

SKRIPSI

HUBUNGAN RESPON KELUARGA DAN DUKUNGAN TERAPIUTIK PADA PERAWATAN KLIEN DENGAN KETERGANTUNGAN NAPZA

PENELITIAN DESKRIPTIF CROSS-SECTIONAL
(DESCRIPTIVE CROSS SECTIONAL RESEARCH)
DI RSJ DR. RADJIMAN WIDYONINGRAT LAWANG

Diajukan Sebagai Salah Satu Persyaratan untuk
Menyelesaikan Pendidikan Sarjana Sains Terapan (S.ST)
Perawat Pendidik Keperawatan Jiwa Pada
Program Studi D-IV Perawat Pendidik



Oleh :

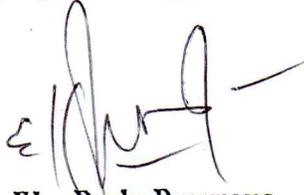
EKA RUDY PURWANA
NIM : 010110357

PROGRAM STUDI D IV PERAWAT PENDIDIK
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2003

SURAT PERNYATAAN

Demi Tuhan saya berjumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang

di perguruan tinggi manapun



Eka Rudy Purwana
NIM. 010110357 R

PENETAPAN PANITIA PENGUJI

Telah Diuji

Pada tanggal 6 Maret 2003

Panitia Penguji

Ketua : Asminarsih Zainal Prio S.Kp 

Anggota : 1. Nursalam M.Nurs (Hons) 

2. Guntur Supriyanto SS.T 

Mengetahui,

Ketua Program Studi

Pembantu Ketua I



The signature is written in black ink over a circular official stamp. The stamp contains the text 'DEPARTEMEN PENDIDIKAN MENTERI' at the top, 'FAK. KEDOKTERAN' on the left, 'PUBLIKA' at the bottom, and 'PERK' on the right. There are also two stars on either side of the bottom text.

Nursalam M.Nurs (Hons)

LEMBAR PERSETUJUAN

Skripsi ini diajukan sebagai syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Sains Terapan (SS.t) Peminatan Ilmu Keperawatan Jiwa. Skripsi ini telah disetujui pada tanggal 6 Maret 2003

OLEH :

PEMBIMBING KETUA

Nursalam M.Nurs (Hons)

PEMBIMBING

Guntur Supriyanto SS.T

Mengetahui ,

A.n ketua Program Studi Pendidikan DIV Perawat pendidik
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya

Pembantu Ketua I

Nursalam M.Nurs (Hons)

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yng Maha Esa Yang telah melimpahkan rahmat-Nya sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “ Hubungan Antara Peran Keluarga Dengan Dukungan Terapiutik Pada Perawatan Klien Ketergantungan NAPZA di RSJ Radjiman Widiodiningrat Lawang” . Skripsi ini ditulis ditulis sebagai satu persyaratan untuk menyelesaikan program studi DIV Perawat Pendidik Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya

Ucapan terim kasih disampaikan kepada semua pihak yang telah berperan serta dalam penyelesaian skripsi ini, khususnya kepada:

1. Prof. Dr. H.M.S Wiyadi , dr, Sp.THT, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya
2. Prof. Eddy Soewandojo, dr. SpPd, Selaku Ketua Program Studi ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya
3. Bapak Dr. Pandu Setiawan SpKJ yang telah memberi ijin dan fasilitas untuk menyelenggarakan penelitian ini
4. Bapak Nursalam, Mnurs (Hons), yang telah banyak memberikan bimbingan serta masukan selama proses pembuatan skripsi ini
5. Bapak Guntur Supriyanto , SST , sebagai pembimbing yang telah meluangkan waktu untuk memberikan pengarahan dalam perencanaan, pembuatan dan penyelesaian skripsi ini

5. Semua responden yang telah membantu meluangkan waktu untuk membantu penelitian yang saya buat.
6. Semua dosen pengajar program studi D IV Perawat pendidik fakultas kedokteran Universitas Airlangga
7. Keluarga tercinta (ayah, ibu, adik-adikku) sebagai pihak lain yang turut serta membantu dalam penelitian ini

Semoga Allah SWT memberi balasan kepada kita semua . Amin

Malang,.....2003

Peneliti

ABSTRAK

Ketelibatn dan peran serta keluarga dalam usaha perawatan klien dengan ketergantungan NAPZA sangat menentukan keberhasilan dalam usaha pemulihan keadaan klien yang mengalami ketergantungan NAPZA. Terbentuknya mekanisme koping keluarga dalam menghadapi masalah keluarganya sangat ditentukan oleh respon awal saat keluarga merasa terancam oleh stressor karena salah satu keluarga yang menderita ketergantungan NAPZA. Respon awal ini akan menentukan kualitas dukungan terapiutik yang diberikan selanjutnya dalam perawatan klien. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara respon keluarga dengan dukungan terapiutik dalam perawatan klien dengan ketergantungan NAPZA.

Penelitian ini menggunakan desain Cross Sectional dengan pendekatan Korelasi Chi Squares. Peneliti melakukan pengumpulan data dengan menggunakan angket untuk menilai tingkat respon dan lembar observasi untuk menilai dukungan terapiutik keluarga. Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah probability sampling dengan Simple Random Sampling. Variabel yang diukur adalah tingkat respon keluarga (Dependent Variabel). Setelah data terkumpul, peneliti melakukan tabulasi data dengan mengelompokkan data sesuai dengan kategori yang telah ditetapkan, kemudian diujikan dengan menggunakan Uji statistik Korelasi Chi Square dengan tingkat kemaknaan $p < 0,05$ dan $\alpha = 95\%$.

Setelah dilakukan penelitian, peneliti memperoleh hasil penelitian, bahwa memang ada hubungan yang sangat bermakna (hubungan negatif) antara respon keluarga dengan dukungan terapiutik. Hubungan ini dinilai diperoleh pada nilai signifikannya 0.000 pada level $p < 0.05$ dan $\alpha = 95\%$. Pada tingkatan respon keluarga yang diujikan dengan dukungan terapeutik menghasilkan bentuk dukungan yang berbeda-beda dan sifat dukungan yang berbeda pula. Setiap keluarga yang mengalami masalah yaitu salah satu anggota keluarganya ketergantungan NAPZA melalui tahapan respon psikologis dari menolak sampai menerima serta menghasilkan pola dukungan yang berbeda pula.

Kata Kunci : Respon Keluarga dan Dukungan terapiutik

ABSTRACT

Family involvement and participation in treatment for patients with drug and alcohol abuse may result in successful patient relieving process. The formation of coping mechanism in family to deal with problems depends on early reaction against threat that comes from the stress presenting as drug and alcohol abuse suffered by one member of the family. The early response determines the quality of therapeutic support which provided for treatment of clients. The objective of this study was to disclose correlation between family psychological disorder.

This study used cross-sectional design with chi Square Correlation approach. Data were collected using questionnaire to find family response rate and observation sheets to find family therapeutic support. Sampling technique used in this study was Simple Random Probability Sampling. Variable measured were family psychological response rate as dependent variable and family therapeutic support as independent. Data were tabulated by classifying into pre determined categories, follow by testing by used of Chi Square Correlation Statistical Test with level of $p < 0.05$ and $\alpha = 95\%$.

Result showed significant negative correlation between family response and therapeutic support. The significance value was 0.000 at the level $p < 0.05$ and $\alpha = 95\%$. From each family response rate tested with therapeutic support, different support and correlation were resulted. Any family whose member suffering from drug and alcohol abuse passed through the stages of family response ranging from rejection to acceptance. The family also showed different pattern of support.

Key words : Family response, Therapeutic support.

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN.....	i
SURAT PERNYATAAN.....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
PENETAPAN PANITIA UJIAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
ABSTRAK.....	vi
ABSTRACT.....	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR LAMPIRAN.....	ix
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR TABEL.....	xi
BAB 1. PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan masalah.....	3
1.2.1 Pertanyaan penelitian.....	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.3.1 Tujuan umum.....	4
1.3.2 Tujuan khusus.....	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	4
1.5 Relevansi.....	5

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Keluarga.....	6
2.1.1 Tipe atau bentuk keluarga.....	7
2.1.2 Tugas kesehatan keluarga.....	8
2.2 Konsep Respon Dalam Tugas Kesehatan Keluarga.....	8
2.2.1 Konsep respon emosi.....	8
2.2.2 Konsep respon kehilangan.....	10
2.2.3 Konsep interaksi antara sehat/ sakit pada keluarga.....	12
2.3 Faktor Yang Mempengaruhi Respon Keluarga.....	14
2.3.1 Faktor sosial dan lingkungan.....	14
2.3.2 Peran.....	14
2.3.3 Faktor yang berhubungan dengan klien.....	15
2.3.4 Faktor pendidikan.....	15
2.4 Konsep Dukungan Terapiutik Keluarga.....	15
2.5 Pengertian Dan Landasaan Teori Tentang Narkotika, Alkohol, Dan Zat Adiktif Lainnya.....	17
2.5.1 Ketergantungan Alkohol.....	20
2.5.2 Intoksikasi alkohol.....	20
2.5.2.1 Keadaan putus alkohol.....	20
2.5.3 Ketergantungan opioda.....]	21
2.5.3.1 Intoksikasi opioda.....	21
2.5.3.2 Putus opioda.....	22

2.5.3. Ketergantungan Ganja.....	23
2.5.3.1 Masalah kedaruratan.....	24
2.5.3.2 Intoksikasi ganja.....	24
2.5.3.3 Psikosis/ gangguan psikotik akibat penggunaan ganja	24
2.5.3.4 Syndrom otak organik.....	24
2.5.3.5 Keadaan putus ganja.....	25
2.5.4 Ketergantungan Sedatif- hipnotik.....	25.
2.5.4.1 Intoksikasi Sedatif –hipnotik.....	26
2.5.4.2 Keadaan putus sedatif-hipnotik.....	26
2.5.5 Ketergantungan Kokain.....	26
2.5.5.1 Intoksikasi kokain.....	26
2.5.5.2 Keadaan putus kokain.....	27
2.5.6 Ketergantungan Amfetamin.....	27
2.5.6.1 Intoksikasi Amfetamin.....	28
 BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN...	
3.1. Kerangka Konseptual Penelitian.....	29
3.2 Hipotesa.....	32
 BAB 4 METODE PENELITIAN	
4.1 Desain penelitian.....	33
4.2 Kerangka kerja	34
4.3 Sampling desain.....	35
4.3.1 Populasi.....	35

4.3.2 Sampel.....	35
4.3.2.1 kriteria sampel.....	35
4.3.2.2 teknik sampling.....	36
4.4 Variabel penelitian.....	37
4.4.1 Identifikasi variabel.....	37
4.4.2 definisi operasional.....	38
4.5 Pengumpulan Data.....]	40
4.5.1 Instrumen.....	40
4.5.2 Lokasi penelitian.....	40
4.5.3 Prosedur pengumpulan data.....	40
4.5.4 Cara analisis data.....	40
4.6 Ethical clearance.....	41
4.6.1 Informed consent.....	41
4.6.2 Anonymity	41
4.6.3 Confidentiality.....	41
4.7 Keterbatasan Penelitian.....	42
4.7.1 Aspek peneliti.....	42
4.7.2 Aspek responden.....	42
4.7.3 Aspek instrumen.....	42
4.7.4 Aspek dana penelitian.....	42
4.7.5 Aspek waktu penelitian.....	42
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN.	

5.1 Deskripsi hasil penelitian.....	43
5.1.1 Gambaran umum tempat penelitian.....	43
5.1.2 Data umum responden.....	46
5.1.2.1 Data umum klien berdasarkan jenis kelamin.....	46
5.1.2.2 data umum klien berdasarkan umur.....	46
5.1.2.3 Data umum klien berdasarkan pendidikan.....	47
5.1.2.4 Data Umum klien berdasarkan pekerjaan.....	47
5.1.1.5 Data umum klien berdasarkan status perkawinan.....	48
5.1.1.6 Data umum responden berdasarkan jenis kelamin.....	49
5.1.1.7 Data umum responden berdasarkan umur.....	49
5.1.1.8 Data umum responden berdasarkan pendidikan.....	50
5.1.1.9 Data umum responden berdasarkan pekerjaan.....	50
5.1.1.10 Data umum responden berdasarkan status perkawinan ...	51
5.1.1.11 Data umum responden berdasarkan lama sakit klien....	51
5.1.1.12 Data umum klien berdasarkan hubungan dengan klien.	52
5.1.3 Data Khusus.....	52
5.1.3.1 Hubungan tahapan respon keluarga dan dukungan terapiutik	53
5.1.3.2 Hubungan respon keluarga dengan dukungan terapiutik...	54
5.1.3.3 Distribusi frekwensi dukungan terapiutik keluarga....	55
5.2 Pembahasan	55.
5.2.1 Hubungan respon menolak dan dukungan terapiutik.....	56
5.2.2 Hubungan respon marah dengan dukungan terapiutik.....	56

5.2.3	Hubungan respon tawar menawar dan dukungan terapiutik.....	57
5.2.4	Hubungan respon depresi dan dukungan terapiutik.....	58
5.2.5	Hubungan respon menerima dan dukungan terapiutik.....	59
5.2.6	Hubungan respon keluarga dan dukungan terapiutik dalam perawatan klien ketergantungan NAPZA.....	60
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN		
6.1	Kesimpulan.....	61
6.2	Saran.....	62
DAFTAR PUSTAKA.....		63
LAMPIRAN1. INFORMED CONSENT.....		64
LAMPIRAN2. KUESIONER.....		65.
LAMPIRAN3. REKAPITULASI DATA PENELITIAN.....		72
LAMPIRAN4. NON PARAMETIC CORRELATION.....		74
LAMPIRAN5 SURAT PERMOHONAN BANTUAN FASILITAS PE NGUMPULAN DATA DARI INSTITUTE PENDIDIKAN.....		79.
LAMPIRAN6 SURAT PERSETUJUAN PENGUMPULAN DATA DATA DARI INSTITUTE RSJ. DR. RAJIMAN WIDYODININGRAT LAWANG.....		80.
LAMPIRAN7 LEMBAR KONSULTASI.....		81

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1 Diagram Lingkaran Data Umum Klien Berdasarkan Jenis Kelamin	46
Gambar 2 Diagram Lingkaran Data Umum Klien Berdasarkan Umur.....	46
Gambar 3 Diagram Lingkaran Data Umum Klien Berdasarkan Status Pendidikan	47
Gambar 4 Diagram Lingkaran Data Umum Klien Berdasarkan Pekerjaan	48
Gambar 5 Diagram Lingkaran Data Umum Klien Berdasarkan Status Perkawinan	48
Gambar 6 Diagram Lingkaran Data Umum Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	49
Gambar 7 Diagram Lingkaran Data Umum Responden Berdasarkan Umur.....	49
Gambar 8 Diagram Lingkaran Data Umum Responden Berdasarkan Pendidikan	50
Gambar 9 Diagram Lingkaran Data Umum Responden Berdasarkan Pekerjaan	50
Gambar 10 Diagram Lingkaran Data Umum Responden Berdasarkan Status Perkawinan	51
Gambar 11 Diagram Lingkaran Data Umum Responden Berdasarkan Lama Sakit Klien.....	51
Gambar 12 Diagram Lingkaran Data Umum Responden Berdasarkan Hubungan Dengan Klien	52

DAFTAR TABEL

Halaman

Tabel 5.2.1.1 Tabel hubungan rentang respon menolak dan dukungan terapiutik pada klien NAPZA di RSJ Radjiman Widyodiningrat Lawang bulan Februari 2003.....	53
Tabel 5.2.1.2 Tabel hubungan rentang respon marah dan dukungan terapiutik pada klien NAPZA di RSJ Radjiman Widyodiningrat Lawang bulan Februari 2003.....	54
Tabel 5.2.1.3 Tabel hubungan rentang respon tawar menawar dan dukungan terapiutik pada klien NAPZA di RSJ Radjiman Widyodiningrat Lawang bulan Februari 2003.....	55
Tabel 5.2.1.4 Tabel hubungan rentang respon depresi dan dukungan terapiutik pada klien NAPZA di RSJ Radjiman Widyodiningrat Lawang bulan Februari 2003.....	56
Tabel 5.2.1.5 Tabel hubungan rentang respon menerima dan dukungan terapiutik pada klien NAPZA di RSJ Radjiman Widyodiningrat Lawang bulan Februari 2003.....	57
Tabel 5.2.1.16 Tabel hubungan rentang respon keluarga dan dukungan terapiutik pada klien NAPZA di RSJ Radjiman Widyodiningrat Lawang bulan Februari 2003.....	58

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Masalah penyalahgunaan narkoba, psikotropika dan zat adiktif lainnya (selanjutnya disebut NAPZA) merupakan masalah yang sangat kompleks memerlukan penanggulangan secara menyeluruh, multidisipliner, multisektoral, mengikutsertakan masyarakat secara aktif, dilaksanakan oleh semua pihak secara berkesinambungan dan konsisten (Depkes RS. Dirjen Pelayanan Medik 2000).

