

LAPORAN PENELITIAN
HUBUNGAN POLA KOMUNIKASI KELUARGA
TERHADAP MOTIVASI PENGGUNA NAPZA
UNTUK SEMBUH DI PANTI SOSIAL
PAMARDI PUTRA SERPONG
TANGERANG



LN

No. Induk	:	
No. Urut	:	
No. Pendaftaran	:	109606
No. Buku	:	415803
No. Tgl. Dibeli	:	10/10/06

Dibuat untuk memenuhi tugas akhir mata ajar
Riset keperawatan pada
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Oleh

Rita Indrias Tutik

1302000771

Heni Saindah

130200038Y

Perpustakaan FIK



06 / 1096



FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS INDONESIA

2006

LEMBAR PERSETUJUAN

Penelitian dengan Judul:

Hubungan pola komunikasi keluarga terhadap motivasi
pengguna NAPZA untuk sembuh di Panti Sosial Pamardi Putra

Serpong, Tangerang

Telah disetujui untuk didesiminasikan

Depok, ...Mei 2006

Mengetahui,

Koordinator Mata Ajar



(Rr. Tutik Sri H, Skp., MARS)

NIP. 132 233 208

Menyetujui,

Pembimbing Riset



(Titin Ungsianik, Skp., MBA)

NIK. 131 999 303

ABSTRAK

Motivasi pengguna NAPZA untuk tetap menjalankan rehabilitasi perlu dijaga oleh keluarga melalui komunikasi. Penelitian terkait menyatakan bahwa motivasi yang kuat akan mendukung proses pemulihan. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi hubungan pola komunikasi keluarga terhadap motivasi pengguna NAPZA untuk sembuh. Desain penelitian ini adalah deskriptif korelasi yang dilakukan pada 35 responden yaitu pengguna NAPZA di Panti Sosial Pamardi Putra yang memenuhi kriteria. Data dikumpulkan dari penyebaran kuisioner. Hasil analisa menunjukkan bahwa tidak ada hubungan pola komunikasi keluarga terhadap motivasi ($P \text{ value } 0,128 > \alpha 0,05$). Jumlah responden yang sedikit merupakan salah satu keterbatasan, sehingga perlu dilakukan penelitian yang sama dengan jumlah sampel yang lebih banyak. Peneliti selanjutnya diharapkan dapat mengidentifikasi terlebih dahulu faktor-faktor lain yang mempengaruhi motivasi pengguna NAPZA untuk sembuh.

DAFTAR ISI

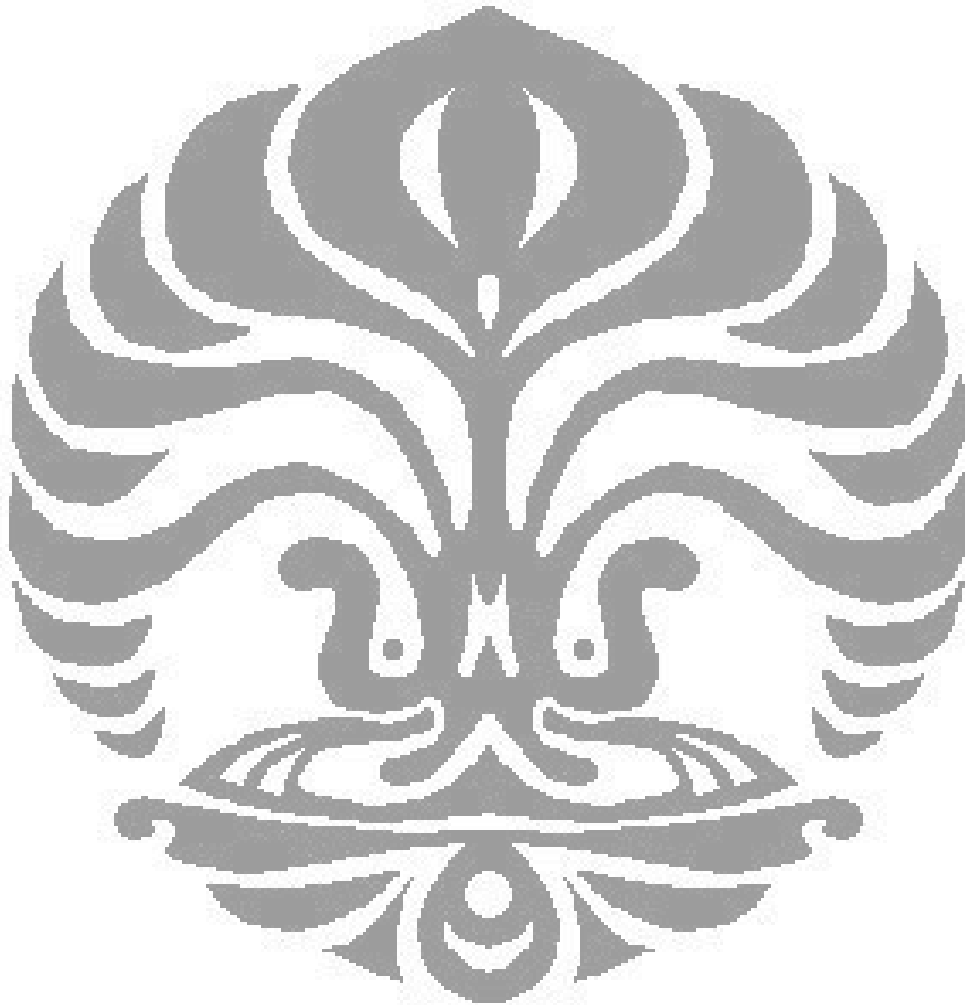
JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
ABSTRAK	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL.....	viii
DAFTAR DIAGRAM	ix
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Masalah Penelitian	3
C. Tujuan Penelitian	3
D. Manfaat Penelitian	4
BAB II STUDI KEPUSTAKAAN	5
A. Teori dan Konsep Terkait	5
1. Teori Komunikasi	5
2. Teori Motivasi	11
3. Teori Penyalahgunaan NAPZA.....	16
B. Penelitian Terkait	19
BAB III KERANGKA KERJA PENELITIAN.....	21
A. Kerangka Konsep/ Teori	21
B. Hipotesis	23
C. Definisi Operasional.....	23
D. Definisi Terkait.....	27
BAB IV METODE DAN PROSEDUR PENELITIAN	28
A. Desain Penelitian.....	28
B. Populasi Penelitian	28
C. Tempat dan Waktu Penelitian	29
D. Etika Penelitian	29

E. Alat Pengumpulan Data	30
F. Prosedur Pengumpulan Data	31
G. Pengolahan dan Analisa Data	32
H. Sarana Penelitian.....	35
I. Jadwal Kegiatan.....	35
BAB V HASIL PENELITIAN	36
BAB VI PEMBAHASAN.....	50
A. Interpretasi dan Diskusi Hasil.....	50
B. Keterbatasan Penelitian.....	57
BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN.....	59
A. Kesimpulan.....	59
B. Saran	59
DAFTAR PUSTAKA.....	62
LAMPIRAN	
1. Lembar Permohonan Menjadi Responden	
2. Lembar Persetujuan Responden	
3. Data Demografi	
4. Lembar Kuisioner	
5. Surat Ijin Penelitian	

DAFTAR TABEL

Tabel 5.2.1 Motivasi*Pola Komunikasi Keluarga Crosstabulation

Tabel 5.2.2 Chi-Square Tests

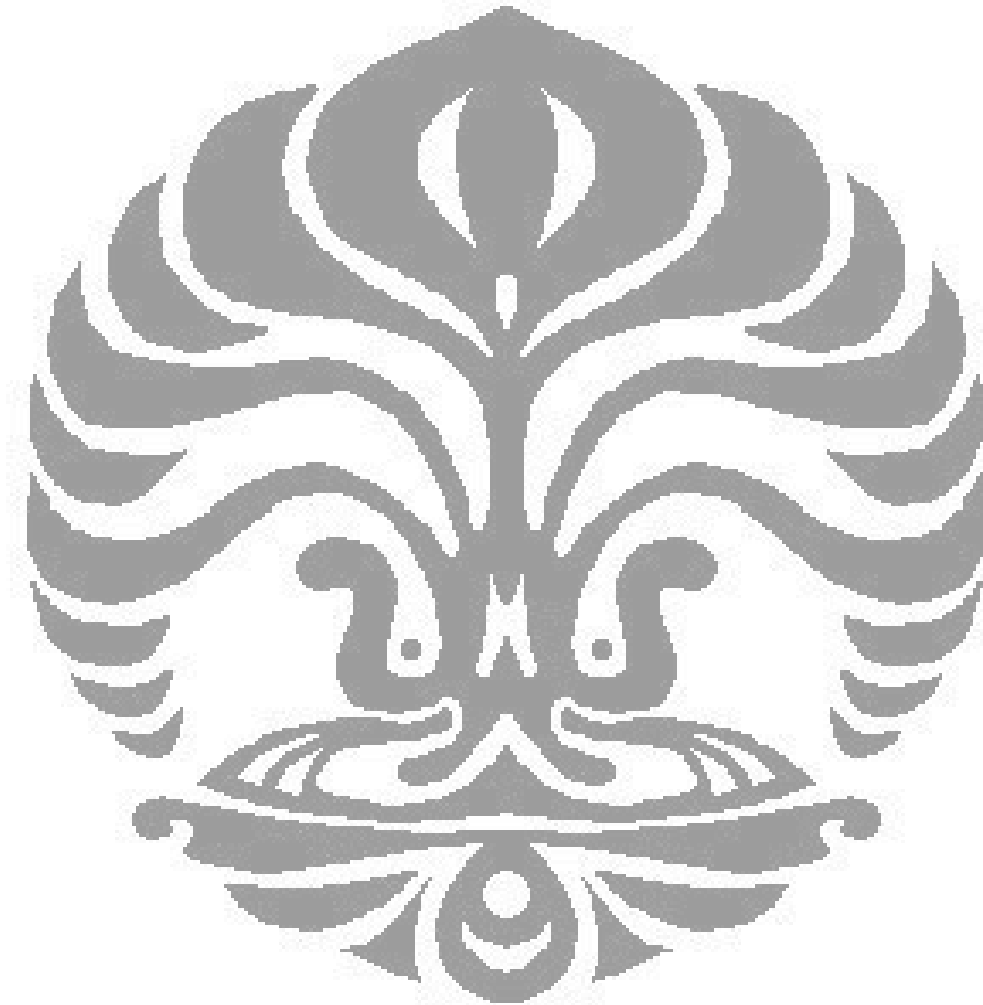


DAFTAR DIAGRAM

- Diagram 5.1.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur di Panti Sosial Pamardi Putra Serpong, Tangerang Bulan Mei 2006
- Diagram 5.1.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di Panti Sosial Pamardi Putra Serpong, Tangerang Bulan Mei 2006
- Diagram 5.1.3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan di Panti Sosial Pamardi Putra Serpong, Tangerang Bulan Mei 2006
- Diagram 5.1.4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Agama di Panti Sosial Pamardi Putra Serpong, Tangerang Bulan Mei 2006
- Diagram 5.1.5 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Suku di Panti Sosial Pamardi Putra Serpong, Tangerang Bulan Mei 2006
- Diagram 5.1.6 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan Orang Tua di Panti Sosial Pamardi Putra Serpong, Tangerang Bulan Mei 2006
- Diagram 5.1.7 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Status Perkawinan Orang Tua di Panti Sosial Pamardi Putra Serpong, Tangerang Bulan Mei 2006
- Diagram 5.1.8 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jumlah Anak Dalam Keluarga di Panti Sosial Pamardi Putra Serpong, Tangerang Bulan Mei 2006
- Diagram 5.1.9 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tempat Tinggal Bersama di Panti Sosial Pamardi Putra Serpong, Tangerang Bulan Mei 2006

Diagram 5.1.10 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Lamanya Rehabilitasi di
Panti Sosial Pamardi Putra Serpong, Tangerang Bulan Mei 2006

Diagram 5.1.11 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Frekuensi Rehabilitasi di
Panti Sosial Pamardi Putra Serpong, Tangerang Bulan Mei 2006



KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya serta kekuatan dan kesabaran sehingga peneliti dapat menyelesaikan laporan penelitian dengan judul “Hubungan pola komunikasi keluarga terhadap motivasi pengguna NAPZA untuk sembuh di Panti Sosial Pamardi Putra Serpong, Tangerang” dengan baik.

Laporan penelitian ini diajukan untuk memenuhi tugas mata ajar Riset Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Dalam penyusunan laporan ini, tidak sedikit hambatan yang peneliti hadapi. Namun, berkat bantuan, bimbingan, dan doa dari berbagai pihak serta izin Allah SWT, akhirnya penyusunan proposal ini dapat diselesaikan tepat pada waktunya.

Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati, peneliti menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih kepada:

1. Ibu Dra. Elly Nurachmah, DNSc., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan UI.
2. Ibu Rr. Tutik Sri Haryati, Skp., MARS., selaku koordinator mata ajar riset keperawatan.
3. Ibu Titin Ungsianik, SKp., MBA., selaku pembimbing riset yang telah membimbing dan mengarahkan dalam pembuatan laporan ini.
4. Seluruh staf pengurus Panti Sosial Pamardi Putra Serpong, Tangerang yang telah memberikan izin untuk dilakukan pengambilan data di panti tersebut dan membantu kelancaran proses pengumpulan data.

5. Seluruh responden yang terlibat dalam pengumpulan data penelitian ini serta telah menyediakan waktunya untuk mengisi kuisioner yang dibagikan peneliti dengan sebaik-baiknya.
6. Seluruh staf pengajar Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, yang telah memberikan ilmu dan pengetahuannya serta berbagi pengalaman-pengalaman yang berharga khususnya staf pengajar dari mata ajar riset keperawatan.
7. Kepada seluruh pihak yang tidak bisa disebutkan namanya satu per satu yang telah membantu peneliti dalam menyelesaikan laporan penelitian ini.
8. Teman-teman Reguler Angkatan 2002, semoga perjuangan kita selama ini tidak sia-sia dan menjadi pengalaman yang berguna dimasa yang akan datang.

Depok, 29 Mei 2006

Peneliti

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyalahgunaan narkotika, psikotropika, dan zat-zat adiktif lainnya (NAPZA) di Indonesia saat ini sangat memprihatinkan. Apalagi dengan kondisi Indonesia sebagai negara yang memiliki 210 juta penduduk, dengan proporsi penduduk remaja dan pemuda sekitar 40% (Anonim, www.infonapza.or.id, 2006). Hal ini menjadikan Indonesia sebagai sasaran pemasaran gelap NAPZA yang potensial. Hawari (2000) mendapatkan bahwa 90% pengguna NAPZA adalah anak atau remaja dalam usia sekolah SLTP, SLTA, dan mahasiswa yang merupakan anak bangsa, aset negara, dan sebagai generasi penerus bangsa. Meningkatnya pengguna NAPZA merupakan permasalahan yang sangat kompleks sehingga dapat menjadi ancaman dari sudut pandang mikro (keluarga) maupun makro (masyarakat, bangsa, dan negara) yang pada gilirannya membahayakan ketahanan nasional dan perekonomian (Hawari, dkk., 1997).

Penyalahgunaan NAPZA tidak terjadi dalam waktu sekejap, akan tetapi merupakan suatu proses interaksi antara faktor individu dan faktor lingkungan yang berlangsung lama. Faktor individu adalah faktor kepribadian, sedangkan faktor lingkungan meliputi lingkungan keluarga, lingkungan kawan-kawan bermain, lingkungan yang lebih luas termasuk mudah tidaknya zat adiktif diperoleh di sekitar individu tersebut (Tjakrawerdaja, 2001). Sedangkan menurut Hawari (1990), proses

terjadinya penyalahgunaan dan ketergantungan NAPZA adalah hasil interaksi dari faktor predisposisi (kepribadian), faktor kontribusi (keluarga), dan faktor pencetus (pengaruh teman sebaya dan kesempatan). Penyalahguna NAPZA biasanya memiliki kepribadian dengan konsep diri yang negatif, harga diri yang rendah, kecemasan yang tinggi, cenderung depresi, dan tidak mandiri. Keberadaan orang tua di rumah juga mempunyai pengaruh, misalnya orang tua jarang berada di rumah sehingga dapat menyebabkan komunikasi, waktu bersama, dan perhatian untuk anak kurang bahkan tidak ada.

Fenomena NAPZA merupakan fenomena gunung es (*ice berg*), artinya yang tampak dipermukaan lebih kecil dibandingkan dengan yang tidak tampak (dibawah permukaan laut). Penelitian yang dilakukan oleh Hawari, dkk. (1998) menyebutkan bahwa angka sebenarnya adalah 10 kali lipat dari angka resmi (*dark number*: 10). Atau dengan kata lain bila ditemukan 1 orang penyalahguna/ ketergantungan NAPZA artinya ada 10 orang lainnya yang tidak terdata resmi. Jumlah penyalahguna NAPZA versi Badan Narkotika Nasional (BNN) pada pertengahan tahun 2005 diperkirakan mencapai 3,2 juta jiwa. Peningkatan jumlah pengguna menurut BNN dalam rentang 2000-2004 meningkat rata-rata 28,8% per tahun. Sebagai contoh tercatat sebanyak 2478 kasus pada tahun 2000 dan bertambah 8401 kasus pada tahun 2004 (Anonim, www.pikiran-rakyat.com, 2005).

