d. Rp 2.500.000-Rp 5.000.000
 - e. di atas Rp 5.000.000
- ② Pengeluaran rata-rata Anda per bulan (saat belum direhabilitasi)
 - a. di bawah Rp 500.000
 - b. Rp 500.000- Rp 1.000.000
 - c. Rp 1.000.000- Rp 2.500.000
 - d. Rp 2.500.000-Rp 5.000.000
 - e. di atas Rp 5.000.000
- ② Status pernikahan orang tua :
 - a. menikah
 - b. bercerai
 - c. pasangan sudah meninggal
- ② Selama Anda menjalani rehabilitasi apakah pernah kambuh (*relapse*) : ya / tidak
- Berapa kali (*jika pernah) :

2 Zat/ obat yang pernah dipakai

Zat/ Obat	Lama Memakai
Ekstasi	
Shabu	
Kokain	
Ganja	
Putauw, Heroin, Morphine	
Pil Koplo/ Benzodiazepine	
Lainnya.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

Mohon periksa jawaban Anda, jangan sampai ada yang terlewat!

TERIMA KASIH ATAS PARTISIPASINYA ☺