Penyalahgunaan / ketergantungan NAPZA dari tahun ke tahun mengalami peningkatan, sementara fenomena NAPZA ini sendiri bagaikan fenomena gunung es (Ice berg) artinya tampak dipermukaan lebih kecil dibandingkan dengan yang tidak tampak. Pemerintah menyebutkan angka resmi penyalahgunaan NAPZA sama dengan 0,0651 % dari 200 juta penduduk atau sama dengan 130.000 orang (Bakolak Impres 6/71, 1995), sedangkan menurut penelitian yang dilakukan Hawari dkk (1998) menyebutkan angka sebenarnya adalah 10 kali lipat dari angka resmi.

Gerber (1983) dalam penelitiannya mengatakan bahwa penyalahgunaan NAPZA sering dikaitkannya kelainan (psikopatologik) dari satu atau lebih anggota keluarga. Remaja dengan kondisi keluarga yang tidak baik (disfungsi keluarga) misalnya kedua orang tua bercerai / berpisah. Kedua orang tua terlalu sibuk dan hubungan segitiga ayah ibu anak yang kurang harmonis memiliki resiko relatif 7,9 kali untuk penyalahgunaan NAPZA dibanding dengan mereka yang hidup dengan keluarga yang baik (Hawari 2000).

Sehubungan dengan itu masalah penyalahgunaan NAPZA juga diidentifikasi sebagai penyakit endemik dengan masalah modern

(modern disease of the modern society) dan sebagai penyakit keluarga (family disease) (Hawari 2000).

Kecenderungan penyalahgunaan NAPZA dapat disebutkan sebagai suatu kondisi yang di konseptualisasi sebagai suatu gangguan jiwa yaitu gangguan mental dan perilaku, sehingga berperilaku yang mal adaptif di masyarakat, sedangkan usaha untuk melakukan perawatan klien dengan gangguan jiwa sangat bergantung pada peran serta klien sendiri, petugas kesehatan dan lingkungan sosialnya terutama keluarga (Stuart dan Sundeen, 1995).

Status sehat /sakit pada anggota keluarga dan keluarga sangat mempengaruhi satu sama lain. Suatu penyakit dalam keluarga mempengaruhi seluruh keluarga dan sebaliknya mempengaruhi jalannya suatu penyakit dan status kesehatan anggota keluarga. Karena itu, pengaruh dari status sehat/ sakit pada keluarga saling mempengaruhi atau sangat bergantung satu sama lain (Gillis et al, dikutip oleh Friedman ,1998)

Whalley dan Wong (1995) menyatakan, reaksi keluarga terhadap ketidakmampuan atau penyakit pada anggota keluarganya akan mengalami tahap-tahap shock dan penolakan, penyesuaian reintegrasi dan pengakuan. Menurut Kubler dan Ross, terjadinya suatu penyakit kronis maupun penyakit terminal meliputi respon menolak, marah, tawar menawar, depresi dan menerima. Respon tersebut tidak selalu dilewati secara berurutan dan respon ini juga dialami keluarga dimana responnya juga tidak selaku sama antara keluarga dan klien.

Timbulnya reaksi keluarga akan dipengaruhi oleh faktor sosial (lingkungan) yaitu lingkungan keluarga, dukungan sosial, peran dan pendidikan, sedangkan faktor interpersonalnya adalah kepribadiannya, persepsi dan status emosi (Bart smet 1994).

pendidikan, sedangkan faktor interpersonalnya adalah kepribadiannya, persepsi dan status emosi (Bart smet 1994).

Faktor yang berhubungan dengan penyakit, meliputi lamanya penyalahgunaan, kekambuhan setelah rehabilitasi dan dampaknya bagi keluarga yang rasa malu/ kebingungan pada keluarga yang berdampak pada partisipasi dan dukungan keluarga.

Keterlibatan keluarga dalam usaha perawatan klien dengan ketergantungan NAPZA adalah sangat penting dan hal ini dapat dicapai melalui proses keperawatan. Untuk dapat memberikan asuhan keperawatan jiwa pada klien ketergantungan NAPZA perlu adanya keterlibatan keluarga secara efektif. Perawat harus terlebih dahulu memahami munculnya respon keluarga terhadap timbulnya masalah klien sehingga perawat mampu menggunakan tetapi keluarga dalam proses keperawatan (Budi Ana Keliat, 1994 hal 13) terutama pada klien dengan ketergantungan NAPZA.

1.2 Rumusan Masalah

Masalah riset ini adalah adanya berbagai faktor yang menyebabkan seseorang menggunakan atau mengalami ketergantungan terhadap NAPZA, menimbulkan berbagai respon dan dukungan terapiutik keluarga yang berbeda-beda pada tiap keluarga. Dan salah satu motivator untuk merehabilitasi klien tersebut adalah peranan keluarga dengan dukungan secara moril yang bersifat terapiutik sangat perlu artinya bagi klien untuk lepas dari ketergantungan terhadap NAPZA . Masalah riset adalah suatu kondisi yang memerlukan pemecahan atau alternatif pemecahan (Adebo 1974, Dikutip Nursalam & Siti Pariani 2000) Dukungan yang diberikan keluarga sangat bergantung pada respon awal saat mengetahui pertama kali ada anggota keluarga dengan ketergantungan NAPZA akan mengalami gangguan psikologis yang

menghasilkan sistem dukungan dan respon yang berbeda-beda pada setiap keterlibatan dalam usaha perawatan klien di rumah sakit.

1.2.1 Pertanyaan Penelitian

Dari pernyataan masalah tersebut diatas, dapat dirumuskan :

“ Apakah ada hubungan antara respon keluarga dan dukungan terapiutik dalam usaha perawatan klien di rumah sakit.”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mempelajari hubungan antara respon keluarga dan dukungan terapiutik pada klien ketergantungan NAPZA.

1.3.2 . Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi respon keluarga pada anggota keluarga yang mengalami ketergantungan NAPZA
2. Mengidentifikasi dukungan keluarga pada perawatan anggota keluarga yang mengalami ketergantungan NAPZA
3. Menganalisa hubungan antara respon keluarga dan dukungan terapiutik pada klien ketergantungan NAPZA

1.4 Manfaat Penelitian

1. Membantu dalam usaha pemberian asuhan keperawatan dalam bentuk dukungan terapiotik pada klien dengan ketergantungan NAPZA
2. Mengefektifkan terapi keluarga dalam salah satu aspek terapi modalitas dalam asuhan keperawatan klien ketergantungan NAPZA

3. Memberi pengetahuan pada perawat tentang pentingnya pengkajian terhadap respon keluarga yang mengalami ketergantungan NAPZA
4. Meningkatkan partisipasi keluarga dalam perawatan anggota keluarga yang dalam masa rehabilitasi ataupun pada pasca rehabilitasi dirumah

1.5 Relevansi

Keluarga yang salah satu anggota keluarganya menderita ketergantungan NAPZA, akan mengalami perubahan peran dan citra diri, hal ini diawali munculnya berbagai respon dari keluarga. Respon dari keluarga tentunya akan berbeda - beda demikian juga pada masing - masing tahapan respon yang dialami pada masing - masing respon akan menghasilkan pola dan bentuk dukungan yang berbeda - beda sehingga diberikan upaya dukungan usaha yang maksimal guna menunjang kesembuhan klien, perlu di pahami terlebih dahulu bentuk dan tahapan respon keluarga untuk mengarahkan terbentuknya mekanisme terapi yang konstruktif guna dapat menghasilkan dukungan terapeutik sebagai bentuk terapi keluarga yang efektif.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab ini akan dibahas tentang konsep keluarga, tipe keluarga, tugas kesehatan keluarga, konsep respon keluarga faktor yang mempengaruhi keluarga dan dukungan terapotik pada klien dengan ketergantungan NAPZA serta pengertian dan konsep tentang NAPZA

2.1 Konsep keluarga

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (1998) keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal pada satu tempat dibawah atau atap dalam keadaan saling ketergantungan.

Menurut Salvicion G Balton dan Archelis Maglaya (1989) keluarga adalah dua atau individu yang tergabung menjadi satu atau lebih individu yang tergabung menjadi satu individu atau lebih oleh karena hubungan darah perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam satu rumah tangga, berintraksi satu sama lain dan didalam perannya masing - masing menciptakan serta mempertahankan struktur kebudayaan keluarga yang dimulai dari dua orang saja (suami, istri). Biasanya bertambah banyak dengan adanya seseorang atau beberapa orang keturunan mereka, dengan demikian maka senantiasa terjadi hubungan erat diantara anak yang lahir didalam keluarga tersebut dengan orangtuanya

Menurut Burges dkk (yang dikutip oleh Friedman 1998), membuat definisi yang berorientasi pada tradisi dan digunakan sebagai referensi secara luas.

- a. Keluarga terdiri atas orang yang disatukan oleh ikatan perkawinan darah dan ikatan adopsi.
- b. Para anggota sebuah keluarga biasanya hidup bersama dalam satu rumah tangga atau jika mereka hidup secara terpisah, mereka tetap menganggap rumah tangga tersebut sebagai rumah mereka.
- c. Anggota keluarga berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dengan peran-peran sosial keluarga seperti suami istri, ayah, ibu anak dan saudara.
- d. Keluarga sama-sama menggunakan kultur yang sama, yaitu kultur yang diambil dari masyarakat dengan berbagai ciri unik tersendiri

2.1.2 Tipe atau bentuk keluarga

Menurut definisi yang diungkapkan oleh Friedman, type/ bentuk keluarga dibagi atas :

1. Keluarga inti (nuklear family) yaitu sesuatu keluarga yang terdiri dari ayah ibu dan anak
2. Keluarga besar (extended family) adalah keluarga inti di tambah anak saudara, misalnya nenek, kakek, keponakan saudara sepupu, paman, bibi dan sebagainya
3. Keluarga berantai (sereal family) adalah keluarga yang terdiri dari wanita serta wanita dan pria yang menikah lebih dari satu kali dan merupakan suatu keluarga inti
4. Keluarga duda atau janda (single family) adalah keluarga yang terjadi akibat perceraian atau kematian
5. Keluarga berkomposisi adalah keluarga yang perkawinaannya berpoligami

6. Keluarga kabitas (cahabitation) adalah di orang yang menjadi satu atau lebih tanpa pernikahan membentuk satu keluarga

2.1.3 Tugas kesehatan keluarga

Menurut Bailon dan Maglaya (1989) tugas kesehatan keluarga meliputi (1) mengenal masalah kesehatan (2) membuat keputusan terhadap tindakan kesehatan (3) memberi perawatan pada anggota keluarga (4) menciptakan lingkungan keluarga yang sehat (5) menggunakan sumber yang ada dalam masyarakat

2.2 Konsep Respon dalam Tugas Kesehatan Keluarga

2.2.1 Konsep respon emosi

Kubler dan Ross (1969) menyatakan bahwa tahap – tahap respon emosi seseorang dalam menerima suatu bentuk penyakit adalah mulai dari tahap menolak, marah tawar menawar, depresi dan menerima. Pada setiap tahap ini dirasakan berbeda pada masing – masing individu demikian juga pada rentang waktu penerimaan atau merasakan waktu ini akan berbeda antara individu yang satu dengan individu yang lain

1. Tahap Menolak

Penolakan adalah suatu respon untuk melindungi dari kenyataan yang tidak menyenangkan dengan menolak hal itu (Maramis 1990). Reaksi penolakan ini menurut Pletcher (1984) meliputi (1) sopping dokter (2) menandai gejala dan penyakit aktual ke kondisi minor (3) tidak percaya / menolak untuk percaya hasil tes atau pemeriksaan (4) menunda persetujuan perawatan (5) bertingkah laku gembira / optimis walau dianogsa sudah dikatakan (6) menolak atau menunda untuk menyatakan kepada orang lain tentang kondisi (7) mendesak untuk tidak mengatakan kepada orang lain tentang

2. Marah

Marah adalah perasaan tidak senang atau jengkel yang timbul sebagai respon terhadap kecemasan yang dirasakan sebagai ancaman (Stuart & Sundeen yang dikutip Budi Anna Keliat 2000 hal 147) tahap ini ditandai dengan rasa masa dan emosi yang tidak terkendali individu akan mencela diri dan orang lain berhubungan dengan kondisi yang dihadapi. Kadang individu dapat menunjukan sikap yang agresif, banyak berbicara dan kasar, menuduh orang lain / klien sebagai penyebab timbulnya kondisi yang sedang ia hadapi bila berlebihan bisa mengusir klien yang ketergantungan NAPZA dari lingkungan rumah tangga

3. Tawar Menawar

Setelah melawan fase marah dan individu mengungkapkan masalahnya baik secara konstruktif maupun tidak, maka fase ini akan berakhir dan dilanjutkan dengan fase tawar menawar. Individu kebanyakan melakukan hal ini dengan memohon kepada Tuhan sebagai sang pencipta