Berdasarkan data di atas, masalah NAPZA adalah masalah yang kompleks dan tidak mudah untuk ditangani. Penanganan masalah ini membutuhkan dukungan dari berbagai sektor termasuk individu itu sendiri dan keluarga. Salah satu bentuk penanganannya adalah program rehabilitasi.

Program rehabilitasi adalah upaya memulihkan dan mengembalikan kondisi para mantan penyalahguna/ ketergantungan NAPZA kembali sehat dalam arti sehat fisik,

psikologik, sosial, dan spiritual/ agama (keimanan). Dengan kondisi yang sehat tersebut diharapkan mereka akan mampu kembali berfungsi secara wajar dalam kehidupannya sehari-hari baik di rumah, di sekolah/ kampus, di tempat kerja, dan di lingkungan sosialnya. Lamanya program rehabilitasi bergantung dari metode dan program dari lembaga yang bersangkutan; biasanya lama program rehabilitasi antara 3-6 bulan (Hawari, 2000).

Individu yang sedang dalam proses rehabilitasi ini membutuhkan motivasi yang tinggi dari dalam dirinya. Bila motivasi ini turun atau hilang maka proses rehabilitasinya akan terhambat dan pengguna NAPZA tersebut dapat kambuh kembali. Dalam hal ini, peran keluarga sangat besar dalam memotivasi pengguna NAPZA untuk tetap menjalani proses rehabilitasi. Salah satu bentuk peran keluarga dalam menjaga motivasi pengguna NAPZA adalah melalui komunikasi.

Berdasarkan hal tersebut di atas peneliti ingin mengetahui sejauh mana hubungan antara komunikasi dalam keluarga dengan motivasi pengguna NAPZA untuk sembuh.

B. Masalah Penelitian

Berdasarkan latar belakang tersebut di atas maka peneliti merumuskan masalah ini adalah sejauh mana hubungan pola komunikasi keluarga terhadap motivasi pengguna NAPZA untuk sembuh.

C. Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui lebih lanjut tentang hubungan pola komunikasi keluarga terhadap motivasi penyalahguna NAPZA untuk sembuh.

D. Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi terhadap:

1. Bagi pengguna NAPZA,

Sebagai masukan bagi pengguna NAPZA dalam meningkatkan komunikasi didalam keluarga yang dapat meningkatkan motivasinya untuk sembuh.

2. Bagi keluarga,

Sebagai masukan bagi keluarga dalam meningkatkan komunikasi didalam keluarga untuk membantu peningkatan motivasi pengguna NAPZA untuk sembuh.

3. Bagi masyarakat,

Untuk menambah informasi dan merubah sikap dalam berkomunikasi dengan seorang pengguna NAPZA.

4. Bagi tenaga kesehatan,

Untuk mengidentifikasi pola-pola komunikasi yang dapat memotivasi pengguna NAPZA untuk sembuh.

5. Bagi instansi terkait,

Untuk memberi data tentang pola-pola komunikasi efektif yang dapat membantu memotivasi pengguna NAPZA untuk sembuh.

6. Bagi peneliti,

Sebagai masukan bagi penelitian selanjutnya terkait dengan metode-metode penyembuhan pengguna NAPZA.

BAB II

STUDI KEPUSTAKAAN

A. Teori dan Konsep Terkait

1. Teori Komunikasi

a. Konsep komunikasi

Komunikasi adalah sarana yang digunakan manusia untuk berhubungan dengan orang lain (Friedman, 1998). Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI, 2002) mendefinisikan komunikasi sebagai pengiriman dan penerimaan pesan atau berita antara dua orang atau lebih sehingga pesan yang dimaksudkan dapat dipahami. Carl I. Hovland (dalam Effendy, 2004) mengatakan bahwa komunikasi adalah proses mengubah perilaku orang lain. Dengan demikian komunikasi merupakan proses keseluruhan penyampaian pikiran atau perasaan berupa pesan yang berarti antara individu satu dengan yang lain, yang dapat mengubah perilaku orang lain.

Menurut Potter & Perry (1997), elemen-elemen komunikasi terdiri dari stimulus, pengirim (*encoder*), pesan (*message*), perantara (*channel*), penerima (*decoder*), dan umpan balik. Komunikasi hanya bisa terjadi jika didukung oleh adanya sumber, pesan, media, penerima, dan efek. (Widjaja, 2000).

Menurut jenisnya komunikasi terbagi dua, yaitu:

1). Komunikasi verbal

Komunikasi verbal yaitu meliputi kata-kata tertulis atau pembicaraan.

Kata-kata dipakai untuk mengekspresikan ide, perasaan, respon emosi, ingatan, hasil observasi, dan menjelaskan suatu hal. Prinsipnya komunikasi verbal meliputi :

a). Jelas dan ringkas

Komunikasi yang efektif harus yang sederhana, pendek, dan langsung. Makin sedikit kata-kata makin kecil kemungkinan terjadi kerancuan. Kejelasan dapat dicapai dengan berbicara lambat dan mengungkapkannya dengan jelas.

b). Perbendaharaan kata

Komunikasi tidak berhasil jika penerima pesan tidak mengerti apa yang ingin disampaikan oleh pengirim pesan. Perbendaharaan kata yang baik akan mengurangi kesalahan interpretasi.

c). Kecepatan berbicara

Kecepatan atau tempo bicara yang tepat turut menentukan keberhasilan komunikasi verbal.

d). Arti denotasi dan konotasi

Arti denotasi memberikan pengertian yang sama terhadap kata yang digunakan, sedangkan arti konotasi menggunakan pikiran, perasaan atau ide yang terdapat dalam suatu kata.

- e). Sentuhan; kasih sayang, dukungan emosional dan perkembangan disampaikan melalui sentuhan. Dengan sentuhan akan terjalin hubungan yang erat antara orang tua dan anak.

Dalam berkomunikasi terdapat beberapa faktor yang akan mempengaruhi proses komunikasi (Potter&Perry, 1997), yang meliputi :

- 1). Perkembangan : semakin dewasa usia seseorang maka kemampuan komunikasi semakin baik.
- 2). Persepsi : perbedaan persepsi akan menghambat komunikasi.
- 3). Emosi : orang yang emosinya tidak stabil seperti ketika sedang marah lebih sulit menangkap pesan yang dimaksudkan oleh pengirim pesan dibanding orang yang sedang tenang.
- 4). Latar belakang budaya : setiap budaya memiliki cara yang unik dalam berkomunikasi. Perbedaan bahasa akan menghambat komunikasi.
- 5). Jenis kelamin : jika berbeda akan mengalami hambatan.
- 6). Pengetahuan : orang dengan tingkat pengetahuan yang berbeda memiliki istilah yang berbeda pula dalam berkomunikasi dan perbedaan ini akan menghambat komunikasi.
- 7). Peran dan relasi dengan sesama : komunikasi akan lebih efektif dan menyenangkan jika terjadi diantara orang yang sudah memiliki kedekatan dan relasi yang baik.
- 8). Lingkungan : dengan lingkungan yang nyaman, tenang, dan dengan distraksi minimal maka pesan dapat ditangkap dengan jelas dan tidak terjadi kesalahan persepsi.

b. Komunikasi keluarga

Komunikasi dapat terjadi didalam lingkungan mana saja. Keluarga adalah sekumpulan orang yang terdiri dari dua orang atau lebih yang berkumpul bersama dimana didalamnya terjadi pertukaran emosi dan adanya kedekatan di antara sesama anggota (Friedman, 1998). Secara khusus komunikasi keluarga dapat didefinisikan sebagai komunikasi yang berlangsung dalam lingkungan terdekat manusia yaitu keluarga. Galvin & Brummel (1986) mendefinisikan komunikasi keluarga sebagai proses simbolik, transaksi dalam membentuk dan membagi berbagai hal dan makna dalam keluarga.

Komunikasi dalam keluarga adalah proses hubungan timbal balik antara anggota keluarga, yang terjadi secara spontan dan tidak direncanakan terlebih dahulu dalam upaya saling memahami dan atau mengubah sikap, pendapat atau perilaku setiap anggota keluarga. (Martono, 1996). Jadi ada pertukaran pesan dan informasi antar orang tua dan anak. Martono juga menjelaskan komunikasi dalam keluarga memiliki sifat verbal, non verbal, spontan, membentuk kebiasaan, bersifat persuasif, serta pengaruh si pemberi pesan lebih besar daripada isi pesan itu sendiri. Setiap anggota keluarga akan merasa hambar jika pada saat mereka berkumpul tidak dimanfaatkan untuk berkomunikasi. Jadi setiap kali berkumpul anggota keluarga akan spontan berkomunikasi dan tanpa perencanaan terlebih dahulu. Komunikasi membentuk kebiasaan, dimana pesan yang sering diterima dan dilakukan berulang-ulang akan membentuk kebiasaan, misal : memberi salam saat masuk rumah, mencium tangan orang tua saat hendak pamit. Komunikasi yang bersifat persuasif (membujuk) maksudnya adalah mempengaruhi orang lain agar berperilaku sesuai yang diinginkan. Dominasi

pengaruh pemberi pesan lebih besar daripada isi pesan itu sendiri, memungkinkan pesan yang diberikan oleh seorang ayah lebih “didengar” daripada bila disampaikan oleh orang lain.

Komunikasi yang berlangsung di keluarga terdiri dari komunikasi orang tua-anak, orang tua-pasangan, komunikasi antar saudara kandung. Komunikasi yang efektif antar orang tua dan anak tidak selalu mudah. Komunikasi yang perlu dikembangkan antara orang tua dan remaja adalah komunikasi 2 arah, bersikap terbuka dan jujur, mendengarkan dan menghormati pendapat anak sehingga anak tidak ragu menceritakan pengalamannya kepada orang tua termasuk pengalamannya yang negatif (Mara'ie, 2002).

Komunikasi dalam keluarga berperan dalam menumbuhkan rasa saling pengertian antar anggota keluarga, membentuk kepribadian, memenuhi kebutuhan psikologis tiap anggota keluarga, serta saling membantu dalam mengatasi kesulitan. Menurut Dr. Lidya, H dkk (1996), saat berkomunikasi dalam keluarga perlu memperhatikan prinsip sebagai berikut: 1). membangun citra diri yang positif, 2). memberikan rasa aman dan rasa kebersamaan, 3). dilakukan melalui pendekatan individu, 4). adanya pengakuan dan perlakuan yang layak kepada setiap anggota keluarga, 5). menyadari keterbatasan kemampuan berkomunikasi.

c. Pola komunikasi

Proses komunikasi yang baik, intens, dan dilakukan terus-menerus antara pengirim pesan dan penerima pesan hingga menjadi kebiasaan akan membentuk pola komunikasi yang baik bila diaplikasikan dalam lingkungan terdekat yaitu keluarga. Setiap keluarga memiliki pola komunikasi tersendiri. Menurut

Friedman (1998) pola komunikasi keluarga adalah karakteristik pola-pola interaksi sirkular dari keluarga, yang selain mempengaruhi dan mengorganisir anggota keluarga, pola-pola ini juga menghasilkan arti dari transaksi diantara para anggota keluarga. Secara umum Friedman membagi pola tersebut menjadi dua: fungsional dan disfungsional. Untuk mengetahui pola komunikasi yang dilakukan dalam keluarga, perlu dilakukan pengkajian terhadap interaksi dalam proses komunikasi antar anggota keluarga.

Berdasarkan teori Friedman, pola komunikasi fungsional dalam keluarga dapat dikaji dari adanya komunikasi yang jelas dan kongruen, adanya ekspresi perasaan, komunikasi terbuka dan terfokus, adanya tingkatan kekuatan dan aturan keluarga, adanya konflik dan solusi dari konflik dalam keluarga, serta menelaah interaksi perkawinan. Sebaliknya, pola komunikasi disfungsional dalam keluarga ditunjukkan dengan adanya kondisi yang berpusat pada dirinya (egois), menghindari konflik, defensif, kurangnya empati, dan adanya komunikasi tertutup. Curran (1983) menyatakan bahwa keluarga yang sehat adalah keluarga dengan komunikasi yang jelas dan kemampuan mendengar satu sama lainnya.

2. Teori motivasi

Manusia melakukan atau berbuat sesuatu pada dasarnya didorong oleh suatu faktor penggerak yang disebut motivasi. Motivasi merupakan keinginan, hasrat, dan tenaga penggerak yang berasal dari dalam diri manusia untuk melakukan atau berbuat sesuatu (Wursanto, 1989). Motivasi adalah kecenderungan yang timbul pada diri seseorang secara sadar atau tidak sadar melakukan tindakan dengan tujuan tertentu (Fajri & Senja, 2000). Menurut Handoko (1992), motivasi adalah suatu tenaga atau faktor yang

terdapat di dalam diri manusia yang menimbulkan, mengarahkan, dan mengorganisasikan tingkah lakunya. Motivasi sebagai suatu kondisi kejiwaan dan sikap mental manusia tersebut memberikan energi, mendorong kegiatan, dan mengarahkan atau menyalurkan perilaku kearah pencapaian kebutuhan yang memberikan kepuasan atau mengurangi ketidakseimbangan yang memberikan dampak pada keluarga dan lingkungannya (Simon, 1980).

Pender (1980) mengemukakan bahwa motivasi merupakan faktor yang mempengaruhi keinginan berperilaku yang dapat bersifat internal maupun eksternal. Faktor internal meliputi pengetahuan, pengalaman, pendidikan, minat, rasa ingin tahu, ingin berbuat lebih baik, dan keyakinan. Sedangkan faktor eksternal meliputi lingkungan, fasilitas, pengaruh orang lain, penghargaan, sosial, budaya, dan ekonomi. Faktor-faktor yang berasal dari dalam individu dan dari luar individu tersebut saling berinteraksi sehingga menghasilkan suatu perilaku atau penampilan yang mengarah pada pencapaian tujuan atau pemenuhan kebutuhan.

Ada tiga jenis atau tingkatan motivasi seseorang, yaitu:

a. Motivasi yang didasarkan atas ketakutan (*fear motivation*).

Seseorang melakukan sesuatu karena takut jika tidak dilakukan maka sesuatu yang buruk akan terjadi, misalnya orang patuh pada bosnya karena takut dipecat, orang membeli polis asuransi karena takut jika terjadi sesuatu dengannya, anak dan istrinya akan menderita.

b. Motivasi yang disebabkan ingin mencapai sesuatu (*achievement motivation*).

Motivasi ini jauh lebih baik dari motivasi yang pertama, karena sudah ada tujuan di dalamnya. Seseorang melakukan sesuatu karena dia ingin mencapai suatu sasaran atau prestasi tertentu.

c. Motivasi yang didorong oleh kekuatan dari dalam (*inner motivation*).

Motivasi ini didasarkan oleh misi atau tujuan hidupnya. Seseorang yang telah menemukan misi hidupnya melakukan sesuatu berdasarkan nilai (*values*) yang diyakininya. Nilai-nilai itu bisa berupa rasa kasih sayang pada sesama atau ingin memiliki makna dalam menjalani hidupnya

(Prijosaksono, & Sembel, www.sinarharapan.co.id, 2002).

Motivasi sangat mempengaruhi seberapa cepat seseorang tersebut melakukan atau berbuat sesuatu dan seberapa besar pencapaiannya. Motivasi pada umumnya paling tinggi saat seseorang tersebut mengetahui apa yang dibutuhkannya dan percaya bahwa kebutuhannya tersebut dapat terpenuhi melalui tingkah lakunya. Kebutuhan dapat diidentifikasi ketika individu dapat memahami masalahnya dan elemen-elemen situasi yang relevan. Pengidentifikasian kebutuhan ini tidak hanya cukup dari individu tersebut tetapi juga dipengaruhi oleh faktor-faktor lain di luar individu seperti keluarga, lingkungan pergaulannya dan sebagainya. Sebagai contoh, pengguna NAPZA mungkin membutuhkan pengetahuan dan pemahaman tentang bahaya NAPZA dan kerugiannya, sebelum mereka mengenal kebutuhan untuk berhenti menggunakan NAPZA (Kozier, 1995).

Motivasi sendiri bukan merupakan suatu kekuatan mental atau kekuatan yang kebal terhadap pengaruh faktor-faktor seperti pengalaman masa lalu, taraf intelegensi, situasi lingkungan, cita-cita hidup, dan sebagainya. Motivasi dapat hilang maupun timbul sesuai dengan kondisi individu dan faktor-faktor disekitarnya yang mempengaruhi. Tanpa motivasi tidak akan ada kegiatan karena tanpa motivasi orang akan menjadi pasif. Oleh karena itu, setiap usaha apapun timbulnya motivasi sangat dibutuhkan (Papu, www.e-psikologi.com, 2006).

Beberapa teori tentang motivasi:

a. *Content theory*

Teori ini menguraikan mengapa seseorang berperilaku tertentu dan berfokus pada faktor-faktor atau kebutuhan seseorang yang menguatkan, mengarahkan, memperhatikan, dan menghentikan perilaku. Salah satu teorinya adalah teori hirarki kebutuhan Maslow. Teori Maslow tentang motivasi berhubungan dengan kebutuhan dan tujuan. Motivasi dapat muncul saat seseorang tersebut mengetahui kebutuhan-kebutuhan dan keinginan-keinginannya. Dengan demikian jelas bahwa setiap orang mempunyai motif (*wants*), kebutuhan (*needs*) tertentu dan mengharapkan kepuasan dari tindakannya.