4. Tahap Depresi

Depresi merupakan gangguan atau perasaan di tandai oleh kesedihan, harga diri rendah, perasaan bersalah putus asa yang berlebihan dan berkepanjangan. Depresi juga dapat menunjukkan berbagai fenomena, tanda, gejala keadaan emosi reaksi penyakit atau kondisi klini secara menyeluruh (Budi Ana Keliat 2000)

5. Tahap Menerima

Pada tahap ini individu atau keluarga mulai beradaptasi dengan kondisi yang dihadapi, mulai menerima realitas yang dirasakan sebagai suatu bentuk kesedihan dan hal yang menyakitkan

sudah mulai berkurang. Pada tahap sebelumnya pikiran keluarga terpusat untuk memikirkan masalah klien yang menderita gangguan ketergantungan NAPZA. Pada saat ini berkurang dan sudah memikirkan sesuatu yang lebih berguna dan masih ada hubungannya dengan masalah klien. Pada saat keluarga mengalami masalah ini, ada kecenderungan untuk memberikan dukungan yang lebih terhadap permasalahan klien dan ada kecenderungan sebaliknya yaitu menghindar / mengisolasi diri karena perasaan malu ataupun berusaha lebih menjaga nama baik keluarga dengan mengusir anggota yang mengalami ketergantungan NAPZA dari lingkungan rumah

2.2.2 Konsep respon kehilangan

Respon individu atau keluarga yang mempunyai anggota keluarga yang menderita gangguan / ketergantungan NAPZA sebagai bentuk respon kehilangan juga dikemukakan oleh Hudak & Gallo (1997) yang meliputi :

1. Tahap terkejut dan tidak percaya

Pada tahap ini individu / keluarga yang mengalami masalah kekeluargaan menunjukkan karakteristik perilaku menghindar atau menolak. Individu gagal dalam memahami dan mengalami makna rasional dan dampak emosional dari masalah yang menimpa diri dan atau kekeluarganya

2. Tahap mengembangkan kesadaran

Pada tahap ini perilaku individu di hubungkan dengan masalah rasa marah di ekspresikan dengan cara berlebihan dan tidak konstruktif dan sering kompensasi pada pelayanan keperawatan yang kurang, perawat yang lambat dan kurang peka pergaulan pola

masalah kesehatan anggota keluarga. Dalam hal tertentu keluarga cenderung terlibat dalam pembuatan keputusan dan proses terapeutik pada setiap tahap sehat / sakit para anggota keluarga mulai dari keadaan sehat hingga diagnosa tindakan perawatan dan penyembuhan. Proses menjadi seorang pasien dan mendapat pelayanan kesehatan meliputi serangkaian keputusan dan peristiwa interaksi antara sejumlah orang termasuk keluarga, teman dan para profesional yang menyediakan jasa perawatan. Peran keluarga ini bervariasi dari waktu ke waktu tergantung pada kesehatan individu, jenis masalah kesehatan dan tingkat perhatian dan keterlibatan keluarga (Friedman 1989 hal 8).

Enam tahap sehat /sakit dan interaksi keluarga yang dikemukakan Friedman yang juga penyederhanaan dari teori yang dikemukakan Suchman (1965) tentang Lima tahap penyakit dan perawatan medis dan lima tahap siklus kesehatan dan penyakit keluarga dari Doherty & Campbell (1988) menggambarkan lebih lanjut ketergantungan antara keluarga dan status sehat para anggotanya. Tahapan ini antara lain:

- a. Tahap pencegahan sakit dan pengurangan resiko yang kebanyakan tentang masalah pola hidup
- b. Tahap gejala penilaian penyakit yang dialami oleh keluarga

Tahap ini akan dimulai jika gejala tersebut diketahui, diinterpretasikan sejauh mana menyangkut keseriusan, kemungkinan penyebab atau artinya, ditemukan dengan berbagai masalah. Tahap ini terdiri dari kepercayaan yang menyangkut gejala atau penyakit anggota keluarga dan bagaimana menangani penyakit tersebut (Doherty & Campbell 1980, dikutip oleh Friedman 1998)

pergaulan klien yang terlalu bebas, menyalahkan diri sendiri, yang merasa tidak becus mendidik keluarganya dan lain sebagainya

3. Tahap resusitasi

Pada tahap ini orang berduka mengesampingkan marah dan pertahankan serta mulai mengatasi bentuk kekeluargaan yang dialami dengan lebih konstruktif. Tingkat emosional yang di alami salah satunya adalah kesedihan dan mengungkapkan dengan menangis menceritakan perasan pada orang yang di percaya.

4. Resolusi

Pada tahap ini individu mulai beradaptasi, kepedihan yang menyakitkan semakin berkurang dan individu tersebut akan bergerak untuk mengidentifikasi individu itu sendiri sebagai seseorang yang mempunyai keterbatasan.

Pada tiap-tiap individu mengalami tahap penyesuaian yang berbeda-beda pada masing-masing tahap penyesuaian yang dikemukakan diatas. Dan kebanyakan individu dalam menghadapi masalah selalu menolak terhadap masalah tersebut walau akhirnya akan menerima tetapi tidak semua individu mampu mengakhiri tahapan stressor ini pada tahap menerima dan bebas dari konflik yang dialami

2.2.3 Konsep interaksi antara sehat / sakit pada keluarga

Pengaruh dari status sehat/sakit keluarga saling mempengaruhi atau sangat bergantung satu sama lain (Wright & Leahei 1984 dikutip Friedman ,hal 8) . Keluarga cenderung menjadi reaktor terhadap masalah kesehatan dan menjadi aktor dalam menentukan masalah -

c. Tahap mencari perawatan.

Tahap ini dimulai ketika keluarga menyatakan bahwa anggota keluarga yang sakit benar-benar sakit dan membutuhkan pertolongan. Orang yang sakit dan keluarga mulai mencari informasi penyembuhan nasehat dan validitas profesional teman, tetangga dan non profesional yang lain (struktur rujukan awam)

d. Tahap kontak keluarga dengan tahap sistem sehat

Tahap ini dimulai ketika kontak dengan lembaga kesehatan /profesional dibidang kesehatan atau seorang praktisi lokal (dukun) banyak studi telah membuktikan bahwa keluarga keluarga merupakan instrumen dalam membuat keputusan menyangkut dimana penanganan harus diberikan dan oleh siapa (Praat, 1976)

e. Respon akut tahap keluarga dan pasien

Keluarga biasanya menentukan perilaku peran pasien dari anggota keluarga yang sakit, keluarga juga bersifat instrumental dalam memutuskan dimana penanganan harus diberikan dirumah sakit atau di klinik (Friedman 1989, hal 10)

f. Tahap adaptasi terhadap penyakit dan pemulihan.

Keluarga memainkan suatu peran yang bersifat mendukung selama masa penyembuhan dan pemulihan pasien. Apabila dukungan semacam ini tidak ada, maka keberhasilan penyembuhan / pemulihan (rehabilitasi) sangat berkurang.

Dari keenam tahap diatas, kebiasaan yang digunakan oleh para keluarga untuk mempengaruhi kesehatan para anggotanya adalah (1) sebagai suatu penyebab atau sumber penyakit, (2) Sebagai suatu faktor yang mempengaruhi lintasan penyakit seorang anggota masyarakat ketika penyakit itu menyerang (3) sebagai tempat pengobatan penyakit

dari satu anggota ke anggota yang lain (4) sebagai faktor penentu penggunaan institusi kesehatan(5) sebagai faktor penentu sejauh mana anggota keluarga yang sakit atau tidak berdaya, beradaptasi dengan keluarga.

2.3 Faktor Yang Mempengaruhi Respon Keluarga

2.3.1 Faktor Sosial dan Lingkungan

Menurut Gottlieb (1983) yang dikutip oleh Bart Smet (1994) mengatakan bahwa dukungan sosial terdiri dari informasi atau nasehat verbal atau non verbal, bantuan nyata atau tindakan yang diberikan oleh keakraban sosial atau didapat karena kehadiran mereka mempunyai manfaat emosional atau efek perilaku bagi pihak yang menerima atau yang diberi dukungan tersebut. Budi Anna Keliat (1998) mengungkapkan bahwa yang termasuk dukungan sosial adalah orang tua, anak, sanak saudara, teman dekat, tim kesehatan dan juga atasan. Dan dukungan sosial yang dapat diberikan berupa kesempatan untuk mengungkapkan perasaan, menegaskan pentingnya klien bagi keluarga, mendorong untuk mengungkapkan perasaan negatif, memberi umpan balik dan penguat perilaku yang telah dilakukan dengan baik, memberi rasa percaya dan keyakinan, memberi informasi yang dibutuhkan serta dapat berupa dukungan fisik.

2.3.2 Peran

Keluarga merupakan tempat utama individu untuk menunjukkan pola perilaku yang diharapkan untuk ditampilkan seseorang sesuai dengan posisinya. Sedangkan keluarga berperan untuk mengontrol terhadap semua peran bagi anggota keluarganya

dimana keluarga memberikan pendidikan norma agar tetap tercipta keharmonisan keluarga dan dalam berinteraksi sosial.

2.3.3. Faktor yang Berhubungan Dengan Klien

Sindroma putus zat memotivasi klien untuk terus menggunakan NAPZA. Sedangkan hal ini akan menimbulkan gejala kebutuhan Biologik terhadap NAPZA (Budi Ana Keliat, dkk 2000) sehingga klien secara otomatis akan mencari bahan tersebut dengan segala cara.

2.3.4 Faktor Pendidikan

Pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk juga perilaku seseorang akan pola hidup terutama dalam motivasi untuk sikap berperan serta dalam pembangunan kesehatan. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin mudah juga seseorang untuk menerima informasi sehingga semakin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Pendidikan yang kurang maju akan dapat menghambat perkembangan sikap masyarakat terhadap munculnya nilai-nilai baru yang dapat membawa inovasi tersendiri bagi perkembangan yang menyeluruh. Pendidikan yang dimiliki seseorang bila dihubungkan dengan respon keluarga akan mempunyai efek tersendiri yang kemungkinan akan sejalan dengan penguasaan pendidikan dan ada kemungkinan untuk memanipulasi penguasaan pendidikan tersebut untuk kepentingan pribadi atau terbalik sesuai dengan pola perilaku yang dikembangkan oleh keluarga.

2.4 Konsep Dukungan Terapiutik Keluarga

Dukungan terapiotik keluarga adalah dorongan partisipasi anggota keluarga dalam proses keperawatan klien dengan menggunakan

keluarga sebagai terapi. Dalam keperawatan jiwa, dukungan terapiotik pada awalnya dicerminkan oleh adanya komunikasi yang terapiotik antara keluarga dan klien (Stuart & Sundeen dikutip oleh Budi Anna Keliat, 1994 hal 15). Bahwa didalam melaksanakan proses keperawatan yang sesuai dapat disebabkan oleh karena :

1. Maksud komunikasi adalah mempengaruhi orang lain.
2. Komunikasi merupakan cara untuk membina hubungan yang terapiotik. Dalam proses komunikasi terjadi penyampaian informasi dan pertukaran pikiran dan perasaan.
3. Komunikasi merupakan bentuk hubungan antar manusia satu dengan yang lain.

Semua bentuk tingkah laku yang ditimbulkan oleh perilaku individu adalah suatu bentuk komunikasi yang nantinya akan berpengaruh pada perilakunya.

Bentuk dukungan dan motivasi dalam usaha pemulihan klien dapat berupa komunikasi verbal non verbal maupun perilaku. Dukungan yang diberikan keluarga kepada klien dalam proses pemulihan sangat penting dan berbeda antara satu dengan yang lainnya.

Motivasi keluarga dalam pemberian dukungan pada klien dapat dipengaruhi beberapa faktor, yaitu tingkat kepaarahan, posisi keluarga, status sosial klien umur dan jenis gangguan jiwa yang diderita (Bart Smeet 1994) dalam hal ini jenis gangguan jiwa ini merupakan efek dari jenis NAPZA yang digunakan, efek detoksikasi, sindrom putus zat maupun dosis toleransi NAPZA yang digunakan oleh klien.

2.5 Pengertian dan Landasan Teori Tentang Narkotika, Alkohol dan zat Adiktif Lainnya

Menurut Undang- undang Republik Indonesia No.22 tahun 1997,zat psiko aktif adalah zat atau bahan yang apabila masuk kedalam tubuh manusia , berkhasiat mempengaruhi tubuh, terutama susunan syaraf pusat sehingga menyebabkan perubahan aktifitas mental emosional dan perilaku pengguna yang seringkali menyebabkan ketergantungan terhadap zat tersebut(Depkes RI ,Direktur Jenderal Pelayanan Medik.2000)

Meskipun NAPZA tertentu sangat bermanfaat bagi pengobatan, namun apabila disalahgunakan atau tidak digunakan sesuai standart pengobatan akan berakibat sangat merugikan si pemakai atau orang lain disekitarnya. Atau masyarakat umum khususnya generasi muda , bahkan dapat menyebabkan bahaya yang lebih besar bagi kehidupan dan nilai budaya bangsa yang akhirnya dapat melemahkan ketahanan nasional.

Menurut UU RI Nomor 22 /1997 tentang Narkotika , Yang dimaksud dengan Narkotika adalah zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman baik sintesis maupun semi sintesis yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa, mengurangi sampai menghilangkan nyeri dan dapat menimbulkan ketergantungan.

Narkotika dibedakan dalam 3 golongan sebagai berikut:

- Narkotika golongan I

Narkotika yang hanya dapat digunakan untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan dan tidak digunakan untuk tujuan terapi, serta mempunyai potensi sangat tinggi mengakibatkan ketergantungan

Misalnya : heroin, kokain, ganja

- Narkotika golongan II

Narkotika yang berkhasiat pengobatan yang digunakan sebagai pilihan terakhir dan dapat digunakan dalam terapi dan atau untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan dan mempunyai potensi tinggi mengakibatkan ketergantungan.

Misalnya: morfin, petidhin, turunan/garam golongan tersebut

- Narkotika golongan III

Narkotika yang berkhasiat pengobatan dan banyak digunakan dalam terapi dan atau tujuan pengembangan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi ringan mengakibatkan ketergantungan

Misalnya : Kodein, garam-garam Narkotika dalam golongan tersebut

UU Narkotika tersebut menyebutkan (pasal 45) bahwa pecandu narkotika wajib menjalankan pengobatan dan atau perawatan

Menurut UU RI No. 5 / 1997 tentang psikotropika, yang dimaksud psikotropika adalah zat atau obat baik alamiah atau sintesis bukan narkotika yang berkhasiat psiko aktif melalui pengaruh selektif pada susunan syaraf pusat yang menyebabkan perubahan khas pada aktifitas mental dan perilaku. (Departemen Kesehatan RI Direktur Jenderal Pelayanan Medik, 2000)

Psikotropika dibedakan dalam 4 golongan sebagai berikut:

- Psikotropika golongan I

Psikotropika yang hanya dapat digunakan untuk tujuan ilmu pengetahuan dan tidak digunakan dalam terapi, serta mempunyai potensi amat kuat mengakibatkan sindrom ketergantungan.

Contoh: MDMA, ekstasi, LSD, STP

- Psikotropika golongan II

Psikotropika yang berkhasiat pengobatan dan dapat digunakan dalam terapi dan atau untuk tujuan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi kuat mengakibatkan sindrom ketergantungan

Contoh: amfetamin, fensiklidin, sekobarbital, metilfenidat(ritalin)

- Psikotropika golongan III

Psikotropika yang berkhasiat pengobatan dan banyak digunakan dalam terapi dan atau untuk tujuan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi sedang dalam mengakibatkan sindrom ketergantungan

Contoh: fenobarbital, flunitrasepam

- Psikotropika golongan IV

Psikotropika yang berkhasiat pengobatan dan sangat luas digunakan dalam terapi dan atau untuk tujuan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi ringan dalam mengakibatkan sindrom ketergantungan.

Contoh; diazepam, klobazepam, bromazepam, klomazepam, khlordiazepxide, nitrazepam (BK,DUM,MG)

UU psikotropika tersebut menyebutkan (pasal 37) bahwa pengguna psikotropika yang menderita sindrom ketergantungan berkewajiban untuk ikut serta dalam pengobatan dan atau perawatan

2.5.1 Ketergantungan alkohol

Minuman beralkohol banyak terdapat dimasyarakat yang sering dipergunakan untuk maksud rekreasi sehingga disebut "popular recreational drug" (Depkes RI Dirjen Yanmed 2000 hal 12)

Minuman beralkohol lazim disebut minuman keras dan berdasarkan peraturan menteri kesehatan tentang minuman keras No. 86 / Menkes/Per/ IV/77 digolongkan sebagai berikut:

- golongan A kadar etanol 1 – 5 % (misalnya bir, brandy)
- golongan B kadar etanol 5 – 20% (misalnya anggur)
- golongan C kadar etanol 20 –55% (misal whisky)

2.5.1.1 Intoksikasi alkohol

Gejala ini meliputi gangguan kesadaran yang tergantung pada kadar etanol, kognitif, persepsi afektif dan perilaku serta perubahan faal. Kematian biasanya diakibatkan aspirasi isi lambung kedalam paru-paru . Intoksikasi di bagi dalam 3 tingkat yaitu:

- Ringan: ditandai oleh euforia, cadel, ngantuk ataksia nistagmus dan hipoglikemia
- Berat: ditandai oleh terjadinya stupor, koma, dan berhentinya pernafasan, umumnya dijumpai bradikardi,hipotensihipotermiadan kejang
- Sangat berat: ditandai seperti sudah mati dengan reflek negatif dan bahkan tanpa aktifitas EEG

2.5.1.2. Keadaan putus alkohol

Keadaan darurat ini timbul bila klien telah menghentikan minum alkohol . Gejala umumnya adalah:halusinasi dan kejang delirium,gemetar,keluhagastrointestinal,mukamerah, konjungtiva merah, insomnia,mudah kaget, cemas, irritabel hipertensi dan lain sebagainya

2.5.2. Ketergantungan opioda

Opioda adalah jenis narkotika yang mempunyai efek ketergantungan paling kuat Golongan ini terdiri dari turunan opium dan zat sintesisnya yaitu :

- morfin, opium, disetilmorfin atau diamorfin (heroin, smack horse, dope),
- metadon, kodein, oksikodon (Percodan, Percocet)
- hidromorfon (dilaudid)
- levorvanol (Levo-dromoran)
- pentazosin (talwin)
- Meperidin (demerol)
- Propaksipen (Darvon)

2.5.2.1 Intoksikasi opioda

Intoksikasi opioda terjadi karena penggunaan opioda dengan cara "dragon" (diisap melalui bibir dengan melalui kertas atau plastik diatas aluminium foil yang dipanaskan) "snuffing" (dihirup melalui lubang hidung) , " puff" (Dimasukkan kedalam rokok tembakau) , dan melalui suntikan (Depkes RI , Dirjen pelayanan medik, 2000)

Tanda-tanda subyektif intoksikasi opioda yaitu:

- Penekanan SSP: sedasi, tenang, sedikit apatis, euforia, delirium
- Berkurangnya mobilitas gastrointestinal sampai konstipasi
- Penekanan respiratory track
- Analgesika
- Mual, muntah
- Bicara cadel (slurred speech)
- Hipotensi ortostatik

- Bradikardi
- Konstriksi pupil / miasis ("pin point pupil")
- Kejang (dalam overdosis)
- Pasien-pasien toleransi sering tetap menunjukkan konstriksi pupil dan konstipasi

2.5.2.2 Putus opioda

Gejala putus opioda terjadi sesudah menghentikan sama sekali penggunaan opioda atau menurunkan dosis penggunaan dalam jangka lama

Tanda-tanda obyektif:

- mengantuk
- pilek sampai bersin ("flu-like syndrom")
- lakrimasi
- dilatasi pupil
- Vasodilatasi umum pembuluh darah, sehingga klien merasa panas dingin, meriang dan berkeringat berlebihan
- Pilo ereksi (merinding yang muncul hilang timbul)
- Takhikardi
- Meningkatnya tekanan darah
- Meningkatnya respirasi secara periodik
- Suhu badan meninggi tajam
- Mual, muntah
- Diare
- Insomnia

Tanda-tanda subyektif

- klien mengeluh "sugesti" (rasa keinginan atau hasrat yang sangat berat untuk memperoleh dan menggunakan kembali opioda)
- ansietas, gelisah, mudah tersinggung

- mialgia(rasa sakit atau pegal otot dipunggung , kaki dan seluruh tubuh)
- atralgia (tulang-tulang linu)
- sakit dan kramp perut
- tidak ada selera makan
- gemetar tremor
- kejang-kejang kecil

2.5.3. Ketergantungan ganja

Ganja (kanabis, marijuana, hasis) termasuk zat adiktif, yang digunakan dengan cara dilinting dan dihisap seperti rokok atau ditelan. Kadang disuntikkan secara intravena

2.5.3.1 Masalah kedaruratan

masalah kedaruraan yang timbul dari kondisi ketergantungan ganja yaitu :

a. Reaksi panik

Merupakan kondisi klasik yang timbul akibat ganja. Gejala yang timbul pada dasarnya adalah efek biasa dari ganja tapi untuk pemakai pemula dirasakan berlebihan / mengancam

b. Kilas balik

Merupakan kondisi berupa berulangnya secara spontan perasaan dan persepsi seperti ketika mengalami intoksikasi meskipun yang bersangkutan tidak menggunakan ganja. Pengalaman yang dirasakan ialah perubahan penglihatan,, perasaan sedih, cemas dan kadang- kadang paranoid

c. Kecelakaan

Kecelakaan terjadi karena penurunan kemampuan menilai dalam menentukan jarak dan waktu

2.5.3.2. Intoksikasi ganja

Gejala yang timbul antara lain :

- Perasaan waktu berjalan lambat, apatis serta bingung
- Perasaan melambung
- Perubahan proses pikir, inkoheren, dan assosiasi longgar, bicara cepat atau malah sulit bicara
- Percaya diri meningkat, disinhibisi serta merasa lebih peka
- Depersonalisasi, derealisasi, dan disorientasi
- Gangguan daya ingat jangka pendek ketawa, tampak seperti bego, elasi dan rilek
- Daya realita terganggu, halusinasi visual dan pendengaran
- Perasaan seksual berubah dan sebagainya

Tanda- tanda yang tampak : tremor, takikardi, mulut kering, meningkatnya kepekaan terhadap sentuhan dan rasa sakit, nistagmus, banyak keringat mata merah, gelisah, sering kencing, fungsi sosial terganggu

2.5.3.3 Psikosis/ gangguan psikotik akibat penggunaan ganja

Biasanya timbul akibat takaran pemakaian yang sangat berlebihan dan akibatnya timbul paranoid dan halusinasi visual yang bersifat sementara

2.5.3.4 Sindrom otak organik

Sindrom otak organik terjadi pada klien ketergantungan ganja yang ditandai :

- Proses mental berkabut yang terdiri dari kesulitan berfikir dan pikiran tumpul
- Terganggunya kemampuan mencari sesuatu (tracking ability)

- Menurunnya daya ingat jangka pendek
- Menurunnya daya konsentrasi dan kemampuan belajar

2.5.3.5. Keadaan putus ganja

Ganja dapat menyebabkan ketergantungan fisik yang ringan, dan bilamana itu terjadi ada kemungkinan terjadinya keadaan putus ganja dengan gejala dan tanda : insomnia, mual, muntah, mialgia, mudah tersinggung, nafsu makan kurang, bingung, depresi, diare, kehilangan berat badan, tremor dan lain sebagainya

2.5.4 Ketergantungan sedatif-hipnotik

Sedatif-hipnotik tergolong zat penekan atau penghambat susunan syaraf pusat. Yang termasuk sedatif-hipnotik adalah paraldehid, kloral hidrat, karbamat, metakualon, glutetimid, barbiturat, dan golongan benzodiazepin yang paling banyak digunakan seperti nitrazepam, bromazepam, flunitrazepam, dan klonazepam

2.5.4.1 Intoksikasi sedatif-hipnotik

Gejala yang timbul terdiri atas :

- gejala neurologis: pembicaraan kacau, gangguan koordinasi motorik, ataksia sempoyongan, nistagmus
- Gejala psikologis : afek labil, hilangnya hambatan impuls seksual dan agresif, irritable, banyak bicara, gangguan pemusatan perhatian, daya ingat dan daya nilai
- Pada keadaan overdosis : Pernafasan lambat, atau cepat tetapi dangkal, tekanan darah menurun, nadi teraba lemah dan cepat, kulit berkeringat dan teraba dingin, hematokrit meningkat

2.5.4.2 . Keadaan putus sedatif hipnotik

Gejala yang muncul adalah mual dan muntah, tampak lemah dan letih, takikardi, tekanandarah meningkat, ansietas, depresi, atau irritable, tremor kasar pada tangan, kadang terjadi hipotensi ortostatik

2.5.5. Ketergantungan kokain

Kokain adalah zat addiktif yang menstimulasi susunan saraf pusat disamping amfetamin kafein dan efedrin. Kokain digunakan dengan cara mengendus("snoorting") ;menyuntik, merokok dengan kokain atau diabsorpsi melalui mukosa.

2.5.5.1.Intoksikasi kokain

Intoksikasi kokain adalah sindrom mental organik yang terjadi beberapa menit sampai satu jam setelah menggunakan kokain. Sindrom tersebut dapat menyebabkan gangguan fisik dan perilaku. Lamanya kerja kokain dalam tubuh sangat singkat. Eliminasi paruh waktu kokain hanya satu jam., kecuali pada kasus-kasus overdosis , sebagian besar kokain hilang dalam tubuh pada saat masuk rumah sakit.(Depkes RI Dirjen pelayanan medik,2000).

Tanda - tanda klinis dapat dilihat dari :

- Takikardi, dilatasi pupil, midriasis, meningkatnya tekanan darah, mual muntah, berkeingatan, panas dingin, nadi aritmia, halusinasi visual atau taktil, sinkop, nyeri dada
- Dan bila overdosis maka akan terjadi kejang tertekannya pernafasan, koma dan meninggal

Gejala klinis meliputi:

- euforia, disforia
- agitasi psikomotor,
- waham paranoid/ halusinasi,
- delirium

- eksitasi, meningkatnya percaya diri, meningkatnya kewaspadaan
- selera makan kurang, grandiositas
- perilaku stereotip dan repetitif
- panik

2.5.5.2 . Keadaan putus kokain

Umumnya tidak ada tanda klinis yang tepat untuk menggambarkan perubahan fisiologis. Gejala klinis yang timbul adalah perasaan disforik yang menetap lebih dari 24 jam yang disertai:

- Kelelahan (fatigue)
 - agitasi psikomotor,
 - insomnia atau hipersomnia
 - ide bunuh diri atau paranoid, depresif
 - perasaan irritable

2.5.6. Ketergantungan Amfetamin

Amfetamin termasuk zat stimulan susunan saraf pusat yang dapat menimbulkan berkurangnya nafsu makan dan tidur meningkatkan kesadaran dan aktifitas motorik.

Amfetamin merupakan zat sintetik analog dengan efedrin. Yang dikenal dengan bebas dimasyarakat adalah racikan dari amfetamin yaitu MDMA yang dikenal dengan Ekstasi, XTC dan ADAM, MDMA yang dikenal dengan nama Eve, MMDA dan DOM yang dikenal sebagai sabu

2.5.6.1 Intoksikasi Amfetamin

Gejala kardiovaskuler yang timbul adalah: Palpitasi angina aritmia, hiper/hipotensi, kolaps, hiperpireksia, muka merah/ pucat. Pada gejala pernafasan timbul bronkodilatasi, gastrointestinal berupa anoreksia

mual, diare kramp abdominal, rasa metalik dalam mulut, gejala renal, berupa diuresis, gejala endokrin berupa libido berubah dan impotensi. Bila terjadi overdosis timbul : kejang, hiperpireksia, gangguan kardiovaskuler dan dilatasi pupil