Kebutuhan-kebutuhan manusia menurut Maslow adalah sebagai berikut:

1). Kebutuhan fisiologi (*physiological needs*)

Kebutuhan fisiologi/ biologi adalah kebutuhan yang diperlukan untuk mempertahankan kelangsungan hidup seseorang, seperti makan, minum, udara, perumahan, dan lain-lainnya. Keinginan untuk memenuhi kebutuhan fisik ini merangsang seseorang berperilaku dan berusaha giat.

2). Kebutuhan rasa aman (*safety and security needs*)

Kebutuhan keamanan dan keselamatan adalah kebutuhan akan merasa aman dari ancaman kecelakaan dan keselamatan dalam menjalani kehidupannya.

3). Kebutuhan sosial (*affiliation or acceptance needs*)

Kebutuhan ini meliputi kebutuhan sosial, teman, keluarga, dicintai dan mencintai serta diterima dalam pergaulan kelompok dan lingkungannya. Manusia pada dasarnya selalu ingin hidup berkelompok dan tidak seorang pun ingin hidup menyendiri.

4). Kebutuhan penghargaan (*esteem or status needs*)

Kebutuhan penghargaan adalah kebutuhan untuk penghargaan diri, pengakuan dan prestise dari masyarakat dan lingkungannya.

5). Aktualisasi diri (*self actualization*)

Kebutuhan akan aktualisasi diri ini menggunakan kecakapan, kemampuan, keterampilan, dan potensi optimal untuk mencapai kepuasan. Kebutuhan aktualisasi ini tidak dapat dipenuhi dari luar. Pemenuhannya hanya berdasarkan keinginan atas usaha individu itu sendiri.

b. *Process theory*

Teori ini berfokus pada cara mengontrol atau mempengaruhi perilaku seseorang. Teori proses ini tidak menekankan pada isi kebutuhan dan sifat dorongan setiap individu. Dalam pandangan ini, kebutuhan hanyalah salah satu elemen dalam suatu proses tentang bagaimana individu berperilaku dan perilaku tersebut dipelajari melalui proses. Teori ini terdiri dari:

1). Penguatan (*reinforcement*).

Perilaku yang dipelajari melalui proses yang memuaskan harus dikuatkan dan dipuji untuk meningkatkan dorongan mengulang kembali perilaku tersebut.

2). Penghargaan (*expectancy*)

Teori ini meyakini bahwa individu termotivasi oleh harapan hasil yang akan datang.

3). Keadilan (*equity*)

Perlakuan yang adil akan mengubah perilaku tetapi perilaku yang tidak adil tidak akan mengubah perilaku.

c. *X and Y theory*

Teori ini mengatakan bahwa manusia terdiri atas dua golongan manusia yang cenderung berperilaku negatif (X) dan golongan manusia yang cenderung berperilaku positif (Y). Golongan X ini motivasinya akan muncul apabila adanya hukuman, perintah, dan ancaman. Manusia pada golongan ini juga cenderung untuk memenuhi kebutuhan bersifat materiil saja. Sedangkan golongan Y, motivasi itu akan muncul dari dalam diri mereka sendiri dan mereka cenderung untuk memenuhi kebutuhan yang sifatnya psikologis dan nonmateriil.

3. Teori Penyalahgunaan NAPZA

Penyalahgunaan/ ketergantungan NAPZA merupakan penyakit endemik dalam masyarakat modern, penyakit kronik yang berulang kali kambuh, dan merupakan proses gangguan mental adiktif. Menurut Mara'ie (2002), penyalahgunaan NAPZA adalah suatu pola penggunaan obat-obatan yang bersifat patologik bukan untuk tujuan pengobatan, tanpa mengikuti pengawasan dokter, digunakan secara berkali-kali, kadang terus menerus, sering menyebabkan ketagihan/ ketergantungan, baik secara fisik/ jasmani maupun mental emosional yang dapat menimbulkan gangguan fisik, mental, emosional, dan fungsi sosial serta menimbulkan akibat yang serius dan dalam beberapa kasus dapat berakibat fatal atau kematian.

WHO (1969) memberikan batasan tentang "obat" sebagai berikut: "Obat adalah setiap zat yang jika masuk ke dalam organisme hidup akan mengadakan perubahan pada satu atau lebih fungsi-fungsi organisme tersebut". NAPZA adalah zat yang mempunyai efek seperti itu, khususnya dalam fungsi berpikir, perasaan, dan perilaku orang yang memakainya. Zat tersebut sering disalahgunakan sehingga menimbulkan ketagihan yang pada gilirannya sampai pada ketergantungan.

Tidak semua zat atau “obat” menimbulkan ketagihan dan ketergantungan pada pemakainya. Zat atau “obat” yang dapat menimbulkan ketagihan dan ketergantungan, adalah zat yang mempunyai ciri-ciri sebagai berikut:

- a. Keinginan yang tak tertahankan (*an overpowering desire*) terhadap zat yang dimaksud dan kalau perlu dengan jalan apapun untuk memperolehnya.
- b. Kecenderungan untuk menambah takaran (*dosis*) sesuai dengan toleransi tubuh.
- c. Ketergantungan psikologis, yaitu apabila pemakaian zat dihentikan akan menimbulkan gejala-gejala kejiwaan seperti kegelisahan, kecemasan, depresi, dan sejenisnya.
- d. Ketergantungan fisik, yaitu apabila pemakaian zat dihentikan akan menimbulkan gejala fisik yang dinamakan gejala putus zat (*withdrawal symptoms*).

Penyalahgunaan NAPZA adalah suatu kondisi yang dapat dikonseptualisasikan sebagai gangguan jiwa, sehingga penyalahguna NAPZA tidak mampu lagi untuk berfungsi secara wajar dalam masyarakat dan menunjukkan perilaku maladaptif. Menurut Hawari (2000) mekanisme terjadinya penyalahgunaan dan ketergantungan NAPZA dapat diterangkan melalui 3 pendekatan, yaitu pendekatan organobiologik, psikodinamik, dan psikososial. Ketiga pendekatan tersebut di atas tidak berdiri sendiri melainkan saling berkaitan satu sama lainnya.

- a. Organobiologik (susunan saraf otak)

Mekanisme terjadinya penyalahgunaan hingga ketergantungan NAPZA dikenal sebagai istilah gangguan mental akibat NAPZA atau sindrom otak organik akibat NAPZA; yaitu kegaduhgelisahan dan kekacauan dalam fungsi kognitif (alam pikiran), afektif (alam perasaan/ emosi), dan psikomotor (perilaku), yang disebabkan oleh efek langsung NAPZA terhadap susunan saraf pusat (otak).

b. Psikodinamik

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Hawari (1990) menyatakan bahwa seseorang akan terlibat penyalahgunaan NAPZA dan dapat sampai pada ketergantungan NAPZA, apabila pada orang itu sudah ada faktor predisposisi, faktor kontribusi, dan faktor pencetus. Proses terjadinya penyalahgunaan dan ketergantungan NAPZA adalah hasil interaksi dari ketiga faktor tersebut, yang dapat diterangkan sebagai berikut:

1). Faktor predisposisi

Seseorang dengan gangguan kepribadian (antisosial) mengalami gangguan kepribadian yang ditandai dengan perasaan tidak puas dengan dampak perilakunya terhadap orang lain. Selain itu, yang bersangkutan tidak mampu untuk berfungsi secara wajar dan efektif di rumah, di sekolah, atau di tempat kerja, dan dalam pergaulan sosialnya. Keluhan lain sebagai gambaran penyerta adalah gangguan kejiwaan berupa kecemasan dan atau depresi. Untuk mengatasi ketidakmampuan serta menghilangkan kecemasan dan atau depresinya itu, maka orang cenderung menyalahgunakan NAPZA. Upaya ini dimaksudkan untuk mencoba mengobati dirinya sendiri (*self medication*) atau sebagai reaksi pelarian (*escape reaction*).

2). Faktor kontribusi

Seseorang yang berada dalam kondisi keluarga yang tidak baik (disfungsi keluarga) akan merasa tertekan. Ketertekanannya itu dapat merupakan faktor penyerta bagi dirinya terlibat dalam penyalahgunaan/ ketergantungan NAPZA.

Kondisi keluarga yang tidak baik atau disfungsi keluarga yang dimaksud adalah sebagai berikut:

- a). Keluarga tidak utuh, misalnya salah seorang dari orang tua meninggal, kedua orang tua bercerai atau berpisah.
- b). Kesibukan orang tua, misalnya kedua orang tua terlalu sibuk dengan pekerjaan atau aktivitas lain, sehingga waktu untuk anak kurang.
- c). Hubungan interpersonal yang tidak baik.

3). Faktor pencetus

Pengaruh teman kelompok sebaya mempunyai andil bagi seseorang terlibat penyalahgunaan/ ketergantungan NAPZA. Kelompok teman sebaya dapat menimbulkan tekanan kelompok dan kegagalan untuk memenuhi tekanan dari kelompok ini, dapat menyebabkan frustrasi dan mencari kelompok lain yang dapat menerimanya, seperti kelompok teman sebaya yang memiliki perilaku dan norma yang mendukung penyalahgunaan NAPZA. Selain pengaruh kelompok teman sebaya, ketersediaan NAPZA dan kemudahan untuk memperolehnya juga dapat menjadi faktor pencetus penyalahgunaan NAPZA.

B. Penelitian Terkait

1. Berdasarkan penelitian yang dilakukan Hawari (1990), didapatkan beberapa data, diantaranya adalah remaja dengan kondisi keluarga yang tidak baik (disfungsi keluarga), misalnya kedua orang tua bercerai atau berpisah, kedua orang tua terlalu sibuk dan hubungan segitiga antara ayah-ibu-anak yang tidak harmonis, mempunyai resiko 7,9 x untuk menyalahgunakan NAPZA dibandingkan dengan mereka yang hidup dalam keluarga yang baik.

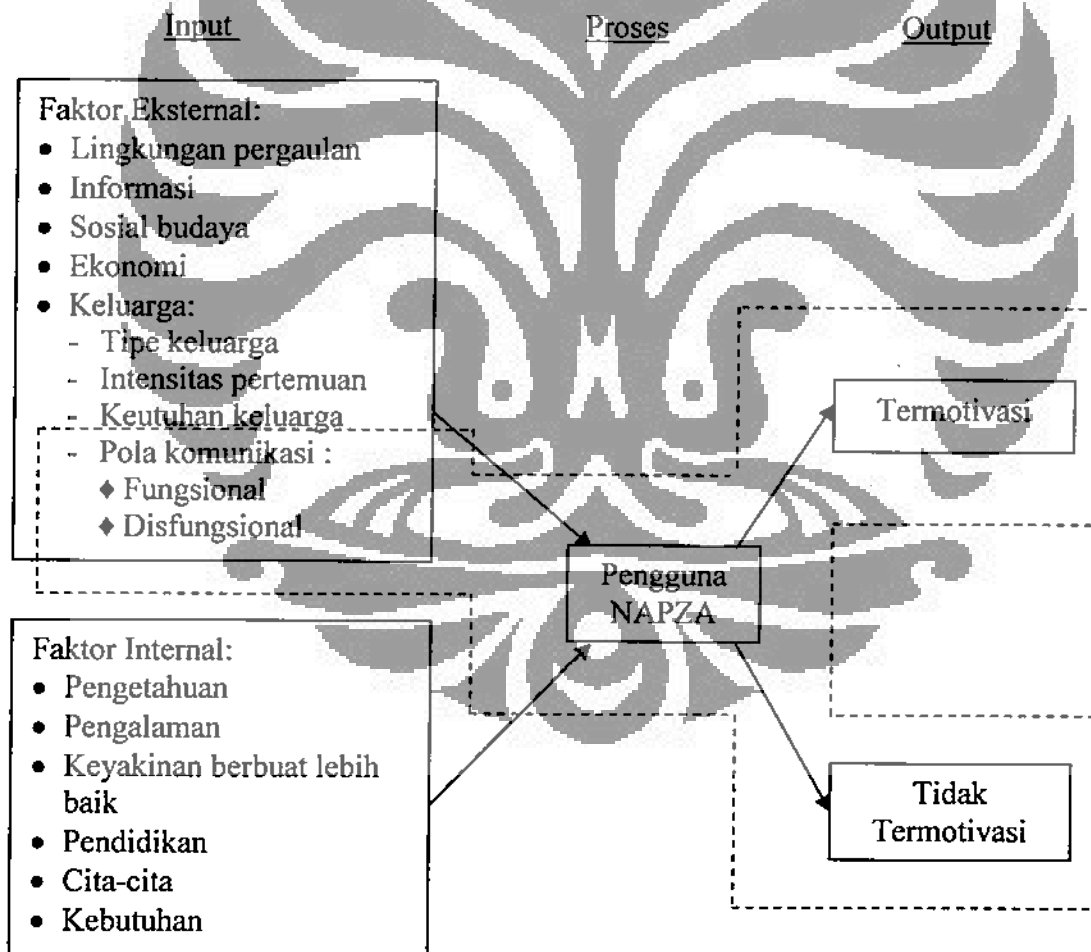
2. Pattison (1980) melakukan penelitian mengenai pandangan keluarga dan masyarakat terhadap permasalahan penyalahgunaan/ ketergantungan NAPZA. Dari hasil penelitiannya disimpulkan bahwa:
 - a. Telah terjadi perubahan pandangan yang menyebutkan bahwa penyalahgunaan/ ketergantungan NAPZA tidak lagi dipandang sebagai masalah moral, melainkan sebagai masalah penyakit.
 - b. Penyalahguna/ ketergantungan NAPZA tidak lagi dipandang sebagai kriminal, melainkan sebagai korban (*victim*), yaitu penderita yang memerlukan pertolongan, terapi, dan rehabilitasi.
 - c. Sebagai konsekuensi dari dua hal tersebut diatas (a dan b), maka sikap terhadap penyalahguna/ ketergantungan NAPZA tidak lagi punitif (hukuman) melainkan pada sikap terapeutik (pengobatan).
 - d. Terapi dan rehabilitasi terhadap penyalahgunaan/ ketergantungan NAPZA sebagai penderita (pasien/ korban) amat penting dalam upaya untuk mengurangi permintaan/ kebutuhan terhadap NAPZA (*demand reduction*).
3. Penelitian yang dilakukan di National Institute of Drug Abuse di Amerika Serikat menemukan beberapa prinsip-prinsip perawatan yang efektif bagi penyalaguna NAPZA, diantaranya adalah motivasi yang kuat akan mendukung proses pemulihan.

BAB III

KERANGKA KERJA PENELITIAN

A. Kerangka Konsep/ Teori

Dalam penelitian ini, kerangka konsep yang digunakan adalah model sistem yang terdiri dari input, proses, dan output yang digambarkan sebagai berikut:

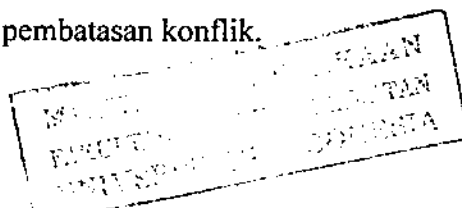


Keterangan : [dashed box] : area yang diteliti

Dari bagan di atas dijelaskan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi motivasi pengguna NAPZA untuk sembuh (berhenti menggunakan NAPZA) secara garis besar dapat diklasifikasikan menjadi dua, yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal adalah faktor yang berasal dari dalam diri individu sendiri, meliputi: pengetahuan, pengalaman, tingkat pendidikan, keyakinan, keinginan berbuat lebih baik, cita-cita, dan kebutuhan. Sedangkan faktor eksternal adalah faktor-faktor yang berasal dari luar individu, meliputi: lingkungan pergaulan, informasi, sosial budaya, ekonomi, dan keluarga.

Dalam penelitian ini, tidak semua faktor yang mempengaruhi motivasi pengguna NAPZA tersebut diteliti. Peneliti mengkhususkan pada faktor keluarga yang termasuk dalam faktor eksternal. Dalam faktor keluarga pun terdiri dari berbagai kondisi diantaranya: tipe keluarga, intensitas pertemuan keluarga, keutuhan keluarga, dan pola komunikasi. Karena kondisi-kondisi dalam faktor keluarga tersebut sangat banyak dan bervariasi maka peneliti membatasi area penelitian hanya pada pola komunikasi keluarga sebagai input dalam penelitian ini.

Menurut Friedman (1998), pola komunikasi terbagi menjadi dua: fungsional dan disfungsional. Pola komunikasi keluarga yang fungsional ditunjukkan dengan adanya komunikasi yang jelas dan fokus, komunikasi terbuka dan jujur, adanya ekspresi perasaan, ada umpan balik, kongruen antara verbal dan nonverbal, serta adanya konflik dan pemecahan masalah. Sedangkan pola komunikasi disfungsional menunjukkan kondisi yang sebaliknya, yaitu komunikasi yang satu arah, tertutup, egois, tidak ada empati, menghindari konflik, tidak ada umpan balik, verbal dan nonverbal tidak kongruen, *defensive*, menghakimi, serta adanya pembatasan konflik.



Pola komunikasi baik yang fungsional maupun yang disfungsional dapat terjadi dalam setiap interaksi antar anggota keluarga. Pola komunikasi yang digunakan dalam interaksi antar anggota keluarga tersebut dapat memberikan pengaruh pada setiap anggota keluarganya terutama anggota keluarga yang menggunakan NAPZA. Pengaruh tersebut bisa positif yang berarti pola komunikasi di dalam keluarga tersebut memotivasi pengguna NAPZA untuk sembuh. Selain itu juga bisa berpengaruh negatif yang berarti pola komunikasi di dalam keluarga tidak memotivasi pengguna NAPZA untuk sembuh.