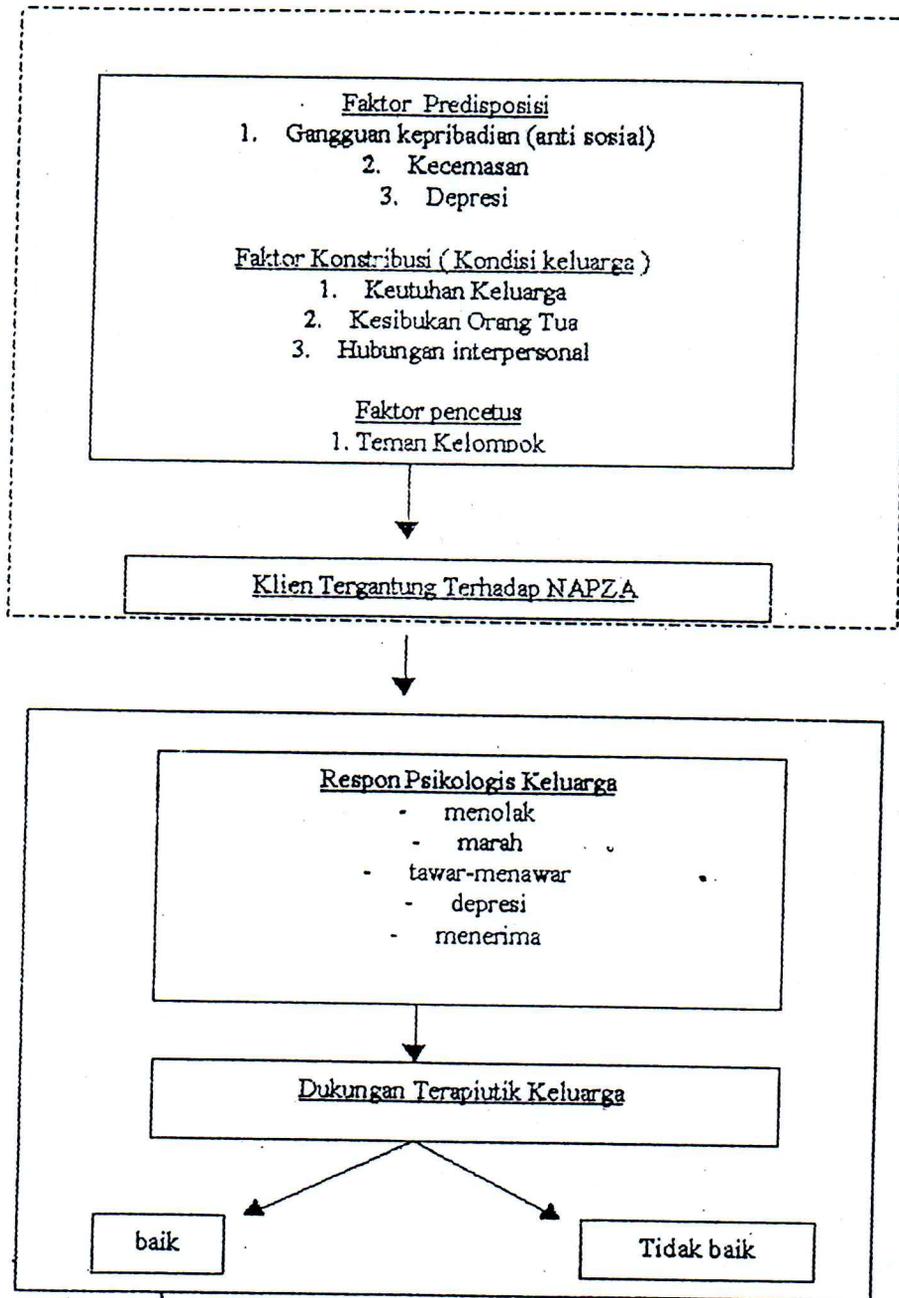
2.5.6.2 keadaan putus amfetamin

Keadaan ini terjadi setelah menghentikan atau menurunkan konsumsi yang meliputi fase :

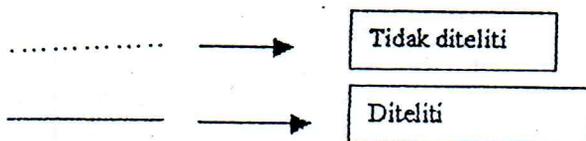
- Fase awal : Mula-mula depresi, agitasi, ansietas, dan drug craving dan pada akhir fase ini timbul hipersomnia dan terbangun dalam keadaan hiperfagia.
- Fase menengah: Ditandai oleh menurunnya energi mental, kelelahan, berkurangnya minat pada lingkungan
- Fase akhir : Ditandai oleh menurunnya drug craving dan relaps

BAB 3**KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN****3.1 Kerangka Konseptual Penelitian**

Kerangka konseptual disubtesis, diabstraksi dan di ekstrapolasi dari berbagai teori dan pemikiran ilmiah yang mencerminkan paradigma sekaligus tuntutan untuk memecahkan masalah penelitian dan merumuskan hipotesis. Kerangka konseptual penelitian dapat berbentuk bagan model matematik, atau persamaan fungsional, yang dilengkapi dengan uraian kualitatif (Panduan Penyusunan Proposal dan Skripsi, hal 14). Dari Riset yang penyusun lakukan, dapat diambil penjelasan tentang kerangka konseptual penelitian sebagai berikut



Keterangan



Dari gambar diatas dapat dijelaskan mekanisme interaksi dari berbagai faktor yang mempengaruhi proses terjadinya penyalahgunaan NAPZA dan mekanisme respon dalam peran keluarga terhadap proses rehabilitasi / perawatan klien yang menghasilkan dukungan terapeutik terhadap klien baik itu dukungan positif maupun negatif.

Ketergantungan NAPZA dapat terjadi oleh berbagai faktor.

a. Faktor Predisposisi

Seseorang dengan gangguan kepribadian biasanya tidak puas dengan dampak perilaku terhadap orang lain selain itu ia tidak mampu secara wajar dan efektif berfungsi di rumah, sekolah maupun tempat kerja dan dalam pergaulan sosialnya. Keluhan lainnya adalah gambaran penyerta dari gangguan kejiwaan yaitu kecemasan dan depresi. Untuk mengatasi ketidak mampuan berfungsi secara wajar, orang dengan depresi dan kecemasan itu berusaha menghilangkannya dengan kecenderungan menyalahgunakan NAPZA. Hal ini dimaksudkan untuk mencoba menyembuhkan diri sendiri artau sebagai pelarian. (Hawari, 2000)

b. Faktor Kontribusi

Seseorang yang berada dalam kondisi keluarga yang tidak baik (disfungsi keluarga) akan mereka tertekan dan ketertekanan ini dapat merupakan faktor penyerta bagi klien untuk menyalahgunakan NAPZA.

Kondisi keluarga yang dimaksudkan adalah :

1. Keluarga yang tidak utuh : misalnya adalah salah seorang dari orang tua meninggal, cerai atau berpisah.
2. Kesibukan orang tua : terlalu sibuk dengan pekerjaan atau oleh aktifitas lain sehingga waktu, perhatian dan komunikasi terhadap anak menjadi kurang atau bahkan tidak ada sama sekali.

3. Hubungan interpersonal yang tidak baik : yaitu hubungan antara anak dengan orang tua, sesama saudaranya dan hubungan antara ayah ibu yang sering cekcok, bertengkár dan kurang kehangatan.

c. Faktor Pencetus

Penelitian yang dilakukan Hawari pada tahun 1990 menyebutkan bahwa pengaruh teman kelompok sebaya mempunyai andil 81,3 % bagi seseorang terlibat NAPZA

Dari interaksi keluarga faktor tersebut akan mengakibatkan seseorang mempunyai resiko yang lebih besar terlibat ketergantungan NAPZA (Hawari 2000)

Klien yang menyalahgunakan NAPZA akan timbul tanda-tanda ketergantungan terhadap NAPZA atau hal-hal lain yang menyebabkan keluarga lambat laun akan mengetahui hal itui. Keluarga akan mengalami respon yang mengikuti tahapan menolak, marah, tawar menawar yang dilanjutkan menjadi depresi dan akhirnya akan menerima sehingga akan menghasilkan dukungan yang terapiotik untuk membantu klien mencapai kesembuhan.

Dukungan terapiotik ini berupa dukungan yang baik maupun tidak baik.

3.2 Hipotesa

H1 : Ada hubungan antara respon keluarga dan dukungan terapiotik keluarga klien dengan ketergantungan NAPZA

BAB 4

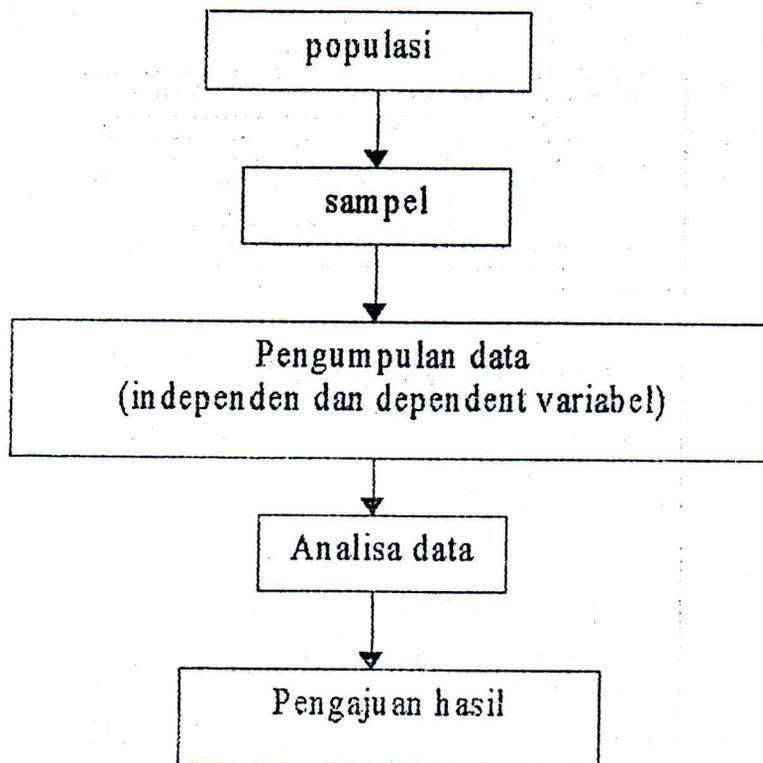
METODE PENELITIAN

Metode penelitian adalah cara memecahkan masalah menurut metode keilmuan (Nursalam & Siti Pariani, 2000). Pada bab ini akan disajikan tentang desain penelitian, populasi, sampel dan besar sampel, teknik pengambilan sampel, kerangka kerja, variabel penelitian. Pengumpulan data, masalah etika penelitian dan keterbatasan dalam penelitian

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian menggunakan pendekatan cross sectional yaitu penelitian melakukan pengamatan hanya pada satu saat saja. Berdasarkan perumusan masalah penelitian diatas, maka penelitian ini termasuk kedalam penelitian asosiatif yang bersifat kausal yaitu hubungan sebab akibat (Sugiyono 1994 hal 33)

4.2 Kerangka Kerja



4.3 Sampling Desain

4.3.1 Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri dari obyek atau subyek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan (Sugiyono 1994 pada hal 57).

Pada penelitian ini populasi adalah semua keluarga yang salah satu anggota keluarganya mengalami ketergantungan NAPZA.

4.3.2 Sampel

Sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi dan harus benar-benar representatif atau mewakili populasi (Nursalam & Sih Panani 2000 hal 64).

Sampel yang dipakai dalam perolehan ini adalah keluarga klien yang pertama kali dirawat di RS. Dan masih aktif dalam perawatan.

4.3.2.1 Kriteria Sampel

1. Kriteria Inklusi

Adalah karakteristik umum subyek penelitian dari suatu populasi target dan terjangkau yang akan diteliti (Nursalam & Siti panani 2000 hal 65) kriteria inklusi dalam sampel penelitian adalah :

- a. Keluarga klien yang baru pertama kali dirawat di rumah sakit
- b. Keluarga klien yang dirawat inap di RS tanpa melihat jumlah hari rawatnya.
- c. Keluarga klien yang masih aktif dalam perawatan.

2. Kriteria Eklusi

2. Kriteria Eklusi

Adalah mengeluarkan dan menghilangkan subyek yang tidak memenuhi kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab (Nusalim dan Siti Panani 2000 hal 66).

Dalam penelitian ini adalah :

- a. Keluarga klien yang beberapa kali masuk RS.
- b. Keluarga klien yang tidak bersedia memberi keterangan
- c. Keluarga klien yang tidak selesai masa rehabilitasinya.

4.3.2.2 Teknik Sampling

Teknik sampling pada dasarnya dibedakan menjadi dua yaitu probability dan non probability sampling (Sugiono 1994 hal 59). Penelitian ini menggunakan probability sampling dengan simple random sampling dimana dari beberapa sampel yang memenuhi syarat akan diambil orang menjadi subyek penelitian dan telah diidentifikasi secara representatif mewakili populasi.

Perhitungan besar sampel menggunakan rumus yang dikemukakan Azwar A (1987) yaitu :

$$N = \frac{N_s^2 Pq}{d^2 (N - 1) + Z^2 Pq}$$

Dimana :

n = ukuran sampel

N = ukuran populasi

Z = nilai standar normal untuk $\alpha = 0,05$ (1,96)

P = Perkiraan proporsi jika tidak diketahui dianggap 50 %

D = Tingkat kesalahan yang dipilih ($\alpha = 0,05$)

4.4 Variabel Penelitian

4.4.1 Identifikasi Variabel

Variabel adalah suatu atribut atau suatu obyek yang mempunyai variasi antara satu orang dengan orang lain atau antara satu obyek dengan obyek lain (Sugiono 1994 hal 21). Macam-macam variabel :

1. Variabel dependen atau variabel output, kriteria / konsekuensi atau disebut juga variabel terikat. Dalam penelitian ini adalah sebagai dukungan terapeutik keluarga yang nantinya dipengaruhi atau yang menjadi akibat dari respon keluarga.
2. Variabel independen adalah sering disebut variabel stimulus, prediktor, antecedent atau variabel bebas. Dalam penelitian ini adalah respon psikologis keluarga yang merupakan penyebab dan tingkat pemberian dukungan terapeutik keluarga dalam perawatan klien.
3. Variabel kontrol adalah variabel yang dibuat konstan atau dikendalikan yaitu klien yang masih dalam perawatan, baru pertama kali dirawat di rumah sakit.

4.4.2 Definisi Operasional

Variabel	Def Operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
1 V. dependen Respon psikologis keluarga 1. Menolak	2 Respon mengingkari keluarga terhadap masalah ketergantungan NAPZA	3 - Tidak percaya keluarganya menderita ketergantungan NAPZA - Tidak bisa berbuat apa-apa - Berusaha untuk merahasiakan kondisi keluarganya - Merasa malu jika diketahui orang lain - merasa marah dan tersinggung jika ada orang lain yg membicarakan masalah kx, ada anggota keluarganya menderita ketergantungan NAPZA - menyalahkan diri / orang lain - tidak berniat / tidak menggubris lagi keluarga yang menderita ketergantungan NAPZA	4 Questioner	5 Nominal	6 Bila responden menjawab 'ya' diberi nilai =1 Jika menjawab 'tidak' diberi nilai =0 Kategori rentang respon keluarga 0 - 10 = Mal adaptif 11 - 24 = Adaptif
2. Marah	2 Perasaan tidak senang keluarga terhadap masalah pada kx		Questioner	Nominal	
3. Tawar menawar	2 Respon tawar menawar berupa barapan yg akan dilakukan terhadap agt keluarga yang menderita ketergantungan NAPZA	3 - berfikir seandainya yang menderita bukan keluarganya - berfikir jika kx sembuh akan disayang - berfikir jika tidak sembuh akan banyak beramal - akan memperlakukan keluarga dengan sangat baik jika tidak kambuh	Questioner	Nominal	

<p>4. Depresi</p>	<p>Respon gangguan perasaan yang dialami keluarga terhadap masalah tertergantung NAPZA pada klien</p>	<ul style="list-style-type: none"> - merasa sangat terpuakul ketika labu keluarganya mengalami ketergantungan NAPZA - Malas berhubungan dengan orang lain karena malu - Merasa tidak berdaya - Merasa gagal menciptakan keluarga bahagia 	<p>Questioner</p>	<p>Nominal</p>	
<p>1</p>	<p>2</p>	<p>3</p>	<p>4</p>	<p>5</p>	
<p>5. Menerima</p>	<p>Respon penyesuaian diri keluarga terhadap masalah ketergantungan NAPZA yang dialami keluarga</p>	<ul style="list-style-type: none"> - menyerahkan kepada dokter pretan keluaranya - bersedia membantu semua keperluan yang berhubungan dengan perawatan klien - sering bertanya kpd dokter dan perawat ttg perawatan keluarganya - Menganggap apa yang diminta keluarga adalah kehendak Tuhan 	<p>Questioner</p>	<p>Nominal</p>	
<p>V independen dukungan terapeutik keluarga</p>	<p>Partisipasi dalam perawatan kx ketergantungan NAPZA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - mengabtar kx pertama kali ke RS - mengajak kx atas kemauan sendiri - keluarga mendampingi setiap saat - keluarga berperan aktif - keluarga komunikatif - sering mengungkapkan perasaan - mengawali berkomunikasi - bersemangat - semua anggota keluarga terlibat - bersikap memberi pujian pada kx sesuai kemampuan yg telah dicapai - melibatkan dukungan sosial 	<p>Observasi</p>	<p>Nominal</p>	<p>Baik = 1 Kurang baik = 0 Total skor yang dinilai ≥ 7 = baik ≤ 7 = kurang baik</p>

4.5. Pengumpulan Data

4.5.1 Instrumen

Instrumen yang digunakan peneliti adalah question, yaitu pengambilan / penggalian data dari responden diperoleh dari hasil angket yang disebarakan kepada responden.

4.5.2 Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian adalah di ruang NAPZA, poli jiwa dan unit gawat darurat RSJ Rajiman Widiodiningrat, Lawang pada Tanggal 3- 15 Februari 2003

4.5.3 Prosedur Pengumpulan

Responden yang diintervensi adalah keluarga klien yang datang untuk mengantarkan klien pertama kali, keluarga yang membesuk klien di RS maupun keluarga klien yang mengantarkan untuk kontrol di poli jiwa. Responden kemudian menuliskan pendapatnya melalui angket yang telah disediakan dan diobservasi dan diwawancarai mengenai keadaan klien untuk mengantar, mengajak klien atas kemauan sendiri, keluarga mendampingi, berperaan aktif, komunikatif, sering mengungkapkan perasaan dan sebagainya.

4.5.4. Cara Analisis Data

Penelitian ini menggunakan desain Cross Sectional dengan pendekatan chi square correlation. Peneliti melakukan pengumpulan data dengan menggunakan angket untuk mengukur tingkat respon psikologis dan lembar observasi untuk menilai dukungan terapeutik keluarga. Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah probability sampling dengan simple random sampling. Variabel yang diukur adalah tingkat respon keluarga (independent variabel) dan dukungan terapeutik keluarga (dependent variabel).

Setelah data terkumpul peneliti melakukan tabulasi data dengan mengelompokkan data sesuai dengan kategori yang telah ditetapkan, kemudian diujikan dengan menggunakan uji statistik korelasi spearman dengan tingkat kemaknaan $p \leq 0,05$ dan $\alpha = 95\%$

4.6 Ethical Clearance

Penelitian ini diambil dengan terlebih dahulu memohon ijin kepada instalasi yang menangani masalah penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan khususnya kepada panitia etik rumah sakit untuk mendapat persetujuan.

Ada beberapa masalah etika penelitian yang mencakup :

4.6.1 Informed Consent

Peneliti terlebih dahulu memberikan responden untuk mengisi lembar persetujuan menjadi subyek penelitian. Hal ini dilakukan untuk menghindari kesalah pahaman pada saat penelitian dan sesudah penelitian. Jika responden menolak, tidak akan diikut sertakan sebagai sample penelitian.

4.6.2 Anonymity

Hal ini berguna untuk menghormati privacy dan kerahasiaan dari subyek peneliti serta menghormati privacy klien sendiri.

4.6.3 Confidentiality

Yaitu kerahasiaan tentang informasi yang diberikan oleh subyek penelitian dan hendaknya dapat dijamin oleh peneliti.

4.7 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan penelitian dalam hal ini menyangkut beberapa aspek, yaitu :

4.7.1 Aspek Peneliti

Peneliti adalah seorang peneliti tahap pemula yang masih dalam proses belajar, sehingga belum adanya pengetahuan yang mendalam di dalam mempersiapkan maupun didalam pelaksanaan penelitian.

4.7.2 Aspek Responden

Responden yang dipakai adalah keluarga klien yang sedang mengalami masalah atau krisis sehingga pemberian informasi akan sangat terpengaruh oleh suasana hati responden saat itu.

4.7.3 Aspek Instrumen

Instrumen yang digunakan hanya berupa data subyek dan pengamatan peneliti tanpa adanya pemeriksaan apapun dan tidak dilakukan uji validitas instrumen penelitian.

4.7.4 Aspek Dana Penelitian

Sumber dana penelitian sangat terbatas sehingga peneliti hanya terfokus pada hal-hal yang bersifat mendukung secara langsung terhadap masalah penelitian dan tidak mengamati lebih jauh hal-hal yang mendukung secara tidak langsung masalah-masalah lain dalam penelitian.

4.7.5 Aspek Waktu Penelitian

Waktu yang tersedia sangat terbatas sehingga pengambilan juga sangat terbatas dan pengamatan dilakukan sangat singkat. Data akan diambil dari RSJ Radjiman Widiodiningrat Lawang. Pengamatan akan dilakukan satu kali saja untuk tiap-tiap sampel dari penelitian.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN

Penulisan hasil penelitian merupakan hal yang penting dilakukan oleh peneliti, diajukan sebagai karya tulis ilmiah atau penelitian ilmiah (panduan penyusunan proposaldan skripsi, 2002) . Pada bab ini disajikan secara ringkas format laporan penelitian berdasarkan desain peneliian yang sudah dibuat dan akan dijelaskan tiap- tiap tabel atau gambaran hasil penelitian .

5.1 Deskripsi hasil Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah sakit Jwa dr. Radjiman Widjodiningrat Lawang , khususnya di Poli Jiwa , Unit Gawat Darurat , dan Ruang NAPZA.

Sampel penelitiannya adalah keluarga klien yang mengalami ketergantungan terhadap NAPZA sebanyak 30 orang yang memenuhi kriteria inklusi penelitian ini dilaksanakan pada bulan Februari 2003. Adapun analisa responden dan gambaran umum tempat penelitian sebagai berikut:

5.1.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian

Sasaran penelitian ini adalah keluarga yang datang ke RS dengan tujuan mengantarkan anggota keluarganya yang sakit maupun membesuk klien yang mengalami ketergantungan atau kontrol rutin pasca perawatan . Penelitian ini dilakukan di Ruang NAPZA, Poli jiwa dan Unit Gawat Darurat

1. Ruang NAPZA

- Luas Ruang NAPZA ± 400 m² terbagi atas beberapa kamar, dua kamar untuk parsial care sebanyak 4 orang, satu ruang tindakan biasanya adalah ruang makan, ruang tamu, ruang kantor, serta kamar mandi + WC
- Kapasitas ruangan berisi 22 tempat tidur dan saat penelitian dilakukan tercatat 4 orang pasien yang dirawat jadi tempat tidur yang tersisa ada 18 tempat tidur.
- Sumberdaya yang ada terdiri atas berbagai jenjang pendidikan yang kesemuanya 13 orang terdiri atas dokter, perawat dan pembantu perawat.
- Pasien yang dirawat sejumlah 4 orang dengan ketergantungan NAPZA yang beragam kasus kebanyakan adalah ketergantungan sabu-sabu dan mengalami gangguan jiwa

2. Poli Jiwa

- Luas ruangan ± 500 m², terdiri atas dua gedung dan masing masing terdiri atas 3 tingkat yang terdiri atas 2 ruangan-ruangan administrasi, ruang kantor untuk perawat, ruang kantor untuk dokter, ruang penerimaan, ruang konsultasi, kamar mandi + WC
- Sumber daya yang ada terdiri atas dokter umum, dokter spesialis jiwa dan dokter gigi yang berjumlah 10 orang, perawat pembantu perawat, psikolog dan tenaga pembantu rawat yang berjumlah 13 orang

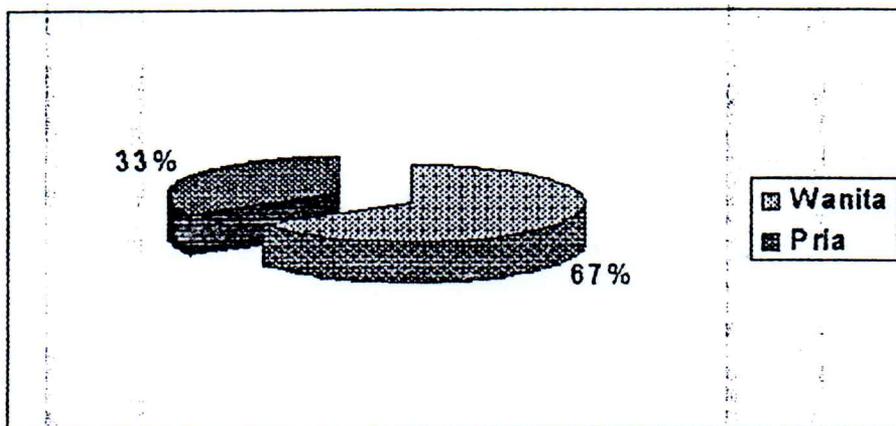
3 Ruang Gawat Darurat

- Luas ruangan ± 400 m² , terbagi atas ruang tindakan , penerimaan pasien, ruang resusitasi, ruang tindakan untuk pasien gigi, kamar tidur pasien , ruang kantor perawat, ruang kantor untuk dokter , ruang administrasi, kamar tidur dokter jaga
- Kapasitas ruangan dapat menampung 30 tempat tidur
- Sumberdaya yang ada terdiri atas dokter jaga , tenaga perawat, pembantu rawat dan tenaga administrasi yang berjumlah 17 orang

5.1.2 Data Umum Responden

Pada bagian ini akan diuraikan mengenai karakteristik responden meliputi data umum klien, data umum responden dan data khusus responden tentang respon psikologis keluarga dan data khusus tentang dukungan therapeutik keluarga.

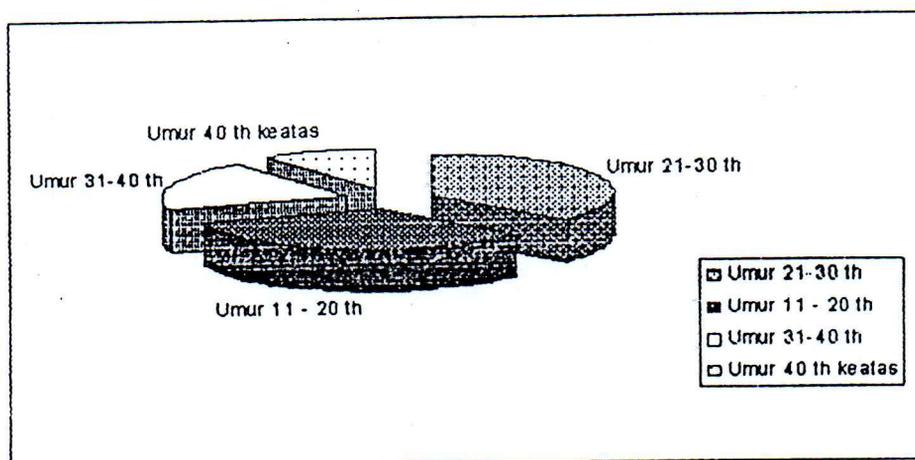
5.1.2.1 Data Umum Klien Berdasarkan Jenis Kelamin



Gambar 1. Diagram pie data umum klien berdasarkan jenis kelamin pada Ruang NAPZA, UGD dan Poli Jiwa RSJ Radjiman Widjodiningrat Lawang pada bulan Februari 2003

Berdasarkan gambar di atas terlihat bahwa klien pria lebih banyak yaitu 20 orang (67%) dan klien pria lebih sedikit yaitu 10 orang (33%).

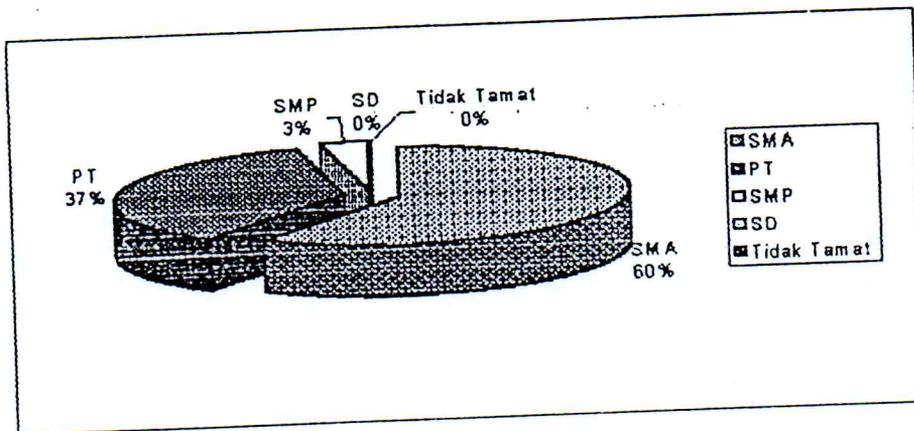
5.1.2.2 Data Umum Klien Berdasarkan Umur



Gambar 2. Diagram Pie Data Umum Klien Berdasarkan Umur di Ruang NAPZA, UGD Dan Poli Jiwa RSJ DR Radiman Widyodiningrat Lawang pada Bulan Februari 2003

Berdasarkan diagram diatas terlihat bahwa jumlah tertinggi pada umur 21 – 30 tahun yaitu 11 orang (37%), umur 11 – 20 tahun 10 orang (33%), umur 31 – 40 tahun 6 orang (20%), umur 41 tahun ke atas 3 orang (10 orang).