B. Hipotesis

Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan hipotesis sebagai berikut:

Ho : Tidak ada hubungan antara pola komunikasi keluarga dan motivasi pengguna NAPZA untuk sembuh.

Ha : Ada hubungan antara pola komunikasi keluarga dan motivasi pengguna NAPZA untuk sembuh.

C. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah definisi yang dibuat oleh peneliti pada suatu variabel dengan cara memberi arti/ menspesifikasikan kegiatan/ memberikan suatu operasional yang diperlukan untuk mengukur variabel tersebut. Definisi operasional terdiri dari:

No.	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara/ alat ukur	Hasil ukur	Skala ukur
1.	Pola komunikasi keluarga	Karakteristik pola interaksi antar anggota keluarga dengan tujuan tertentu, yang akan atau dapat	Dengan membagikan kuisisioner yang berisi 20 pertanyaan untuk mengkaji pola komunikasi keluarga (fungsional, dis-	Kriteria nilai jawaban : 1: tidak pernah 2: jarang	nominal

No.	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara/ alat ukur	Hasil ukur	Skala ukur
		mempengaruhi anggota keluarga tersebut	fungsional). Kuisisioner menggunakan kolom jawaban berupa skala likert dengan frekuensi sering sampai tidak pernah.	3: kadang-kadang 4: sering	
2	Pola komunikasi fungsional	<p>Karakteristik pola interaksi antar anggota keluarga yang ditunjukkan dengan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Komunikasi jelas dan fokus. • Komunikasi terbuka dan jujur. • Adanya ekspresi perasaan. • Ada umpan balik. • Konflik dan pemecahan masalah. • Kongruen verbal dan nonverbal. • Kritik membangun. 	Dengan membagikan kuisisioner yang berisi 20 pernyataan untuk mengkaji pola komunikasi keluarga (fungsional, disfungsional).	Fungsional jika total skor untuk pernyataan pola komunikasi keluarga > 50.	nominal

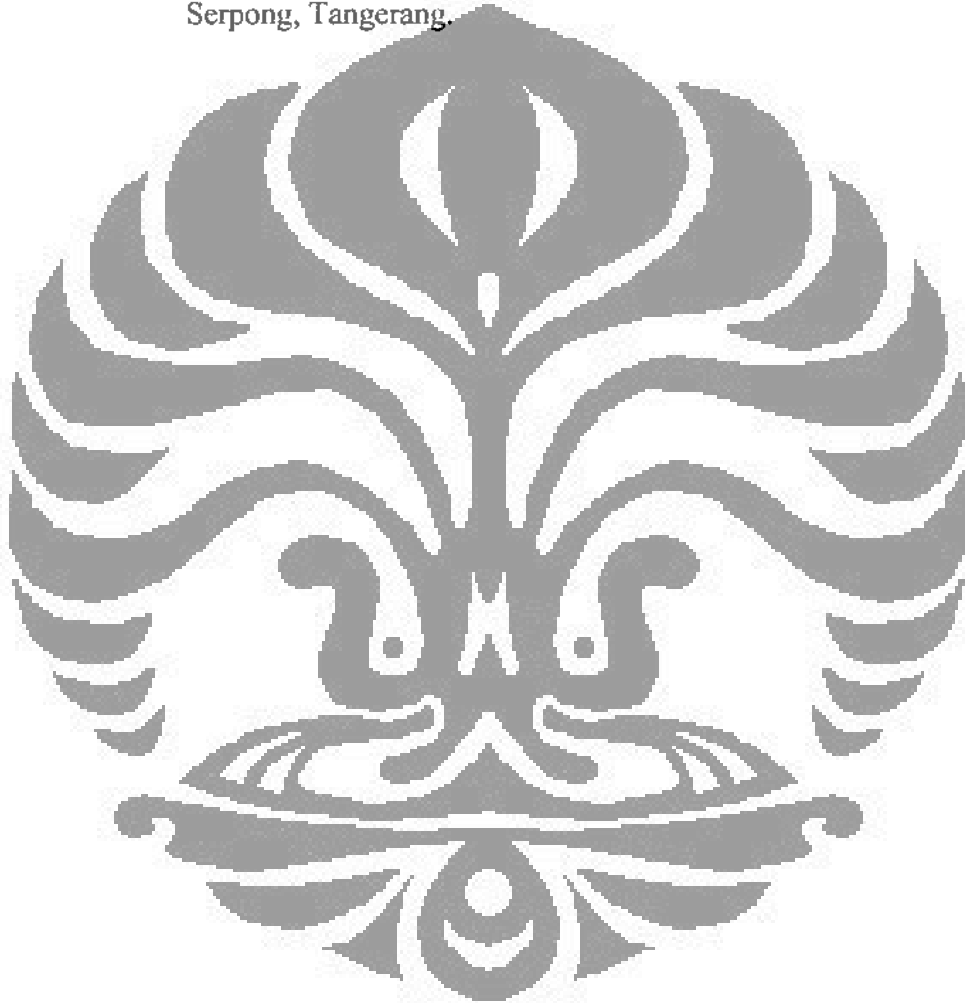
No.	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara/ alat ukur	Hasil ukur	Skala ukur
3	Pola komunikasi dis-fungsional	Karakteristik pola interaksi antar anggota keluarga yang ditunjukkan dengan: <ul style="list-style-type: none"> • Komunikasi satu arah dan egois. • Komunikasi tertutup. • Tidak ada empati. • Menghindari konflik. • Tidak ada umpan balik. • Verbal dan non-verbal tidak kongruen. • Defensive dan menghakimi. • Pembatasan topik. 	Dengan membagi-kan kuisioner yang berisi 20 pernyataan untuk mengkaji pola komunikasi keluarga (fungsional, disfungsional).	Disfungsional jika total skor untuk pernyataan pola komunikasi keluarga ≤ 50 .	nominal
4	Motivasi	Keinginan yang berasal dari dalam diri seorang pengguna NAPZA untuk berhenti menggunakan NAPZA, yang dipengaruhi oleh	Dengan kuisioner yang terdiri dari 10 pernyataan termasuk 1 pernyataan inti untuk mengkaji motivasi pengguna NAPZA untuk sembuh. Kuisioner	Kriteria nilai jawaban : 1: tidak pernah 2: jarang 3: kadang-kadang 4: sering	nominal

No.	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara/ alat ukur	Hasil ukur	Skala ukur
		pola komunikasi dalam keluarga.	menggunakan kolom jawaban berupa skala likert dengan frekuensi sering sampai tidak pernah.		
5	Termotivasi	Keinginan yang berasal dari dalam diri seorang pengguna NAPZA untuk berhenti menggunakan NAPZA, yang dipengaruhi oleh pola komunikasi dalam keluarga, ditunjukkan dengan mengikuti program rehabilitasi dengan semangat.	Dengan kuisisioner yang terdiri dari 10 pernyataan termasuk 1 pernyataan inti untuk mengkaji motivasi pengguna NAPZA untuk sembuh.	Termotivasi jika total skor untuk pernyataan motivasi > 25.	nominal
6	Tidak termotivasi	Ketidakinginan dari seorang pengguna NAPZA untuk berhenti menggunakan NAPZA, ditunjukkan dengan keterpaksaan mengikuti program rehabilitasi di PSPP.	Dengan kuisisioner yang terdiri dari 10 pernyataan termasuk 1 pernyataan inti untuk mengkaji motivasi pengguna NAPZA untuk sembuh.	Tidak termotivasi jika total skor untuk pernyataan motivasi ≤ 25 .	nominal

D. Definisi Terkait

Definisi operasional:

Pengguna NAPZA : Individu yang menyalahgunakan obat-obatan terlarang seperti: narkotika, zat psikotropika, dan zat adiktif lainnya, dan sedang menjalani program rehabilitasi di Pantia Sosial Pamardi Putra Serpong, Tangerang.



BAB IV

METODE DAN PROSEDUR PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif korelasi. Deskriptif korelasi adalah desain penelitian yang digunakan untuk mengkaji hubungan antar variabel, dimana peneliti mencari, menjelaskan, dan memperkirakan suatu hubungan berdasarkan teori yang ada. Pada penelitian ini, peneliti bertujuan untuk menjelaskan hubungan antara variabel pola komunikasi keluarga dengan variabel motivasi pengguna NAPZA untuk sembuh. Namun, peneliti tidak memberikan perlakuan atau intervensi khusus kepada responden.

B. Populasi Penelitian

Populasi yang digunakan sebagai subyek penelitian adalah para pengguna NAPZA yang sedang menjalani rehabilitasi di Panti Sosial Pamardi Putra Serpong, Tangerang. Karena jumlah populasi yang terbatas, maka seluruh populasi diajukan menjadi responden dalam penelitian ini dengan kriteria sebagai berikut:

1. Jenis kelamin pria atau wanita
2. Usia \geq 13 tahun
3. Bisa membaca dan menulis
4. Sedang menjalani pengobatan

5. Responden dalam kondisi sadar
6. Bersedia menjadi responden

C. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada Panti Sosial Pamardi Putra Serpong, Tangerang yang merupakan tempat rehabilitasi yang diperuntukan khusus menangani para penyalahguna NAPZA, sehingga hal tersebut memudahkan dalam pengumpulan data.

Pengumpulan data dilakukan selama kurang lebih satu minggu yaitu: pada tanggal 11-15 Mei 2006. Pembagian dan pengembalian kuisioner dilakukan pada hari kerja.

D. Etika Penelitian

Etika penelitian diperlukan untuk memastikan terjaminnya hak-hak asasi responden penelitian. Etika penelitian memiliki beberapa prinsip khusus yaitu: prinsip *beneficence*, prinsip menghargai harkat dan martabat manusia, serta prinsip keadilan (Polit, 1997).

Setelah proposal disetujui, peneliti mengajukan permohonan ijin penelitian kepada pihak Panti Sosial Pamardi Putra Serpong, Tangerang. Peneliti juga membuat surat persetujuan untuk responden penelitian. Didalamnya dituliskan jati diri peneliti, tujuan penelitian, dan permohonan kesediaan responden untuk berpartisipasi dalam penelitian.

Subyek yang telah memenuhi kriteria sampel mendapatkan penjelasan secara lisan dan tulisan mengenai penelitian yang dilakukan meliputi tujuan, guna penelitian, dan peran serta responden. Subyek yang setuju berpartisipasi mendapatkan kesempatan untuk membaca dan memahami isi surat persetujuan tentang kesediaannya menjadi

responden dalam penelitian ini serta menandatangani. Kesiediaan subyek menjadi responden dalam penelitian ini bersifat sukarela dan tidak ada unsur paksaan.

Peneliti membagikan lembar kuisisioner kepada responden serta menjelaskan cara pengisian kuisisioner tersebut. Peneliti memberi kesempatan responden untuk bertanya jika mengalami kesulitan dalam mengisi kuisisioner.

Peneliti akan merahasiakan identitas responden dan data yang diperoleh dari responden dengan mencantumkan kode nomer untuk menggantikan identitas responden. Lembar kertas yang berisi jawaban dan identitas responden beserta tempat penelitian hanya digunakan untuk kepentingan pengolahan data. Data tersebut akan disimpan selama kurang lebih lima tahun untuk kepentingan penelitian dan bila diperlukan sewaktu-waktu. Setelah itu data tersebut akan dimusnahkan bila tidak digunakan lagi.

E. Alat Pengumpulan Data

Instrumen yang digunakan dalam pengumpulan data berupa kuisisioner yang terdiri dari serangkaian pertanyaan yang dibuat sendiri oleh peneliti dan mengacu pada konsep penelitian. Kuisisioner yang dibuat berupa pertanyaan terstruktur dan terdiri dari dua bagian yaitu serangkaian pertanyaan tentang data demografi dan pernyataan yang berisi tentang pola komunikasi keluarga dan motivasi pengguna NAPZA untuk sembuh.

Pernyataan-pernyataan yang ada dalam kuisisioner merupakan perkembangan dari variabel pola komunikasi keluarga dan motivasi. Pernyataan yang menyangkut pola komunikasi keluarga terdiri dari 20 pernyataan dan motivasi sebanyak 10 pernyataan. Total dari keseluruhannya adalah 30 pernyataan dan peneliti mengacak nomer kuisisionernya. Jawaban pernyataan menggunakan skala lickert dengan kategori pilihan jawaban yaitu: nilai jawaban satu (tidak pernah), dua (jarang), tiga (kadang-kadang), dan

empat (sering). Pengisian jawaban dilakukan dengan memberikan tanda “ √ ” pada kolom yang dianggap sesuai.

Daftar pernyataan ini akan diujicobakan pada subyek yang tidak dikutsertakan dalam penelitian ini. Tujuan uji coba adalah untuk mengetahui pemahaman subyek terhadap isi pernyataan. Setelah uji coba akan dilakukan perbaikan sebelum diberikan kepada responden yang sebenarnya.

F. Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan di tempat penelitian dengan prosedur sebagai berikut:

1. Setelah proposal penelitian mendapat persetujuan dari pembimbing, peneliti mengajukan surat permohonan untuk membuat surat keterangan ijin pelaksanaan penelitian kepada pihak FIK UI.
2. Menyerahkan surat permohonan ijin ke tempat yang dituju untuk melakukan penelitian.
3. Menjelaskan kepada calon responden tentang tujuan penelitian, prosedur penelitian, dan hak-hak responden selama berlangsungnya penelitian.
4. Meminta responden untuk menandatangani lembar persetujuan sebagai responden dalam penelitian ini.
5. Membagikan lembar kuisisioner dan menjelaskan cara pengisiannya.
6. Peneliti memberi kesempatan pada responden untuk memahami pertanyaan dan pernyataan-pernyataan kuisisioner serta bertanya tentang kuisisioner bila ada yang belum dipahami.

7. Memberikan waktu kepada responden untuk melakukan pengisian kuisioner.
8. Setelah selesai pengisian kuisioner, peneliti akan mengumpulkan seluruh lembaran kuisioner dan mengucapkan terima kasih kepada responden dan pihak-pihak yang terlibat dalam pengumpulan data penelitian.

G. Pengolahan dan Analisa Data

1. Pengolahan data

Pengolahan data merupakan salah satu bagian rangkaian kegiatan penelitian setelah kegiatan pengumpulan data. Ada empat tahap utama dalam pengolahan data, yaitu: *editing*, *coding*, *processing*, dan *cleaning data*. Pada tahap *editing* merupakan kegiatan untuk pengecekan isi kuisioner dari segi kelengkapan jawaban, kejelasan tulisan, relevan jawaban yang diberikan, dan konsistensi isi jawaban antara beberapa pertanyaan (Hastono, 2001).

Coding merupakan kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka atau bilangan. Tujuannya adalah untuk mempermudah pada saat analisis data dan juga mempercepat pada saat pemasukan data. Langkah selanjutnya adalah *processing* yaitu memproses data agar dapat dianalisis. Pemrosesan data dilakukan dengan cara memasukkan data dari kuisioner ke program komputer (Hastono, 2001).

Tahap yang terakhir dari pengolahan data adalah *cleaning data* yang merupakan kegiatan pengecekan apakah ada kesalahan dalam data yang telah dimasukkan. Hal ini dilakukan dengan melihat adanya *missing data*, mengetahui variasi data dan mengetahui konsistensi data. Cara mendeteksi adanya *missing data* adalah dengan membuat daftar distribusi frekuensi dari variabel yang ada. Mengetahui variabel data dilakukan dengan mengeluarkan distribusi frekuensi

masing-masing variabel ke dalam bentuk kode sehingga diketahui apakah data yang dimasukkan benar atau salah (Hastono, 2001).

Dalam penelitian ini dilakukan analisis hubungan antara variabel kategorik (pola komunikasi keluarga) dengan variabel kategorik (motivasi) dan bertujuan menguji proporsi atau persentase perbedaan parameter dua atau lebih kelompok sampel. Oleh karena itu, analisa chi-square digunakan dalam penelitian ini.

2. Analisa data

a. Analisa univariat

Tujuan dari analisa ini adalah untuk menjelaskan/ mendeskripsikan karakteristik masing-masing data demografi yang diteliti. Fungsi analisa sebetulnya adalah menyederhanakan atau meringkas kumpulan data hasil pengukuran sedemikian rupa sehingga kumpulan data tersebut berubah menjadi informasi yang berguna.

Karena data-data yang diperoleh berjenis kategorik, maka analisisnya tidak mungkin atau tidak lazim menggunakan mean atau median, melainkan informasi jumlah dan persentase yang disajikan menggunakan tabel atau grafik.

b. Analisa bivariat

1). Melakukan analisa *Chi-Square* dengan menyajikan kedua variabel (motivasi dan pola komunikasi keluarga) dengan bentuk tabel silang 2x2.

Variabel	Pola komunikasi Keluarga		Total
	Fungsional	Disfungsional	
termotivasi	a	b	a + b
Tidak termotivasi	c	d	c + d
Total	a + c	b + d	N

keterangan : a, b, c, d merupakan nilai observasi

2). Mencari nilai ekspektasi (harapan) masing-masing sel, dicari dengan rumus :

$$E = \frac{\text{total barisnya} \times \text{total kolomnya}}{\text{jumlah keseluruhan data}}$$

misalkan untuk mencari nilai ekspektasi E untuk sel a adalah :

$$E_a = \frac{(a + b) \times (a + c)}{N}$$

Untuk E_b , E_c , dan E_d dapat dicari dengan cara yang sama.