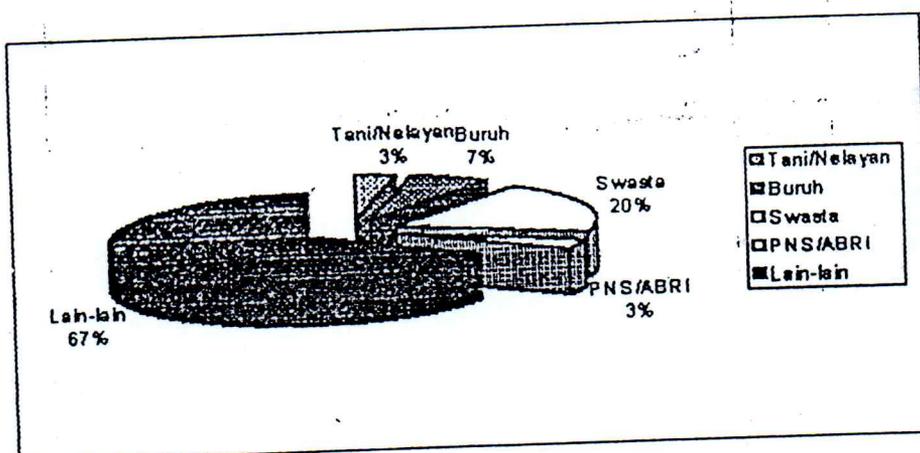
5.1.2.3 Data Klien Menurut Tingkat Pendidikan



Gambar 3. Diagram Pie data umum klien berdasarkan pendidikan di Ruang NAPZA, UGD dan Poli Jiwa RSJ dr Radjiman Widyodiningrat Lawang pada Bulan Februari 2003

Gambar di atas memperlihatkan klien yang berpendidikan SMA sebanyak 18 orang (60%), yang berpendidikan Perguruan Tinggi 11 orang (37%), berpendidikan SMP 1 orang (3%), SD tidak tamat dan tamatan SD (0%).

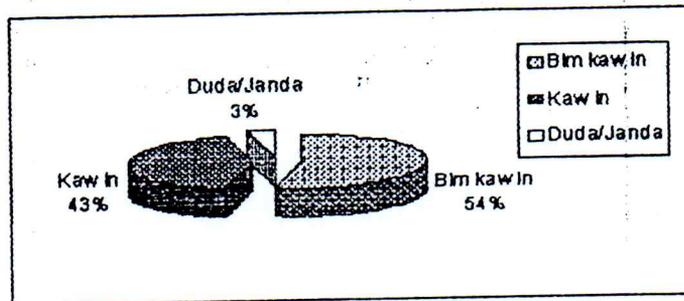
5.1.2.4 Data Umum Klien Berdasarkan Pekerjaan



Gambar 4 Data Umum klien Berdasarkan pekerjaan diruang NAPZA, UGD dan Poli Jiwa RSJ dr Radjiman Widyodiningrat Lawang pada bulan Februari 2003

Diagram di atas menunjukkan bahwa klien bekerja pada kategori lain-lain sebanyak 20 orang (67%), bekerja swasta 6 orang (20%), buruh 2 orang (7%), PNS /ABRI 1 orang (3%), tani atau nelayan 1 orang (3%).

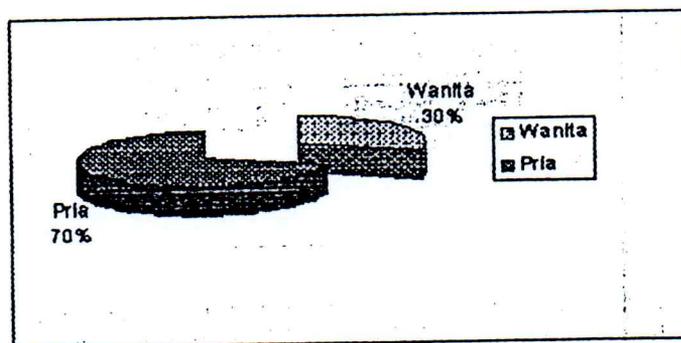
5.1.2.5 Data Umum Klien Berdasarkan Status Perkawinan



Gambar 5. Diagram Pie data umum klien berdasarkan status perkawinan pada ruang NAPZA, UGD & P. Jiwa RSJ dr Radjiman Widyodiningrat Lawang Pada Bulan Februari 2003

Diagram di atas menunjukkan bahwa klien belum kawin 16 orang (54%), dan yang sudah kawin 13 (43%), serta dengan status duda atau janda 1 orang (3%).

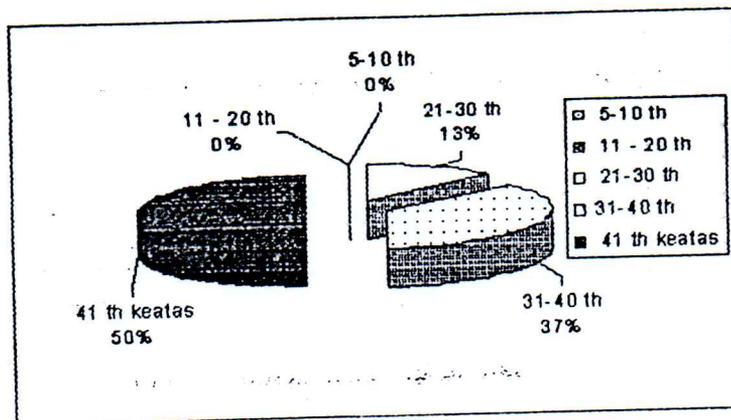
5.1.2.6 Data Umum Responden Berdasarkan Jenis Kelamin



Gambar 6. Diagram pie data umum responden berdasarkan jenis kelamin pada ruang NAPZA, UGD & P. jiwa RSJ dr Radjiman Wiyodiningrat Lawang bulan Februari 2003

Diagram di atas menunjukkan pria 21 orang (70%) dan wanita 9 orang (30%).

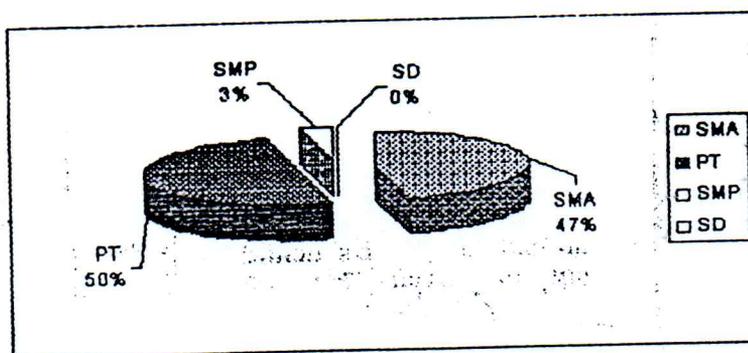
5.1.2.7 Data Umum Responden Berdasarkan Umur



Gambar 7. Diagram lingkaran data umum responden berdasarkan umur diruang NAPZA, UGD, dan polo jiwa RSJ dr Radjiman Widjodiningrat pada februari 2003

Gambar di atas menunjukkan umur responden terbesar adalah 41 tahun ke atas sebanyak 15 orang (50%), umur 31-40 tahun 11 orang (37%), umur 21-30 tahun 4 orang (30%), serta umur 11-20 tahun dan 5-10 tahun tidak ada.

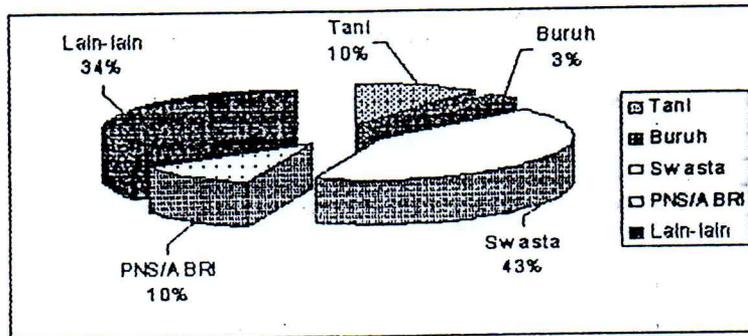
5.1.2.8 Data Umum Responden Berdasarkan Pendidikan



Gambar 8. Diagram lingkaran data umum responden berdasarkan Pendidikan diruang NAPZA, UGD dan Poli jiwa RSJ dr Radjiman Widjodiningrat Lawang februari 2003

Gambar di atas menunjukkan pendidikan terbanyak responden adalah perguruan tinggi sebanyak 15 orang (50%), SMA 14 orang (47%), SMP 1 orang (3%), SD (0%).

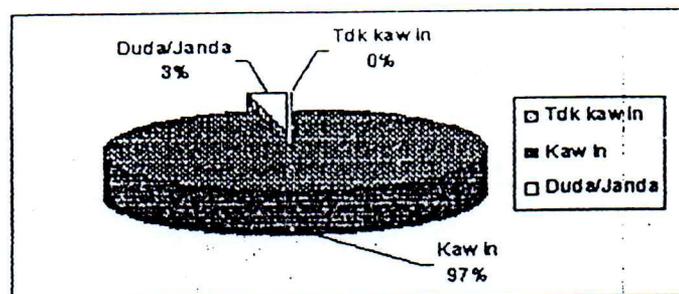
5.1.2.9 Data Umum Responden Berdasarkan Pekerjaan



Gambar 9. Diagram lingkaran data umum responden berdasarkan pekerjaan diruang NAPZA, UGD dan poli Jiwa RSJ dr Radjiman Widyodiningrat Lawang bl Februari 2003

Umur responden yang memiliki prosentase tertinggi berdasarkan diagram di atas adalah swasta (43%), jenis pekerjaan yang lain (34%), tani (10%), buruh (3%), PNS/ABRI (10%).

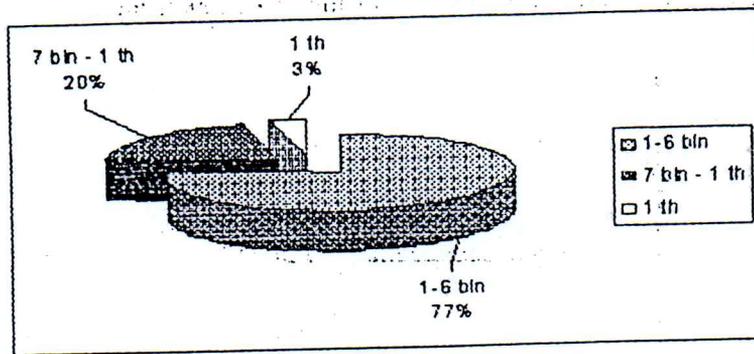
5.1.2.10 Data Umum Responden Berdasarkan Status Perkawinan



Gambar 10. Data umum responden berdasarkan status perkawinan di ruang NAPZA, UGD dan Poli Jiwa RSJ dr radjiman Widyodiningrat Lawang bulan Februari 2003

Gambar di atas memperlihatkan bahwa 29 orang (97%) responden yang mempunyai status kawin, duda atau janda 1 orang (3%), dan tidak kawin (0%).

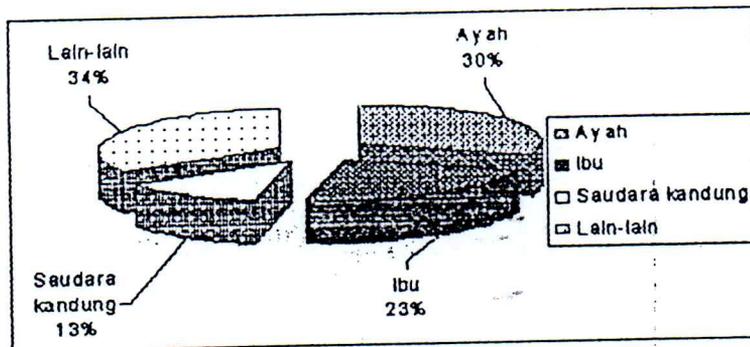
5.1.2.11 Data Umum Responden Berdasarkan Lama Sakit



Gambar 11. Data umum responden berdasarkan lama sakit/ketergantungan dari klien NAPZA diruang NAPZA , UGD dan poli Jiwa RSJ dr Radjiman Widyodiningrat Lawang bulan Februari 2003

Gambar di atas menunjukkan kebanyakan klien sakit sudah dalam kurun waktu 1-6 bulan yaitu 23 orang (77%), 7 bulan – 1 tahun 6 orang (20%), dan yang sakit lebih dari 1 tahun sebanyak 1 orang (3%).

5.1.2.12 Data Umum Responden Berdasarkan Hubungan Dengan Klien



Gambar 11. Data Umum Responden Berdasarkan Hubungan Dengan Klien pada ruang NAPZA,UGD dan poli Jiwa RSJ dr Radjiman Wiyodiningraat Lawang Bulan Februari2003

Gambar di atas menunjukkan hubungan responden dengan klien dalam kategori lain-lain 10 orang (34%), hubungan ayah 9 orang (30%), ibu 7 orang (23%), saudara kandung 4 orang (13%).

5.1 Data Khusus

5.2.1 Rentang Respon Keluarga pada Klien dengan Ketergantungan

NAPZA

tabel 5.2.1 Rentang Respon Keluarga pada Klien dengan Ketergantungan NAPZA di RSJ dr Radjiman Widyodiningrat Lawang bulan Februari 2003

Respon keluarga	jumlah	prosentase
adaptif	1 orang	3 %
mal-adaptif	29 orang	97 %

Pada tabel diatas dapat dilihat bahwa sebagian besar responden memilih respon yang maladaptif yaitu 29 orang (97 %)

5.2.2 Dukungan Terapiutik Keluarga Pada Klien Dengan Ketergantungan NAPZA

tabel 5.2.2 Dukungan Terapiutik Keluarga Pada Klien Dengan Ketergantungan NAPZA di RSJ dr Radjiman Widyodiningrat Lawang

Dukungan	Jumlah	Prosentase
Baik	1 orang	3 %
Kurang Baik	29 orang	97 %

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa sebagian besar dukungan terapiutik keluarga pada klien dengan ketergantungan NAPZA adalah kurang baik yaitu 29 orang (97 %)

5.2.3 Hubungan Respon Keluarga Dengan Dukungan Terapiutik pada Klien Dengan Ketergantungan NAPZA

tabel 5.2.3 Hubungan Respon Keluarga Dengan Dukungan Terapiutik pada Klien Dengan Ketergantungan NAPZA diRSJ dr Radjiman Widyodiningrat Lawang bulan Februari 2003

respon dukungan	adaptif		mal adaptif		jumlah
	jml	%	jml	%	
baik	1	97 %	29	100 %	30
tidak baik	0	0 %	0	0 %	0
nilai signifikan 0,002 pada level $p \leq 0,05$					

Dari Tabel diatas dapat dilihat bahwa ada hubungan respon keluarga dan hubungan terapiutik dengan nilai koefisien korelasi 0,002 pada level $p \leq 0,05$

5.3 Pembahasan

5.3.1 Respon Keluarga pada Klien Dengan Ketergantungan NAPZA

Dari tabel 5.2.1 didapatkan hasil bahwa sebagian besar respon keluarga adalah maladaptif yaitu sebesar 29 orang (97 %)

Menurut Gottlieb (1983) yang dikutip oleh Bart Smet (1994) mengatakan bahwa dukungan sosial terdiri dari informasi atau nasehat verbal atau non verbal, bantuan nyata atau tindakan yang diberikan oleh keakraban sosial yang mempunyai manfaat emosional atau efek perilaku bagi pihak yang menerima dukungan tersebut. Hal ini dipengaruhi oleh faktor-faktor sosial dan lingkungan, Peran keluarga, dan faktor yang berhubungan dengan klien. Faktor sosial yang dimaksud adalah tanggapan lingkungan sekitar tentang keluarga yang salahsatu anggotanya menderita ketergantungan NAPZA.