3). Melakukan pengujian dengan *Chi-Square*. Khusus untuk tabel 2x2 menggunakan rumus:

$$\chi^2 = \frac{N(ad - bc)^2}{(a + b)(b + d)(a + c)(c + d)}$$

Tapi dalam penggunaan rumus tersebut harus memperhatikan keterbatasan-keterbatasannya. Adapun keterbatasan uji *Chi-Square* adalah sebagai berikut:

- a). Tidak boleh ada sel yang mempunyai harapan (nilai E) kurang dari 1.
- b). Tidak boleh ada sel yang mempunyai harapan (nilai E) kurang dari 5, lebih dari 20% dari jumlah keseluruhan sel.

Jika keterbatasan-keterbatasan tersebut terjadi, maka uji yang digunakan khusus untuk tabel 2x2 adalah uji Fisher Exact

4). Menghitung P value dengan membandingkan nilai χ^2 dengan tabel *Chi-Square*.

5). Mengambil keputusan :

- Bila $P \text{ value} \leq \alpha$, maka H_0 ditolak, yang berarti ada hubungan antara pola komunikasi keluarga dan motivasi pengguna NAPZA untuk sembuh.
- Bila $P \text{ value} > \alpha$, maka H_0 gagal ditolak, yang berarti tidak ada hubungan antara pola komunikasi keluarga dan motivasi pengguna NAPZA untuk sembuh.

H. Sarana Penelitian

Dalam penelitian ini sarana yang digunakan oleh peneliti adalah berupa alat tulis-menulis, perpustakaan, internet, komputer, disket, flash disk, dan lembar kuisioner.

I. Jadwal Kegiatan

no	Jenis kegiatan	Pebruari				Maret				April				Mei			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Identifikasi masalah																
2	Studi kepustakaan																
3	Penyusunan proposal																
4	Mengurus perizinan																
5	Pengumpulan data																
6	Analisis data																
7	Penyusunan laporan																
8	Desiminasi																

BAB V

HASIL PENELITIAN

Pengumpulan data dilakukan pada tanggal 11 – 15 Mei 2006 di Panti Sosial Pamardi Putra Serpong, Tangerang. Data dikumpulkan dengan cara memberikan kuisioner setelah responden menandatangani lembar persetujuan menjadi responden. Responden yang terlibat dalam penelitian ini berjumlah 42 orang. Setelah kuisioner terisi dan terkumpul, peneliti melakukan *editing* untuk pengecekan kelengkapan jawaban kuisioner. Dari 42 paket kuisioner yang terkumpul, terdapat 7 paket kuisioner yang tidak lengkap jawabannya. Oleh karena itu, peneliti hanya menggunakan 35 paket kuisioner dengan jawaban yang lengkap sebagai data penelitian.

Kemudian proses dilanjutkan dengan analisa data yang dimulai dengan mentabulasi data demografi responden yang meliputi: umur, jenis kelamin, pendidikan, agama, suku, pekerjaan orangtua, status perkawinan orangtua, jumlah anak dalam keluarga, dengan siapa responden tinggal, lamanya mengikuti program rehabilitasi, dan berapa kali mengikuti program rehabilitasi. Persentase setiap kategori yang ada didapat dari pembagian jumlah total suatu kategori tertentu dengan jumlah seluruh responden dikalikan dengan 100%. Kemudian data demografi tersebut dipresentasikan dalam bentuk grafik sesuai jawaban responden.

Analisa data kemudian dilanjutkan dengan mengolah data yang terdapat pada kuisisioner tentang hubungan pola komunikasi keluarga terhadap motivasi pengguna NAPZA untuk sembuh. Berdasarkan hasil yang diperoleh dari penghitungan uji Fisher Exact dibuat suatu pembahasan hasil dan kesimpulan.

A. Hasil Penelitian

1. Hasil analisa univariat

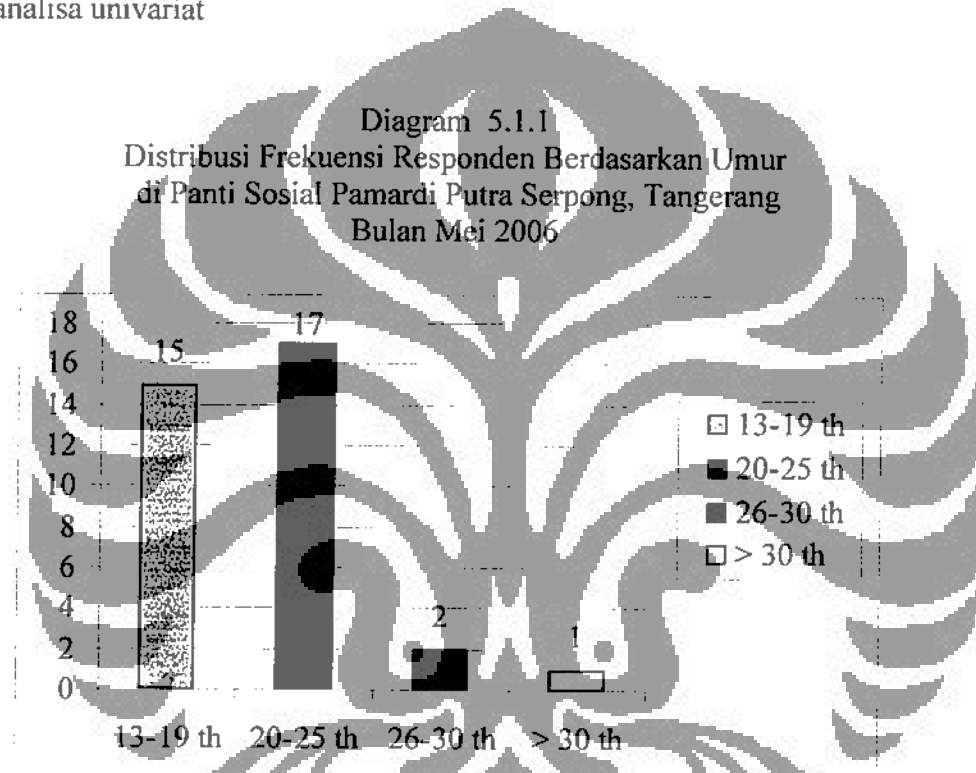


Diagram 5.1.1 menunjukkan bahwa proporsi umur responden di Panti Sosial Pamardi Putra yang paling banyak adalah usia 20-25 tahun yaitu 48%. Proporsi tersebut hanya mempunyai selisih yang sedikit dibandingkan dengan usia 13-19 tahun sebanyak 43%. Sedangkan responden dengan usia ≥ 26 tahun jumlahnya jauh lebih sedikit, yaitu sebanyak 9%.

Diagram 5.1.2
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin
di Panti Sosial Pamardi Putra Serpong, Tangerang
Bulan Mei 2006

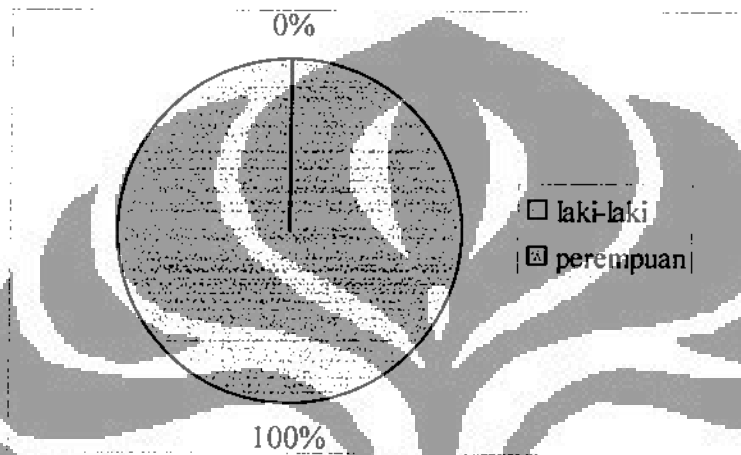


Diagram 5.1.2 menunjukkan karakteristik jenis kelamin responden yang ditemukan pada penelitian yang dilakukan di Panti Sosial Pamardi Putra Serpong, Tangerang hanya laki-laki. Hal ini dikarenakan Panti Sosial Pamardi Putra tersebut hanya diperuntukkan untuk laki-laki.

Diagram 5.1.3
 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan
 di Panti Sosial Pamardi Putra Serpong, Tangerang
 Bulan Mei 2006

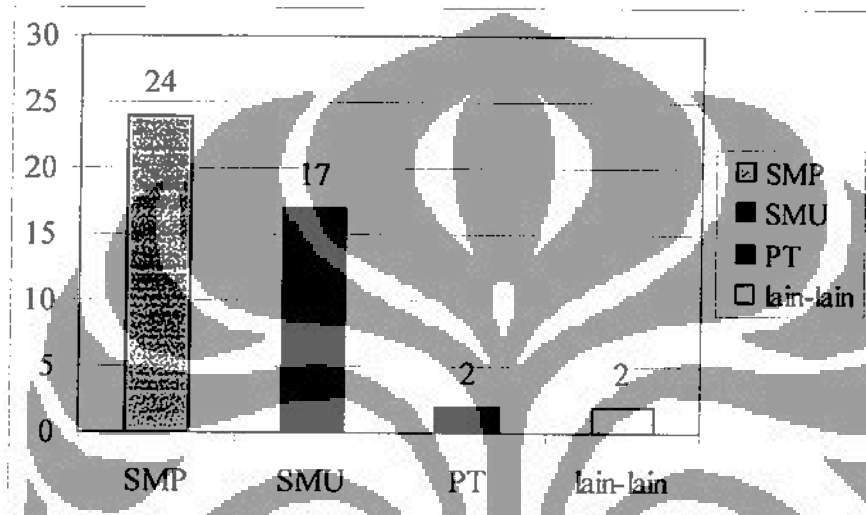


Diagram 5.1.3 menunjukkan tingkat pendidikan responden terdiri dari SMP, SMU, Perguruan Tinggi, dan lain-lain (SD/ tidak sekolah). Proporsi tingkat pendidikan terakhir yang paling banyak dari responden adalah SMP sebanyak 68%, disusul oleh tingkat pendidikan SMU sebanyak 20%.

Diagram 5.1.4
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Agama
di Panti Sosial Pamardi Putra Serpong, Tangerang
Bulan Mei 2006

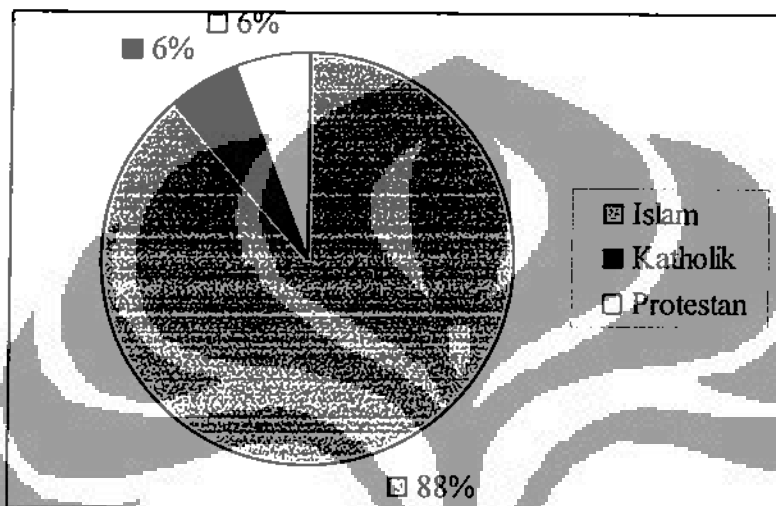


Diagram 5.1.4 menunjukkan bahwa agama responden di Panti Sosial Pamardi Putra terdiri dari Islam, Katholik, dan Protestan. Proporsi agama yang paling banyak dari responden adalah Islam, sedangkan Katholik mempunyai proporsi yang sama dengan Protestan.

Diagram 5.1.5
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Suku
di Panti Sosial Pamardi Putra Serpong, Tangerang
Bulan Mei 2006

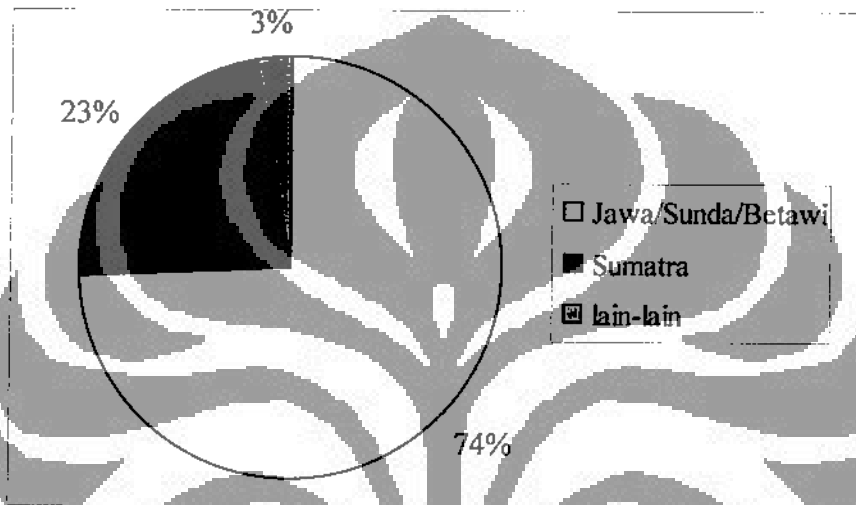


Diagram 5.1.5 menunjukkan suku dari 35 responden dapat diklasifikasikan menjadi 3 yaitu: Jawa/ Sunda/ Betawi, Sumatra, dan lain-lain. Proporsi responden berdasarkan suku di Panti Sosial Parmadi Putra yang paling banyak adalah Jawa/ Sunda/ Betawi.

Diagram 5.1.6
 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan Orang Tua
 di Panti Sosial Pamardi Putra Serpong, Tangerang
 Bulan Mei 2006

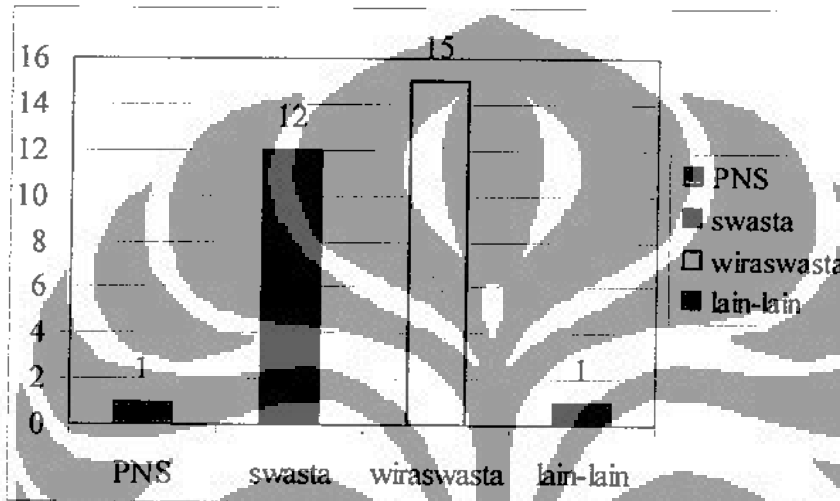


Diagram 5.1.6 menunjukkan bahwa proporsi pekerjaan orang tua responden di Panti Sosial Pamardi Putra yang paling banyak adalah wiraswasta dan swasta (total sebanyak 77%, sedangkan PNS mempunyai proporsi yang paling sedikit, yaitu sebanyak 3%.

Diagram 5.1.7
 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Status Perkawinan Orang Tua
 di Panti Sosial Pamardi Putra Serpong, Tangerang
 Bulan Mei 2006

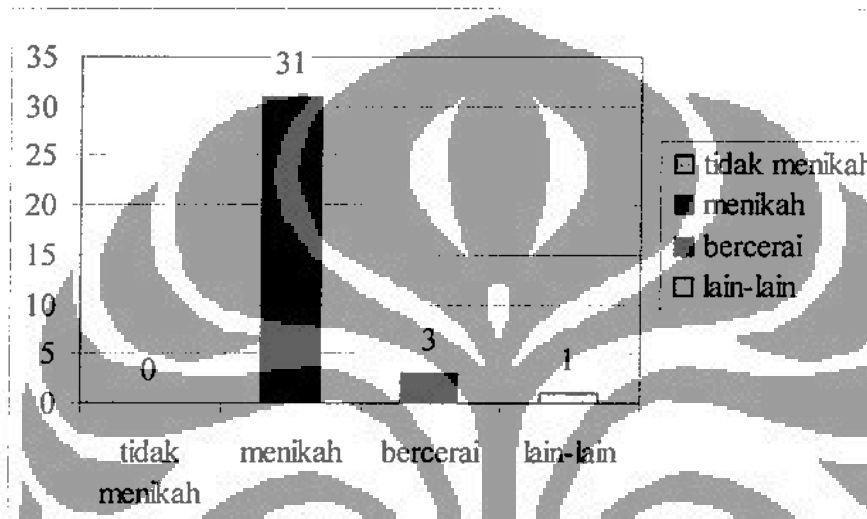


Diagram 5.1.7 menunjukkan status perkawinan orang tua responden di Panti Sosial Pamardi Putra yang paling banyak adalah menikah (sebanyak 88%). Lain-lain menunjukkan status janda/ duda bukan dari perceraian.

Diagram 5.1.8
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jumlah Anak Dalam Keluarga
di Panti Sosial Pamardi Putra Serpong, Tangerang
Bulan Mei 2006

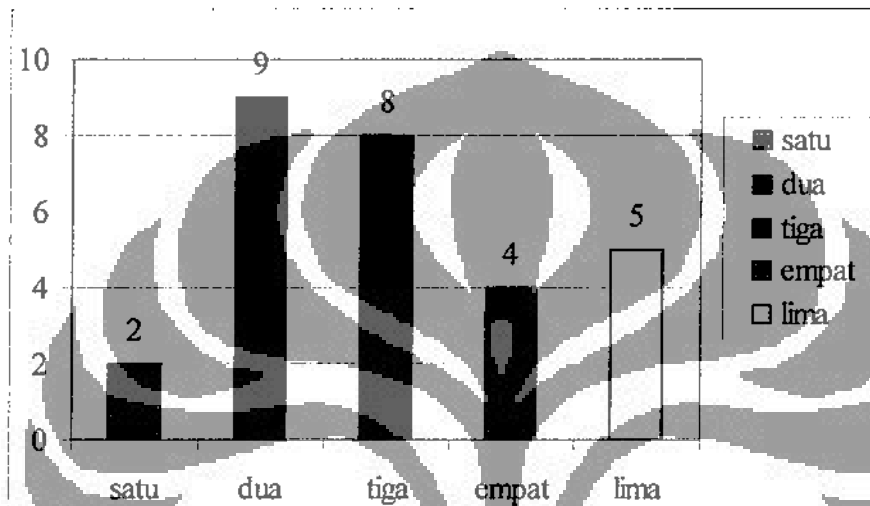


Diagram 5.1.8 menunjukkan bahwa proporsi jumlah anak dalam keluarga responden di Panti Sosial Pamardi Putra yang paling banyak adalah 2 anak dalam satu keluarga. Proporsi tersebut hanya berselisih sedikit dengan jumlah 3 anak yang kemudian disusul oleh jumlah > 5 anak.

Diagram 5.1.9
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tempat Tinggal Bersama
di Panti Sosial Pamardi Putra Serpong, Tangerang
Bulan Mei 2006

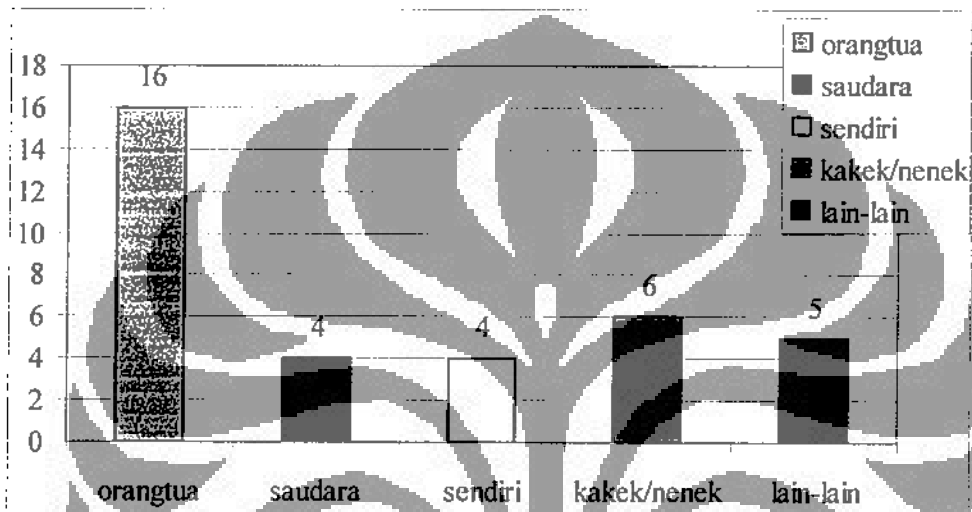


Diagram 5.1.9 menunjukkan bahwa proporsi responden di Panti Sosial Pamardi Putra yang tinggal bersama orang tua adalah yang paling banyak (47%).

Diagram 5.1.10
 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Lamanya Rehabilitasi
 di Panti Sosial Pamardi Putra Serpong, Tangerang
 Bulan Mei 2006

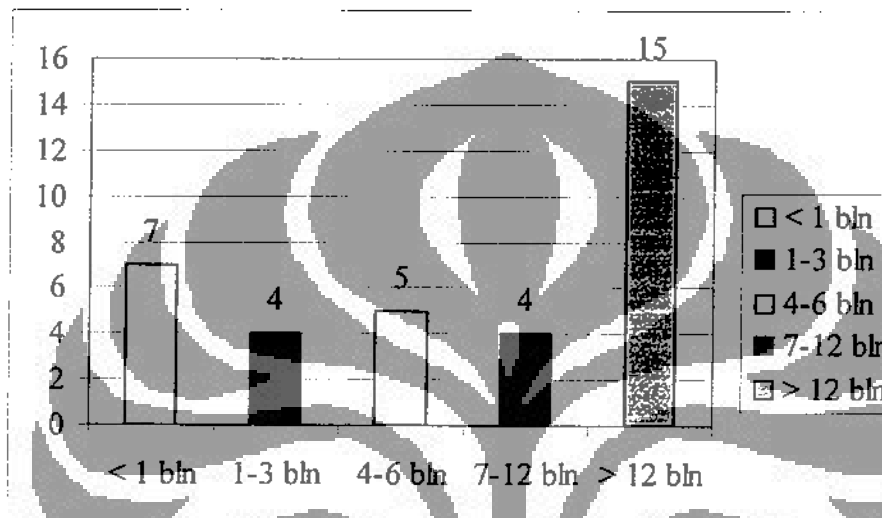


Diagram 5.1.10 menunjukkan bahwa proporsi lamanya rehabilitasi responden di Panti Sosial Pamardi Putra yang paling banyak adalah > 12 bulan sebanyak 44%. Sedangkan responden yang direhabilitasikan kurang dari satu bulan memiliki jumlah proporsi nomor dua terbanyak, yaitu sebesar 20%.

Diagram 5.1.11
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Frekuensi Rehabilitasi
di Panti Sosial Pamardi Putra Serpong, Tangerang
Bulan Mei 2006

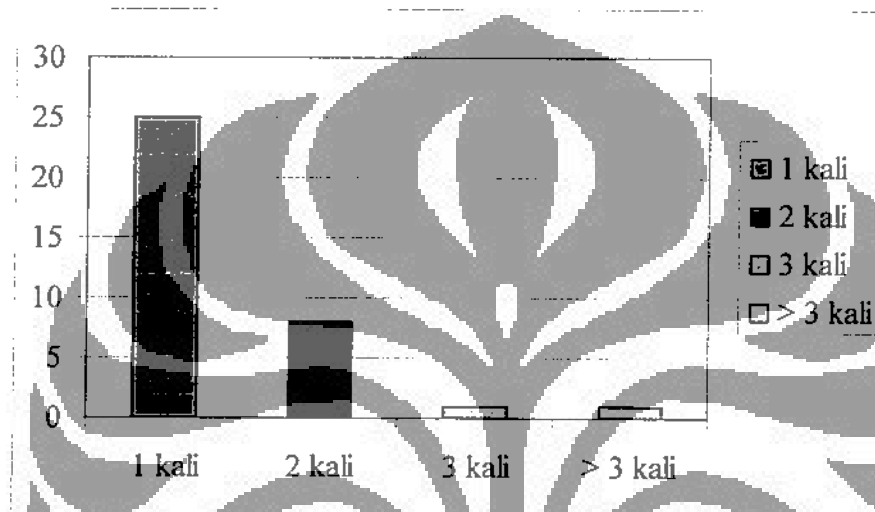


Diagram 5.2.11 menunjukkan bahwa sebagian besar (71%) responden di Panti Sosial Pamardi Putra baru menjalani rehabilitasi untuk yang pertama kali. Frekuensi kembali menjalani rehabilitasi memiliki presentase yang lebih sedikit.

2. Hasil analisa bivariat

Tabel 5.2.1
Motivasi*Pola Komunikasi Keluarga Crosstabulation

			Pola Komunikasi Keluarga		Total
			fungsional	disfungsional	
Motivasi	Termotivasi	Count	23	7	30
		% of Total	65,7%	20,0%	85,7%
	tidak termotivasi	Count	2	3	5
		% of Total	5,7%	8,6%	14,3%
Total		Count	25	10	35
		% of Total	71,4%	28,6%	100,0%

Tabel 5.2.1 diatas menunjukkan sebanyak 23 dari 30 responden (85,7%) yang termotivasi untuk sembuh mempunyai pola komunikasi keluarga yang fungsional dan sebanyak 7 responden lainnya (20,0%) mempunyai pola komunikasi keluarga yang disfungsional. Sedangkan responden yang tidak termotivasi untuk sembuh berjumlah 5 orang, yang terdiri dari 2 responden (5,7%) dengan pola komunikasi keluarga yang fungsional dan 3 responden (8,6%) dengan pola komunikasi keluarga yang disfungsional.

Setelah dilakukan penghitungan nilai observasi, maka nilai harapan (ekspektasi) masing-masing sel dicari menggunakan rumus dan diperoleh hasilnya:

$$E_a = \frac{30 \times 25}{35} = 21,43 \qquad E_c = \frac{25 \times 5}{35} = 3,57$$

$$E_b = \frac{30 \times 10}{35} = 8,57 \qquad E_d = \frac{10 \times 5}{35} = 1,43$$

Berdasarkan hasil yang diperoleh, ternyata terdapat 2 sel (c dan d) yang mempunyai nilai ekspektasi (nilai E) kurang dari 5 dan lebih dari 20% jumlah keseluruhan, maka uji yang digunakan adalah uji Fisher Exact.

Tabel 5.2.2
Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,823(b)	1	,093		
Continuity Correction(a)	1,313	1	,252		
Likelihood Ratio	2,552	1	,110		
Fisher's Exact Test				,128	,128
Linear-by-Linear Association	2,743	1	,098		
N of Valid Cases	35				

Berdasarkan uji Fisher Exact, diperoleh nilai P value : 0,128. Hal tersebut berarti P value lebih besar dari nilai alpha yang telah ditetapkan yaitu 0,05 yang berarti H_0 gagal ditolak.

BAB VI

PEMBAHASAN

A. Interpretasi dan Diskusi Hasil

Pola komunikasi keluarga adalah karakteristik pola-pola interaksi sirkular dari keluarga, yang selain mempengaruhi dan mengorganisir anggota keluarga, pola-pola ini juga menghasilkan arti dari transaksi diantara para anggota keluarga (Friedman, 1998). Pada penelitian ini yang diukur adalah interaksi antar anggota keluarga yang dapat dikategorikan sebagai pola komunikasi fungsional dan disfungsional yang mempengaruhi motivasi pengguna NAPZA untuk sembuh. Motivasi tidak hanya dipengaruhi oleh pola komunikasi, tetapi juga oleh faktor lain yang meliputi faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal adalah faktor yang berasal dari dalam diri individu sendiri, sedangkan faktor eksternal adalah faktor-faktor yang berasal dari luar individu (Siagian, 1995). Kedua faktor tersebut saling berinteraksi dan saling mempengaruhi dalam menghasilkan suatu perilaku atau penampilan yang mengarah pada pencapaian tujuan atau pemenuhan kebutuhan.

Analisa univariat terhadap data demografi usia responden di Panti Sosial Pamardi Putra diperoleh sebanyak 17 dari 35 responden berusia 20-25 tahun. Ini merupakan proporsi terbanyak dan hanya memiliki selisih sedikit dengan usia 13-19 tahun yang berjumlah 15 responden. Hal ini menunjukkan bahwa kecenderungan penyalahgunaan NAPZA lebih besar terjadi pada usia dewasa awal (20-25 tahun) dan

remaja (13-19 tahun). Menurut peneliti, hal ini terjadi karena usia dewasa awal dan remaja tersebut masih sangat rentan terhadap pengaruh negatif dari pergaulan, mempunyai rasa keingintahuan yang besar, kondisi emosional yang belum stabil, serta pertimbangan-pertimbangannya yang belum matang.

Hasil penghitungan data demografi untuk tingkat pendidikan menunjukkan bahwa responden dengan tingkat pendidikan terakhir SMP mempunyai proporsi terbesar dibandingkan dengan yang lainnya. Berdasarkan hasil tersebut peneliti dapat menyimpulkan bahwa semakin rendah tingkat pendidikan responden maka semakin sedikit pengetahuannya tentang bahaya NAPZA sehingga mempunyai resiko penyalahgunaan yang lebih besar. Apalagi disertai dengan tingkat pengetahuan agama dan budi pekerti yang rendah. Padahal pengetahuan agama dan budi pekerti ini merupakan benteng diri yang paling kuat terhadap penyalahgunaan NAPZA. Oleh karena itu, penting untuk mengusahakan agar proporsi ilmu pengetahuan agama diberikan seimbang dengan pengetahuan umum lainnya. Pendapat peneliti ini dapat memperkuat hasil pengamatan yang dilakukan Hawari (2000) yang menyatakan bahwa anak-anak yang kondisi sekolahnya tidak baik, terutama muatan pendidikan agama dan budi pekerti yang amat minimal mempunyai kecenderungan penyalahgunaan/ketergantungan NAPZA yang jauh lebih banyak dibandingkan dengan keadaan sekolah yang baik dimana muatan pendidikan agama dan budi pekertinya seimbang dengan mata pelajaran lain.

Pada data demografi jenis kelamin dari responden diperoleh 100% laki-laki, yang berarti seluruh responden berjenis kelamin laki-laki. Hal ini dikarenakan penelitian hanya dilakukan di Panti Sosial Pamardi Putra yang merupakan tempat rehabilitasi pengguna

NAPZA khusus untuk laki-laki. Jadi peneliti tidak menemukan variasi jenis kelamin pengguna NAPZA.

Berdasarkan hasil penghitungan data demografi untuk agama, diperoleh 31 responden atau sekitar 88% beragama Islam dan ini merupakan hasil terbanyak dibandingkan agama lain yang hanya 6% beragama Katholik dan 6% lainnya beragama Protestan. Hal tersebut tidak berarti bahwa agama Islam mempunyai kecenderungan yang lebih tinggi untuk penyalahgunaan NAPZA. Tingginya persentase yang beragama Islam tersebut kemungkinan dikarenakan sebagian besar penduduk Indonesia terutama yang bermukim di pulau Jawa memeluk agama Islam. Selain itu, rendahnya tingkat keimanan dan ketaqwaan individu juga mempengaruhi rentannya individu tersebut untuk menyalahgunakan dan atau kambuh kembali setelah program rehabilitasi selesai. Hal ini sesuai dengan penelitian Hawari (1999) yang menyatakan bahwa mereka yang tingkat keimanannya kuat, resiko untuk memakai NAPZA atau kambuh sangat kecil.

Sementara penghitungan data demografi tentang suku menunjukkan 74% atau sebanyak 26 responden merupakan suku Jawa/ Sunda/ Betawi dan ini merupakan persentase terbesar dibandingkan dengan suku yang lain. Menurut peneliti hal ini dikarenakan penelitian hanya dilakukan di Serpong, Tangerang yang terletak di Pulau Jawa yang sebagian besar dihuni oleh suku Jawa/ Sunda/ Betawi.

Sedangkan untuk data demografi mengenai pekerjaan orang tua diperoleh 15 orang sebagai wiraswastawan dan 12 orang bekerja dibidang swasta, sedangkan yang bekerja sebagai PNS hanya ada 1 orang. Hal tersebut menunjukkan bahwa penyalahgunaan NAPZA cenderung lebih tinggi terjadi pada keluarga dengan orang tua yang bekerja dibidang swasta atau wiraswasta dibanding yang bekerja sebagai PNS. Menurut peneliti hal tersebut dapat terjadi dikarenakan waktu kebersamaan keluarga

pada orang tua yang bekerja di swasta atau sebagai wiraswastawan lebih sedikit dibanding yang bekerja sebagai PNS yang mempunyai waktu luang lebih banyak. Hal ini sesuai dengan pendapat Hawari (1990) bahwa keberadaan orang tua di rumah juga mempunyai pengaruh, misalnya orang tua jarang di rumah menyebabkan komunikasi, waktu bersama, dan perhatian untuk anak juga kurang bahkan tidak ada sama sekali. Hal tersebut merupakan salah satu faktor yang berkontribusi terhadap terjadinya penyalahgunaan NAPZA. Oleh karena itu, sesibuk apapun orang tua harus bisa meluangkan waktu yang cukup untuk bersama dengan anak-anaknya, sehingga resiko penyalahgunaan tersebut dapat diminimalkan.

Status perkawinan orang tua pengguna NAPZA berdasarkan data demografi penelitian, menunjukkan hanya 3 dari 35 responden atau sekitar 9% yang orang tuanya bercerai, sedangkan 31 responden memiliki keluarga yang utuh (tidak cerai). Menurut peneliti, kondisi keluarga yang utuh (tidak cerai), belum tentu hubungan antara anggota keluarganya harmonis. Ketidakharmonisan ini kemungkinan diakibatkan oleh pola komunikasi yang disfungsi dalam keluarga yang ditunjukkan dengan adanya kondisi yang berpusat pada dirinya (egois), menghindari konflik, defensif, kurangnya empati, dan adanya komunikasi tertutup (Friedman, 1998). Selain itu hubungan interpersonal yang tidak baik, dan/ atau kesibukan orang tua dapat menjadi faktor pencetus seseorang menggunakan NAPZA (Hawari, 2000).

Data demografi mengenai jumlah anak dalam keluarga menunjukkan 6% atau 2 dari 35 responden dalam keluarganya hanya terdiri dari satu anak yang berarti responden tidak mempunyai saudara kandung. Ini adalah proporsi terkecil. Sedangkan jumlah saudara yang lebih dari satu mempunyai proporsi yang lebih besar, tapi tidak menunjukkan bahwa semakin banyak jumlah saudara dalam keluarga mempunyai resiko

penyalahgunaan yang lebih besar. Menurut peneliti, kecenderungan penyalahgunaan NAPZA tidak dipengaruhi oleh jumlah saudara dalam satu keluarga, tapi lebih dipengaruhi oleh proses komunikasi dalam keluarga. Proses komunikasi ini dipengaruhi oleh tingkat perkembangan, persepsi, emosi, latar belakang budaya, jenis kelamin, pengetahuan, peran dan relasi dengan sesama, serta lingkungan. (Potter & Perry, 1997)

Sebanyak 47% atau 16 responden tinggal bersama orang tuanya. Ini merupakan persentase terbesar. Hal tersebut menunjukkan bahwa tinggal bersama orang tua bukan berarti terbebas dari resiko penyalahgunaan NAPZA. Hal ini sesuai dengan pendapat dr Julie Kosasih dalam seminarnya tentang “Pengaruh dan Pencegahan Dini NAPZA di Jakarta” yang menyatakan bahwa keluarga yang harmonis tidak menjamin anak-anak terbebas dari penyalahgunaan narkotika, psikotropika, alkohol, dan zat adiktif lain (NAPZA). Meskipun keluarga harmonis, lingkungan lain yang tidak sehat amat berpengaruh, baik lingkungan keluarga, pergaulan, sekolah, maupun masyarakat (Ade, www.serojasatu.com, 2006)

Program rehabilitasi di Pamardi Putra Serpong, Tangerang ini rata-rata diikuti oleh responden selama lebih dari 12 bulan. Hal ini ditunjukkan dengan proporsi yang paling banyak yaitu 15 dari 35 responden mengikuti program rehabilitasi lebih dari 12 bulan. Berdasarkan Hawari (2000) lamanya program rehabilitasi tergantung dari metode dan program dari lembaga yang bersangkutan, biasanya lama program rehabilitasi antara 3 sampai 6 bulan. Menurut peneliti, rata-rata lama program rehabilitasi di Panti Sosial Pamardi Putra kemungkinan dikarenakan biaya rehabilitasi yang bersifat sukarela, sehingga keluarga dan responden tidak merasa terbebani, selain itu mereka yang telah lama mengikuti program ini biasanya diberikan kesempatan magang kerja untuk mempersiapkan ketrampilan kerja setelah keluar dari tempat rehabilitasi, sehingga

mereka siap kembali ke masyarakat dan kecenderungan untuk kembali menggunakan NAPZA diharapkan bisa berkurang.

Data demografi berdasarkan frekuensi rehabilitasi responden di Pantii Sosial Pamardi Putra diperoleh sebanyak 71% atau 25 dari 35 responden mengikuti program rehabilitasi untuk yang pertama kalinya, sedangkan yang menjalani rehabilitasi lebih dari satu kali memiliki proporsi yang lebih kecil. Berdasarkan data ini peneliti menyimpulkan bahwa tingkat kekambuhan pada responden di Pantii Sosial Pamardi Putra adalah rendah. Menurut peneliti, kemungkinan hal ini terjadi karena responden sudah lama tinggal di Pantii (44% responden telah lebih dari 12 bulan menjalani rehabilitasi) sehingga koping untuk menghadapi stres telah terlatih adaptif, serta keinginan ('sugesti') untuk menggunakan NAPZA sudah berkurang. Sedangkan menurut Hawari (2002), kekambuhan dapat terjadi apabila pasien bergaul kembali dengan teman-teman sesama pemakai NAPZA atau bandarnya, pasien tidak mampu menahan keinginan ('sugesti') untuk memakai NAPZA, dan/ atau pasien mengalami stres atau frustrasi.

Berdasarkan hasil analisa bivariat dari 35 responden yang terlibat dalam penelitian ini menunjukkan bahwa responden dengan pola komunikasi keluarga yang fungsional memiliki motivasi yang tinggi untuk mengikuti program rehabilitasi. Tetapi adanya pola komunikasi keluarga yang fungsional tersebut belum memastikan bahwa responden menjadi termotivasi untuk sembuh hanya karenanya. Hal ini dapat dibuktikan dengan persentase 12 responden lainnya yang terdiri dari 7 responden (20%) termotivasi tetapi mempunyai pola komunikasi keluarga yang disfungsional, 2 responden (5,7%) tidak termotivasi tetapi mempunyai pola komunikasi keluarga yang fungsional, serta 3

responden (8,6%) tidak termotivasi dan mempunyai pola komunikasi keluarga yang disfungsi

Sedangkan hasil penelitian dengan menggunakan uji Fisher Exact dengan tingkat signifikansi (α) sebesar 0,05 diperoleh nilai P value = 0,128. Dengan demikian P value lebih besar dari alpha (α) 0,05 sehingga H_0 gagal ditolak, berarti tidak ada hubungan antara pola komunikasi keluarga dan motivasi pengguna NAPZA untuk sembuh.

Berdasarkan hasil penelitian tersebut peneliti berpendapat bahwa pola komunikasi keluarga bukanlah satu-satunya faktor yang mempengaruhi motivasi pengguna NAPZA untuk sembuh, tetapi masih ada faktor-faktor lain yang berpengaruh. Faktor-faktor yang mempengaruhi motivasi pengguna NAPZA untuk sembuh (berhenti menggunakan NAPZA) secara garis besar dapat diklasifikasikan menjadi dua, yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal adalah faktor yang berasal dari dalam diri individu sendiri, meliputi: pengetahuan, pengalaman, tingkat pendidikan, keyakinan, keinginan berbuat lebih baik, cita-cita, dan kebutuhan. Sedangkan faktor eksternal adalah faktor-faktor yang berasal dari luar individu, meliputi: lingkungan pergaulan, informasi, sosial budaya, ekonomi, dan keluarga (Pender, 1980).

Diantara 10 pernyataan untuk motivasi, peneliti membuat 1 pernyataan kunci tentang motivasi yaitu "Saya ingin berhenti menggunakan NAPZA". Pernyataan tersebut dimaksudkan untuk mengetahui apakah responden benar-benar termotivasi untuk sembuh atau tidak. Penilaian dilakukan dengan menggunakan skala likert dengan kriteria nilai jawaban satu (tidak pernah), dua (jarang), tiga (kadang-kadang), dan empat (sering). Jika dikaitkan dengan pola komunikasi keluarga terdapat 8 responden dengan pola komunikasi keluarga disfungsi memilih jawaban empat (sering termotivasi) sebanyak 4 orang dan sisanya sebanyak 4 orang memilih jawaban tiga (kadang-kadang

termotivasi). Selain itu, juga diperoleh 8 responden dengan pola komunikasi fungsional tetapi tidak pernah termotivasi (jawaban satu) sebanyak 5 orang dan jarang termotivasi (jawaban dua) sebanyak 3 orang. Hasil tersebut dapat mendukung keputusan penelitian bahwa tidak ada hubungan antara pola komunikasi keluarga dan motivasi pengguna NAPZA untuk sembuh. Hal ini dibuktikan dengan adanya responden yang termotivasi untuk sembuh tapi mempunyai pola komunikasi keluarga yang disfungsional dan sebaliknya.

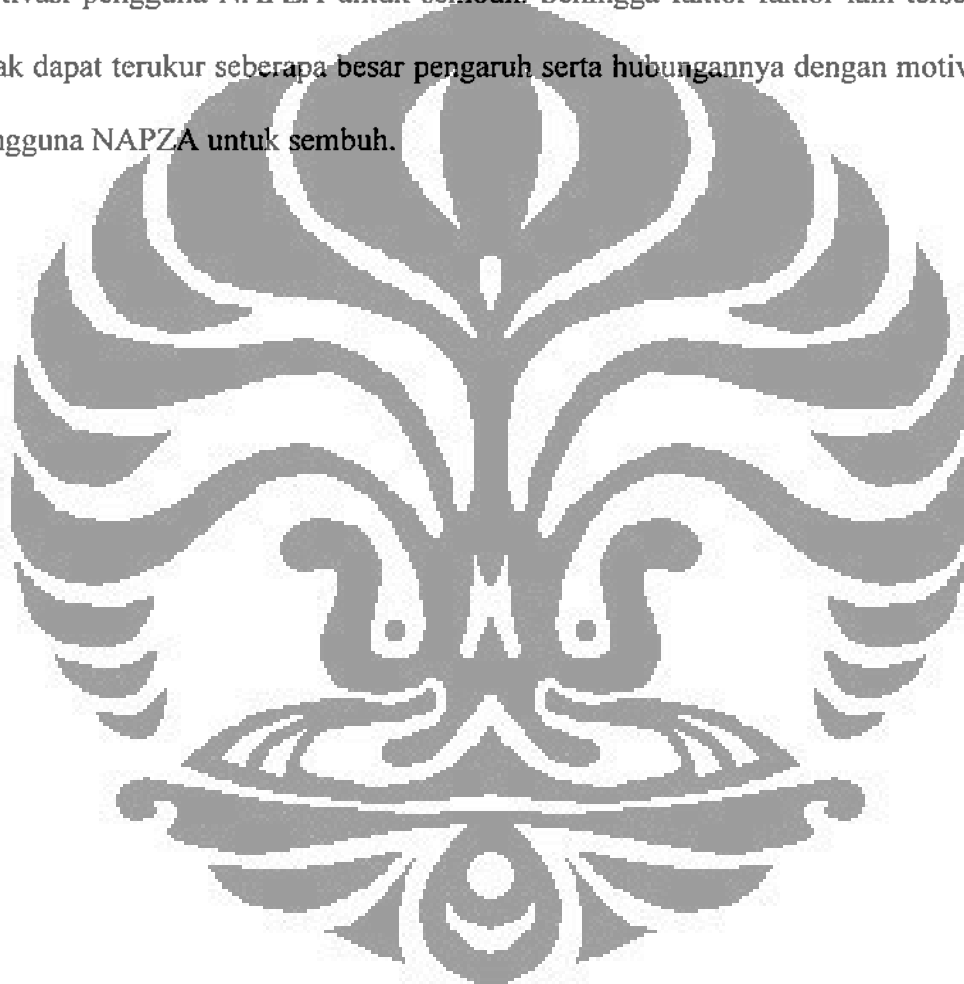
Mengacu pada studi kepustakaan tentang teori motivasi yaitu *Content theory* yang menyatakan bahwa motivasi dapat muncul saat seseorang tersebut mengetahui kebutuhan-kebutuhan dan keinginan-keinginannya. Jadi meskipun pola komunikasi keluarga tersebut fungsional tapi jika belum ada kesadaran akan kebutuhan untuk sembuh maka motivasi tersebut tidak akan muncul, demikian juga sebaliknya. Selain itu, motivasi ini pun dipengaruhi oleh berbagai faktor lain yang saling berinteraksi dan mempengaruhi seperti yang telah dikemukakan sebelumnya dan tidak hanya dipengaruhi pola komunikasi keluarga saja.

B. Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari bahwa penelitian ini memiliki keterbatasan-keterbatasan yang meliputi :

1. Instrumen dikembangkan sendiri oleh peneliti sehingga validitas dan reliabilitasnya masih kurang teruji secara akurat dan karena keterbatasan waktu peneliti hanya sempat melakukan uji coba instrumen secara isi dan muka saja tanpa menggunakan program SPSS.

2. Keterbatasan dalam jumlah responden penelitian yaitu hanya sebanyak 35 responden dan pengambilan responden hanya dari satu tempat rehabilitasi saja sehingga hasil penelitian kurang dapat digeneralisasikan.
3. Peneliti hanya berfokus pada satu faktor saja yaitu pola komunikasi keluarga, sedangkan ada berbagai faktor lain yang saling berinteraksi dan mempengaruhi motivasi pengguna NAPZA untuk sembuh. Sehingga faktor-faktor lain tersebut tidak dapat terukur seberapa besar pengaruh serta hubungannya dengan motivasi pengguna NAPZA untuk sembuh.



BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Dengan menggunakan uji statistik *fisher exact* didapatkan bahwa tidak ada hubungan antara pola komunikasi keluarga terhadap motivasi pengguna NAPZA untuk sembuh. Hal tersebut menunjukkan bahwa pola komunikasi keluarga baik yang fungsional maupun disfungsional tidak mempengaruhi motivasi pengguna NAPZA untuk sembuh walaupun 85,7% responden yang pola komunikasi keluarganya fungsional mempunyai motivasi untuk sembuh.

Hal ini terjadi karena ada banyak faktor yang mempengaruhi motivasi yang meliputi faktor internal dan eksternal. Keseluruhan faktor tersebut saling berinteraksi dan mempengaruhi tingkat motivasi pengguna NAPZA untuk sembuh.

B. Saran

Pada penelitian ini terdapat banyak kekurangan dan keterbatasan, sehingga peneliti merekomendasikan hal-hal sebagai berikut:

1. Bagi pengguna NAPZA,

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai masukan untuk tetap menjaga komunikasi dengan keluarga sehingga dapat meningkatkan motivasi untuk

sembuh. Walaupun hasil penelitian ini belum menunjukkan adanya hubungan yang kuat antara pola komunikasi keluarga dengan motivasi.

2. Bagi keluarga,

Hasil penelitian ini dapat dijadikan masukan dalam meningkatkan komunikasi keluarga yang membantu peningkatan motivasi pengguna NAPZA untuk sembuh.

3. Bagi masyarakat,

Hasil penelitian ini dapat menambah informasi dan merubah sikap dalam berkomunikasi dengan seorang pengguna NAPZA.

4. Bagi tenaga kesehatan,

Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk mengidentifikasi pola-pola komunikasi yang dapat memotivasi pengguna NAPZA untuk sembuh.

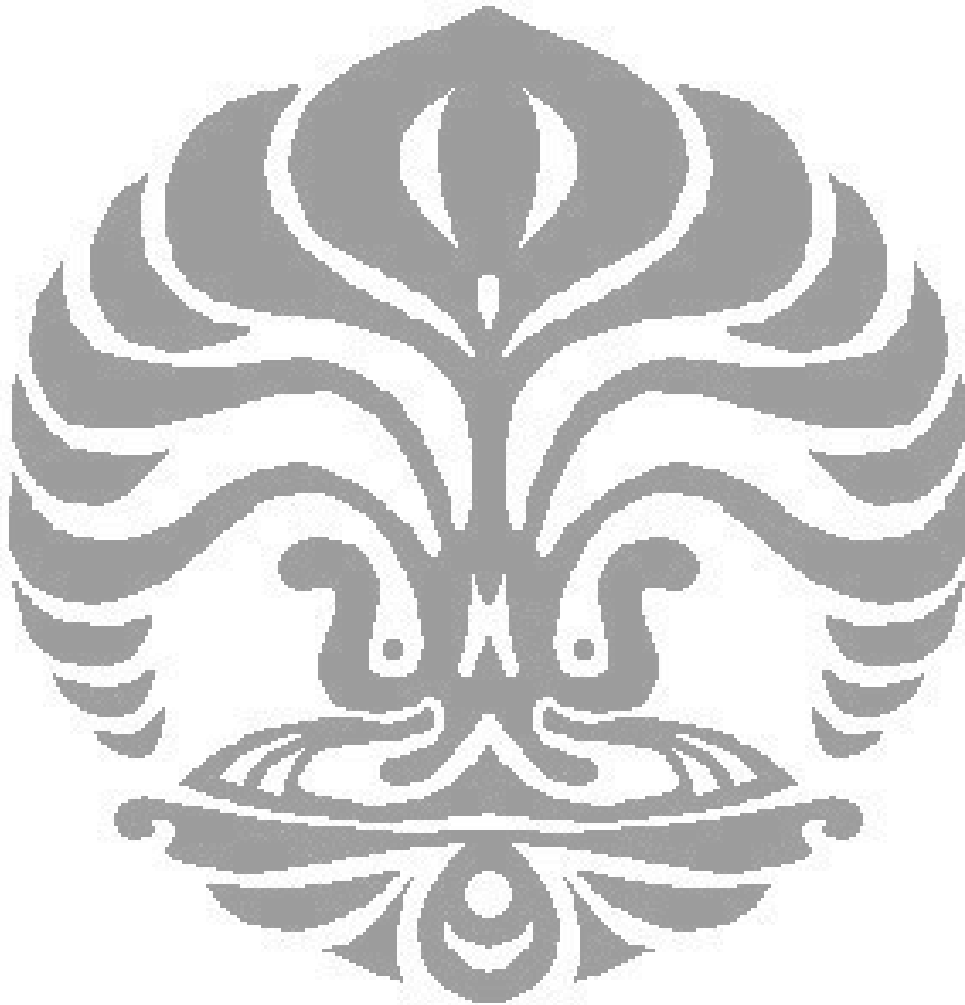
5. Bagi instansi terkait,

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai data tambahan tentang pola-pola komunikasi efektif yang dapat membantu memotivasi pengguna NAPZA untuk sembuh.

6. Bagi peneliti lanjut diharapkan:

- a. Memperbanyak sampel penelitian sehingga dapat mewakili populasi yang akan diteliti.
- b. Memperluas area penelitian sehingga mendapat sampel yang lebih representatif dan hasilnya dapat lebih digeneralisasikan.
- c. Melakukan revisi instrumen penelitian untuk mencapai validitas dan reliabilitas.

- d. Mengidentifikasi terlebih dahulu faktor-faktor yang mempengaruhi motivasi kemudian menganalisa faktor mana yang lebih dominan.
- e. Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai data dasar untuk melakukan penelitian selanjutnya yang mengidentifikasi faktor-faktor yang lebih berpengaruh terhadap motivasi.



DAFTAR PUSTAKA

- Anonim. (2005). *Indonesia pasar potensial*. Diambil pada 20 Februari 2006 dari <http://www.pikiran-rakyat.com/cetak/2005/1105/13/0106.htm>.
- Anonim. (2006). *Penyalahgunaan NAPZA*. Diambil pada 20 Februari 2006 dari <http://www.infonapza.or.id/system.php?fnp>.
- Effendy, O. U. (2004). *Ilmu komunikasi: teori dan praktek*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Fajri, E. Z. & Senja, A. R. (2000). *Kamus Lengkap Bahasa Indonesia*. Jakarta: Difa Publisher.
- Friedman, Marilyn M. (1998). *Family Nursing: research theory and practice*. (Ina Debora & Yoakim Asy, Penerjemah). Edisi ke-3. Jakarta: EGC.
- Handoko. (1992). *Motivasi daya penggerak tingkah laku*. (cetakan 8). Yogyakarta: Kanisius.
- Hastono, S. P. (2001). *Modul analisa data*. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat UI.
- Hawari, D. (2000). *Penyalahgunaan dan ketergantungan NAZA (Narkotika, Alkohol, dan Zat Adiktif)*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Herlina, Lidya. (1996). *Menuju keluarga harmonis*. Jakarta: Tidak diterbitkan.
- Kozier, Erb, Blars, & Wilkinson. (1995). *Fundamental of nursing: concepts, process, and practice*. 5th ed. California: Addison-Wesley Publishing Company.
- LoBiondo-Wood, Geri., & Haber, Judith. (1986). *Nursing research: critical, appraisal, and utilization*. St. Louis: Mosby Company.

- Mara'ie. (2002). *Narkoba: pencegahan dan penanggulangan penyalahgunaan*. Jakarta: LSM Hisomasi, Departemen Pendidikan dan Pemberdayaan Ekonomi Kerakyatan.
- Papu, Johannes. (2006). *Faktor-faktor yang mempengaruhi motivasi*. Diambil pada 22 Februari 2006 dari <http://www.e-psikologi.com/masalah/faktor.htm>.
- Pender. (1980). *Health promotion in nursing practice*. Norwalk Appleton and Large.
- Polit, D. F, & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: principles and methods*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott
- Potter, & Perry. (1997). *Fundamental of nursing*. 4th ed. St. Louis: Mosby Year Book.
- Prijosaksono, A., & Sembel, Roy. (2002). *Motivasi*. Diambil pada 22 Februari 2006 dari <http://www.sinarharapan.co.id/ekonomi/mandiri/2002/01/4/man01.html>.
- Swansburg, R. C. & Swansburg, R. J. (1999). *Introductory management & leadership for nurses*. 2nd ed. Boston: James & Bartlet Publishers.
- Tjakrawerdjaja, D. (2001). *Penyalahgunaan narkoba dan zat adiktif serta penatalaksanaannya*. Jakarta, Indonesia.
- Widjaja. (2000). *Ilmu komunikasi pengantar studi*. Jakarta: Rineka Cipta.

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Jakarta,...Mei 2006

Kepada Yth :

Klien

Di Panti Sosial Pamardi Putra

Serpong, Tangerang

Dengan Hormat,

Kami yang bertanda tangan di bawah ini adalah mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK UI) :

1. Nama : Rita Indrias Tutik

NPM :1302000771

2. Nama : Heni Saindah

NPM : 130200038Y

Kami akan melakukan penelitian berjudul "**Hubungan pola komunikasi keluarga terhadap motivasi pengguna NAPZA untuk sembuh di Panti Sosial Pamardi Putra Serpong, Tangerang**". Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui apakah ada hubungan antara pola komunikasi keluarga terhadap motivasi pengguna NAPZA untuk sembuh.

Selama pelaksanaan pengisian angket ini, Saudara/i berhak memperoleh penjelasan dari peneliti. Setelah membaca uraian ini, saudara/i juga berhak untuk menolak atau tidak terlibat dalam penelitian ini. Informasi yang diberikan akan dirahasiakan, dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Penelitian ini tidak akan mempengaruhi pelayanan kesehatan yang akan diberikan oleh pihak panti sosial.

Apabila saudara/i menyetujui, maka kami mohon agar saudara/i menandatangani lembar persetujuan menjadi responden dan mengisi kuisisioner yang kami sertakan dalam lembaran ini.

Atas perhatian dan kerjasama yang baik dari saudara/i kami ucapkan terimakasih.

Peneliti,

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Judul penelitian : Hubungan pola komunikasi keluarga terhadap motivasi pengguna NAPZA untuk sembuh di Panti Sosial Pamardi Putra Serpong, Tangerang

Peneliti : Rita Indrias Tutik (1302000771)
Heni Saindah (130200038Y)

Pembimbing : Titin Ungsianik, Skp., MBA.

Saya telah diminta dan memberikan izin untuk berperan serta dalam penelitian yang berjudul “**Hubungan pola komunikasi keluarga terhadap motivasi pengguna NAPZA untuk sembuh di Panti Sosial Pamardi Putra Serpong, Tangerang**”, yang dilakukan oleh mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Oleh peneliti, saya diminta untuk mengisi dan menjawab kuisisioner yang telah disediakan.

Saya mengerti bahwa catatan mengenai penelitian ini akan dirahasiakan. Semua berkas yang mencantumkan identitas subyek penelitian hanya akan digunakan untuk keperluan pengolahan data dan bila sudah tidak dipergunakan akan dimusnahkan. Hanya peneliti yang dapat mengetahui kerahasiaan data.

Saya mengerti bahwa resiko yang akan terjadi tidak ada. Apabila ada pertanyaan-pertanyaan respon emosional yang tidak nyaman atau berakibat negatif terhadap saya, maka peneliti akan menghentikan pengumpulan data dan peneliti memberikan hak kepada saya untuk mengundurkan diri dari penelitian ini tanpa resiko apapun.

Demikian secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun, saya bersedia ikut serta dalam penelitian ini.

Tangerang, ... Mei 2006
Responden,

.....

DATA DEMOGRAFI

Jawablah setiap pertanyaan berikut dengan memberikan tanda silang “X” pada jawaban yang dipilih! Data ini akan dirahasiakan dan hanya dibaca oleh peneliti.

1. Umur :

- | | |
|---------------|---------------------|
| a. 13 – 19 th | c. 26 – 30 th |
| b. 20 -25 th | d. lebih dari 30 th |

2. Jenis kelamin :

- | | |
|---------|-----------|
| a. Pria | b. wanita |
|---------|-----------|

3. Pendidikan :

- | | |
|--------|---------------------|
| a. SMP | c. Perguruan Tinggi |
| b. SMU | d. Lain-lain |

4. Agama :

- | | |
|-------------|--------------|
| a. Islam | d. Protestan |
| b. Katholik | e. Budha |
| c. Hindu | f. Lain-lain |

5. Suku :

- | | |
|------------------------|--------------|
| a. Jawa/ Sunda/ Betawi | d. Sumatra |
| b. Kalimantan | e. Sulawesi |
| c. Bali | f. Lain-lain |

6. Pekerjaan orangtua :

- | | |
|-----------|---------------|
| a. PNS | c. Wiraswasta |
| b. Swasta | d. Lain-lain |

7. Status perkawinan orangtua :

- | | |
|------------------|--------------|
| a. Tidak menikah | c. Bercerai |
| b. Menikah | d. Lain-lain |

8. Jumlah anak dalam keluarga :

- | | |
|---------|--------------------|
| a. Satu | d. Empat |
| b. Dua | e. Lima |
| c. Tiga | f. Lebih dari lima |

9. Tinggal bersama :

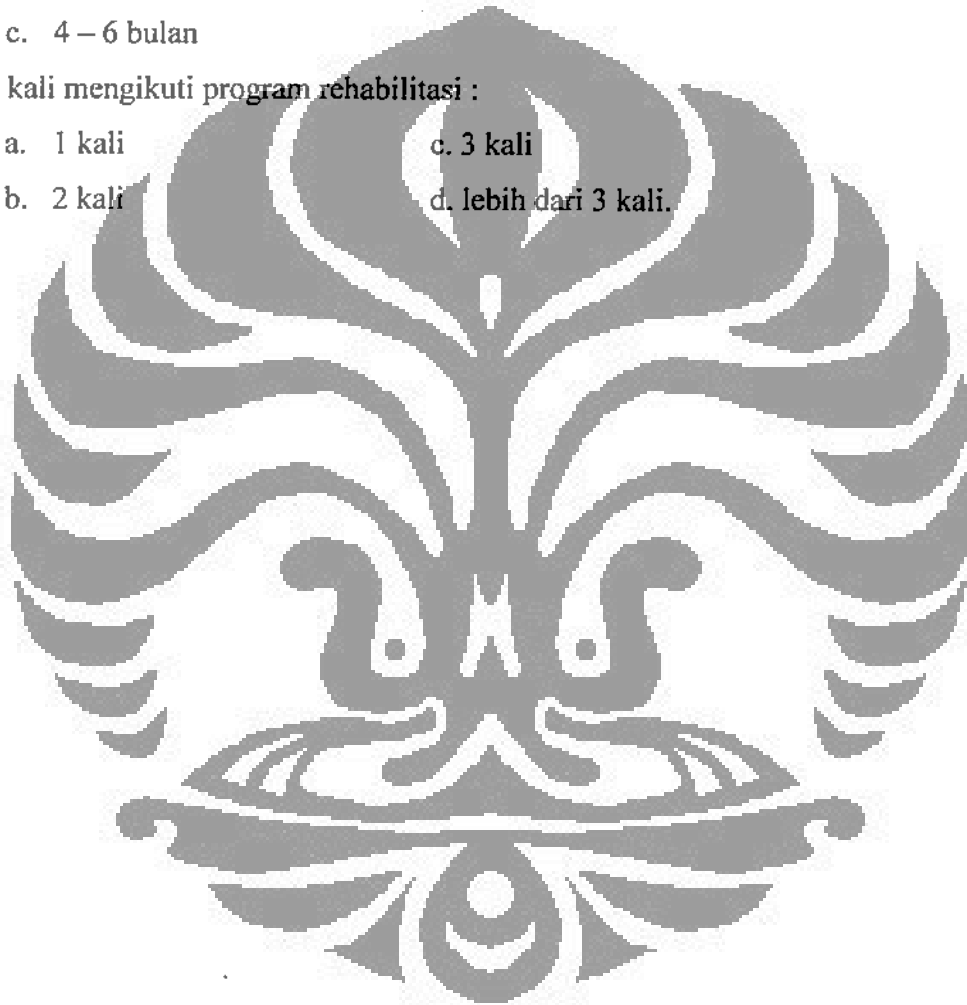
- a. Orangtua
- b. Saudara
- c. Sendiri
- d. Kakek/ nenek
- f. Lain-lain

10. Mengikuti program rehabilitasi selama :

- a. Kurang dari 1 bulan
- b. 1 – 3 bulan
- c. 4 – 6 bulan
- d. 7 – 12 bulan
- e. lebih dari 12 bulan

11. Berapa kali mengikuti program rehabilitasi :

- a. 1 kali
- b. 2 kali
- c. 3 kali
- d. lebih dari 3 kali.



LEMBAR KUISIONER

**Hubungan pola komunikasi keluarga terhadap motivasi pengguna
NAPZA untuk sembuh di Panti Sosial Pamardi Putra
Serpong, Tangerang**

Petunjuk pengisian :

1. Anda diharapkan untuk mengisi seluruh pernyataan yang telah tersedia di bawah ini.
2. Bentuk jawaban ditulis dengan memberi tanda cek list (√) pada kolom yang tersedia.
3. Jika anda ingin mengganti jawaban pernyataan pertama yang salah, anda tidak perlu menghapusnya, tapi cukup memberi tanda silang (X) pada jawaban yang salah dan kemudian memberi tanda cek list (√) pada jawaban yang benar menurut anda.
4. keterangan untuk jawaban :
 - Angka 1 menyatakan jawaban tidak pernah.
 - Angka 2 menyatakan jawaban jarang.
 - Angka 3 menyatakan jawaban kadang-kadang.
 - Angka 4 menyatakan jawaban sering.

No	Pernyataan	1	2	3	4
1	Saya menceritakan setiap kejadian yang saya alami kepada anggota keluarga saya. ✓				
2.	Keluarga memperhatikan dan mendengarkan pembicaraan saya. ✓				
3.	Saat berinteraksi keluarga memahami maksud pembicaraan saya.				
4.	Keluarga memberikan saran, kritik, dan nasehat untuk menyelesaikan permasalahan saya.				
5.	Saya ingin berhenti menggunakan NAPZA.				
6.	Saya ingin hidup sehat tanpa NAPZA.				

Keterangan untuk jawaban :

- Angka 1 menyatakan jawaban tidak pernah
- Angka 2 menyatakan jawaban jarang
- Angka 3 menyatakan jawaban kadang-kadang
- Angka 4 menyatakan jawaban sering

No	Pernyataan	1	2	3	4
19.	Keluarga menanyakan kondisi saya saat direhabilitasi.				
20.	Saya ingin menjalani aktivitas sehari-hari saya tanpa NAPZA.				
21.	Saya mengetahui kalau keluarga saya marah melalui ekspresinya (intonasi keras, tangan mengepal, mata melotot, dsb).				
22.	Keluarga memuji keberhasilan saya untuk berhenti menggunakan NAPZA.				
23.	Jika saya melakukan kesalahan keluarga memaafkan saya.				
24.	Keluarga memberikan kesempatan kepada saya untuk memperbaiki kesalahan saya.				
25.	Orang tua saya membagi kasih sayangnya sama rata kepada anak-anaknya.				
26.	Setiap ada masalah, saya pulang ke rumah untuk mendiskusikannya dengan keluarga.				
27.	Saya tidak ingin prestasi belajar/ bekerja saya merosot karena menggunakan NAPZA.				
28.	Keluarga menjawab setiap pertanyaan saya.				
29.	Saya menceritakan setiap permasalahan saya kepada keluarga.				
30.	Saya mampu menahan emosi ketika keluarga membentak atau menghina saya.				

Keterangan untuk jawaban :

- Angka 1 menyatakan jawaban tidak pernah
- Angka 2 menyatakan jawaban jarang
- Angka 3 menyatakan jawaban kadang-kadang
- Angka 4 menyatakan jawaban sering

No	Pernyataan	1	2	3	4
19.	Keluarga menanyakan kondisi saya saat direhabilitasi.				
20.	Saya ingin menjalani aktivitas sehari-hari saya tanpa NAPZA.				
21.	Saya mengetahui kalau keluarga saya marah melalui ekspresinya (intonasi keras, tangan mengepal, mata melotot, dsb).				
22.	Keluarga memuji keberhasilan saya untuk berhenti menggunakan NAPZA.				
23.	Jika saya melakukan kesalahan keluarga memaafkan saya.				
24.	Keluarga memberikan kesempatan kepada saya untuk memperbaiki kesalahan saya.				
25.	Orang tua saya membagi kasih sayangnya sama rata kepada anak-anaknya.				
26.	Setiap ada masalah, saya pulang ke rumah untuk mendiskusikannya dengan keluarga.				
27.	Saya tidak ingin prestasi belajar/ bekerja saya merosot karena menggunakan NAPZA.				
28.	Keluarga menjawab setiap pertanyaan saya.				
29.	Saya menceritakan setiap permasalahan saya kepada keluarga.				
30.	Saya mampu menahan emosi ketika keluarga membentak atau menghina saya.				

UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021) 7854124, 78549120 Fax. 78849121
Email : fonui1@cbn.net.id Web Site : <http://www.fiku.or.id>

Nomor : UI/PTD2.H4.FIK/2005
Lampiran : Proposal
Perihal : Permohonan Praktek M.A. Riset

0 Mei 2006

Yth. Kepala
Dinas Bina Mental, Spiritual &
Kesejahteraan Sosial Propinsi DKI Jakarta
Jl. Gunung Sahari 2 No.6
Jakarta Pusat

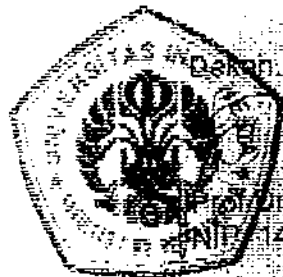
Dalam rangka mengimplementasikan mata ajar "Riset Keperawatan"
mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI)

No	Nama mahasiswa	NPM
1	Heni Saindah	130200038Y
2	Rita Indrias Tutik	1302000771

akan mengadakan praktek riset dengan judul : "Hubungan Pola Komunikasi
Keluarga Terhadap Motivasi Pengguna NAPZA Untuk Sembuh"

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat
kesediaan Saudara mengizinkan mahasiswa tersebut untuk mengadakan praktek
riset di Panti Sosial Pamardi Putra Khusnul Khotimah Tangerang.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.



Prof. Dra. Ely Nurachmah, DNSc
NIP. 140.053.336

Tembusan Yth. :

1. Wadep Bid Akademik FIK-UI
2. Ka. Panti Sosial Pamardi Putra
Khusnul Khotimah Tangerang
3. Manajer Dikmahatumi FIK-UI
4. Ka. Prog Studi S1 FIK-UI
5. Koord. M.A Riset Kep FIK-UI