Dari data didapatkan respon yang maladaptif bisa disebabkan karena tanggapan yang negatif dari lingkungan sekitar yang membuat keluarga merasa malu, selain itu juga pasien yang dirawat adalah klien dengan masa perawatan yang tergolong masih baru (1-6 bulan) sehingga keluarga masih dalam tahap rentang respon belum menerima keadaan klien.

5.3.2 Dukungan Terapiutik Keluarga pada Klien Ketergantungan NAPZA

Dari tabel 5.2.2 didapat hasil bahwa dukungan keluarga adalah kurang baik yaitu sebesar 29 orang (97%) menurut Stuart & Sundeen yang dikutip Budi Ana Keliat, menerangkan bahwa dukungan terapiutik adalah dorongan partisipasi keluarga dalam proses keperawatan klien dengan menggunakan keluarga sebagai terapi.

Motivasi keluarga dalam memberikan dukungan pada klien dapat dipengaruhi beberapa faktor, yaitu tingkat keparahan, posisi keluarga status sosial klien, umur dan jenis gangguan jiwa yang diderita (Bart Smet, 1994). Dari hasil yang didapatkan bahwa sebagian besar dukungan adalah kurang baik, hal ini bisa disebabkan karena faktor tingkat keparahan klien, posisi respon terhadap klien dan dari data dapat diketahui bahwa sebagian besar hubungan responden dengan klien adalah dalam kategori lain-lain (bukan orang tua/ saudara) sebesar 34% sehingga sifat dukungan yang diberikan kepada klien kurang maksimal atau kurang baik.

5.3.3 Hubungan Respon Keluarga dengan Dukungan Terapiutik Pada klien dengan Ketergantungan NAPZA

Dari tabel 5.2.3 didapatkan data bahwa ada hubungan antara respon keluarga dan dukungan terapiutik dengan nilai koefisien korelasi $p \leq 0,05$. Dari teori dapat disimpulkan bahwa respon keluarga akan mempengaruhi dukungan terapiutik keluarga terhadap klien dengan ketergantungan NAPZA.

Semua bentuk tingkah laku yang ditimbulkan oleh individu atau keluarga adalah suatu bentuk komunikasi yang berpengaruh pada bentuk dukungan yang diberikan oleh keluarga. Jika respon keluarga adalah adaptif maka dukungannya adalah baik, sebaliknya jika responnya maladaptif maka dukungannya juga kurang baik.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan diuraikan tentang kesimpulan dari hasil pembahasan untuk menjawab pertanyaan penelitian dan sesuai dengan tujuan penelitian, serta saran yang disesuaikan dengan penelitian yang telah dilakukan

6.1 Kesimpulan

Sesuai dengan hasil pembahasan dan dianalisa dengan uji Spearmans untuk pertanyaan penelitian yang telah dilakukan maka dapat ditarik kesimpulan bahwa pada masing masing tahapan pada bentuk respon keluarga klien yang mengalami ketergantungan NAPZA pada penelitian ini berada pada tahapan adaptif yang berbeda-beda.

1. sebagian besar respon keluarga dai klien ketergantungan NAPZA dari tahapan respon keluarga adalah maladaptif yaitu 29 orang (97 %)
2. Dukungan keluarga pada perawatan klien dengan ketergantungan NAPZA sebagian besar adalh kurang baik yaitu sebesar 29 orang (97 %)
3. Ada hubungan antara respon keluarga dan dukungan terapiutik pada perawatan klien dengan ketergantungan NAPZA denagn nilai $p \leq 0,05$

6.2 Saran

Sesuai dengan manfaat penelitian yang telah dirumuskan dan dianalisa dari hasil penelitian yang didapat, maka peneliti mengajukan beberapa saran sebagai berikut:

1. Perlu dilakukan pendekatan pada keluarga yang lebih optimal melalui PKMRS untuk membangkitkan dukungan terapeutik keluarga dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada klien dengan ketergantungan NAPZA
2. Diefektifkan terapi keluarga sebagai salah satu aspek terapi modalitas dalam usaha perawatan klien dengan ketergantungan NAPZA
3. Perlu pembinaan perawat tentang pentingnya pengkajian respon keluarga pada klien ketergantungan NAPZA
4. Perlu ditingkatkan keterlibatan keluarga dalam usaha perawatan anggota keluarga yang menderita ketergantungan NAPZA

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, Suharsini , (1997), *Prosedur Penelitian , Suatu Pendekatan Praktek* , Rineka Cipta , Jakarta
- Efendi , Nasrul, (1997) , *Dasar-dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat Edisi II* , EGC Jakarta
- Hawari, Dadang , Prof .DR.dr, (2000), *Penyalahgunaan dan ketergantungan NAPZA*, FK. UI Jakarta
- Hudak & Gallo , (1997) , *Keperawatan Kritis* , EGC , Jakarta
- Ross & Kubler , (1989) , *Death and Dying* , PT Gramedia Pustaka Tama, Jakarta
- Nursalam & Pariani, Siti , (2001), *Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan* , CV. Sagung Seto, Jakarta
- Stuart & Sundeen, (1998) *Principle and Practice of Psychiatric Nursing 6 Th edition* , Mosby year Book , St. Louis Missouri
- Start & Sundeen (1995) *Buku Saku Keperawatan Jiwa* , Alih Bahasa Achiryani S Hamid, EGC, Jakarta
- Sugiono ,(1994) *Metodologi Riset Administrasi*, Edisi 3 ,CV Alfabeta, Bandung
- Sugiono (1994) *Statistika Untuk Penelitian* , Edisi 2 CV Alfabeta Bandung
- Smet, Bart, (1994) ,*Psikologi Kesehatan* , PT Gramedia Widayarsana Indonesia, Jakarta
- Whalley L. H & Wong D. L (1991) ,*Nursing Care of Infant & children* , CV Mosby, Toronto
- _____, (2000) *Pedoman terapi Pasien ketergantungan NAPZA Depkes RI Dirjen Yan Med* , Jakarta
- _____, (2002) *Buku Panduan Penyusunan Proposal Dan Skripsi*, PSIK, FK UNAIR

Lampiran 1

LEMBAR PERSETUJUAN SEBAGAI PESERTA PENELITIAN
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bersedia untuk turut berpartisipasi sebagai peserta penelitian yang dilakukan Mahasiswa Program Studi, D IV Perawat Pendidik fakultas kedokteran Universitas Airlangga Surabaya, Yang berjudul : **Hubungan Respon Keluarga dan Dukungan Terapiutik Klien dengan Ketergantungan NAPZA Di Rumah Sakit Jiwa Radjiman Widiodyaningrat Lawang**

Tanda tangan yang saya berikan menunjukkan bahwa saya sudah mendapat informasi tentang penelitian ini dan memutuskan untuk ikut berpartisipasi dalam penelitian ini

Malang ,2003

Tanda Tangan.....

Nomor responden.....

Lampiran 2

KUISIONER

Judul Penelitian : Hubungan Respon Keluarga dan Dukungan Therapeutik pada Perawatan Klien Dengan Ketergantungan NAPZA Rumah Sakit Radjiman Widioningrat Lawang.

Nomor Kode Responden :

Tanggal Pengisian :

Petunjuk Pengisian :

Jawablah pernyataan dibawah ini dengan mengisi tanda (✓) pada kotak pengantar jawaban yang tersedia !

1. Data Umum Klien

1. Jenis Kelamin

Pria

wanita

2. Umur

11 – 20

21 – 30

31 – 40

41 – th keatas

3. Pendidikan

SD tidak tamat / tidak sekolah

SMP

SMA

Akademik / Perguruan Tinggi

4. Pekerjaan

Tani / nelayan

Buruh

Kode
(Diisi Peneliti)

- Karyawan swasta
- PNS / ABRI
- Lain-lain

5. Status Perkawinan

- Belum kawin
- Kawin
- Duda atau Janda

2. Data Umum Responden

1 Jenis Kelamin

- Pria
- wanita

2 Umur

- 5 - 10
- 11 - 20
- 21 - 30
- 31 - 40
- 41 - th keatas

3 Pendidikan

- SD tidak tamat / tidak sekolah
- SMP
- SMA
- Akademik / Perguruan Tinggi

4 Pekerjaan

- Tani / nelayan
- Buruh
- Karyawan swasta
- PNS / ABRI
- Lain-lain

5 Status Perkawinan

- Belum kawin
- Kawin
- Duda atau Janda

6. Hubungan dengan Klien

- Ayah
- Ibu
- Saudara Kandung
- Lain-lain

7. Lama keluarga mngalami ketergantungan / sakit

- 1 – 6 bulan
- 7 bulan – 1 tahun
- Lebih dari 1 tahun

LEMBAR OBSERVASI

(Diisi Oleh Peneliti)

No	Data Observasi	Ya	Tidak	Kode
1	Klien datang kerumah sakit pertama kali diantar oleh keluarga			<input type="checkbox"/>
2	Alasan keluarga mengajak klien atas dasar keinginan sendiri			<input type="checkbox"/>
3	Keluarga setiap saat mendampingi klien baik dalam perawatan atau therapi yang diberikan			<input type="checkbox"/>
4	Keluarga mau terlibat dalam therapi karena keinginan atau kesadaran sendiri			<input type="checkbox"/>
5	Keluarga sangat berperan aktif dalam setiap therapi yang diberikan kepada klien			<input type="checkbox"/>
6	Keluarga sangat komunikatif ketika diajak petugas berbicara masalah usaha perawatan klien			<input type="checkbox"/>
7	Keluarga sering mengungkapkan perasaannya dan meminta saran petugas tentang keberadaan klien			<input type="checkbox"/>
8	Keluarga selalu mengawali komunikasi dengan petugas tentang masalah klien			<input type="checkbox"/>
9	Keluarga nampak bersemangat dalam mendukung usaha perawatan klien			<input type="checkbox"/>
10	Keluarga selalu melibatkan sistem dukungan sosial (keluarga sampingan, teman) dalam usaha untuk kesembuhan klien			<input type="checkbox"/>
11	Ada sistem dukungan sosial (teman atau sanak saudara yang ikut memberikan dukungan secara moril maupun materiil atau secara finansial)			<input type="checkbox"/>
12	Semua anggota keluarga secara merata ikut melibatkan diri dalam mendukung pengobatan klien			<input type="checkbox"/>
13	Keluarga selalu bersikap halus dan menerima bila ada sikap negatif yang muncul dari klien ketika dalam perawatan			<input type="checkbox"/>
14	Keluarga memberikan pujian atas sikap klien yang dilakukan secara benar dalam usaha perawatan			<input type="checkbox"/>

DATA KHUSUS

Petunjuk Pengisian : *Beri tanda (✓) pada kolom masing-masing pernyataan berikut yang sesuai dengan pendapat saudara !*

Respon Keluarga

No	Tanggapan Terhadap Anggota Keluarganya Yang ketergantungan NAPZA	Tidak	Ya	Kode diisi Petugas
RESPON MENOLAK				
1	Saya tidak percaya kalau keluarga saya menderita ketergantungan Thd NAPZA			<input type="checkbox"/>
2	Saya tidak tahu harus berbuat apa untuk keluarga yang menderita ketergantungan NAPZA			<input type="checkbox"/>
3	Saya beranggapan atau berpendapat bahwa hal itu salah dan tidak mungkin terjadi pada anggota keluarga saya			<input type="checkbox"/>
4	Saya berfikir untuk memeriksakan keluarga saya itu ke dokter lain			<input type="checkbox"/>
5	Saya berusaha untuk merahasiakan kondisi anggota keluarga saya yang mengalami gangguan terhadap orang lain			<input type="checkbox"/>
6	Saya malu dengan orang lain, jika mereka mengetahui ada anggota keluarga saya yang mengalami ketergantungan NAPZA			<input type="checkbox"/>
RESPON MARAH				
1	Saya marah dan tersinggung, jika			<input type="checkbox"/>

	ada orang lain yang membicarakan keluarga saya yang menderita gangguan ketergantungan NAPZA			
2	Saya akan marah dan mencaci makinya jika ada yang mengatakan saya tidak memperhatikan anggota keluarga yang ketergantungan NAPZA			<input type="checkbox"/>
3	Saya menyalahkan diri ataupun orang lain karena anggotakeluarga saya ketergantungan NAPZA			<input type="checkbox"/>
4	Saya tidak berani mengunjungi keluarga saya ke rumah sakit			<input type="checkbox"/>
	RESPON TAWAR MENAWAR			
1	Saya berfikir seandainya bukan keluarga saya yang menderita ketergantungan gangguan tentu saya tidak begini			<input type="checkbox"/>
2	Saya berfikir seandainya keluarga saya sembuh saya akan lebih memperhatikannya			<input type="checkbox"/>
3	Seandainya keluarga saya tidak kambun lagi saya akan lebih banyak berbuat baik dan beramal			<input type="checkbox"/>
4	Saya akan memperlakukan keluarga saya dengan sangat baik jika ia sembuh dan tidak kumat lagi			<input type="checkbox"/>
	RESPON DEPRESI			
1	Saya merasa sangat terpukul ketika diberitahu anggota keluarga saya ada yang menderita ketergantungan NAPZA			<input type="checkbox"/>

2	Sejak keluarga saya sakit, saya malas berhubungan dengan orang lain dan saya lebih suka menyendiri			<input type="checkbox"/>
3	Saat ini saya merasa tidak berdaya karena keluarga saya menderita ketergantungan terhadap NAPZA			<input type="checkbox"/>
4	Saya sedih dan menangis jika melihat anggota keluarga saya yang menderita karena ketergantungan terhadap NAPZA			<input type="checkbox"/>
5	Saya merasa gagal untuk menciptakan keluarga bahagia karena saat ini keluarga saya sampai ada yang menderita ketergantungan NAPZA			<input type="checkbox"/>
RESPON MENERIMA				
1	Saya saat ini berfikir akan menyerahkan sepenuhnya kepada dokter tentang perawatan keluarga saya			<input type="checkbox"/>
2	Saya bersedia membantu semua keperluan yang berhubungan dengan perawatan keluarga saya			<input type="checkbox"/>
3	Saya akan banyak bertanya kepada dokter atau perawat tentang perawatan keluarga saya di rumah			<input type="checkbox"/>
4	Saya berniat akan selalu ikut mengawasi perawatan keluarga saya			<input type="checkbox"/>
5	Saya merasakan bahwa apa yang diderita keluarga saya adalah kehendak Tuhan			<input type="checkbox"/>

Lampiran 3

Rekapitulasi Data Penelitian

No.	Menolak			Jumlah	Marah			Jumlah	Tawar Menawar			Jumlah	Depresi			Jumlah	Mencrima			Jumlah	Jumlah Seluruh	
	1	0	0		0	0	0		0	0	0		0	0	0		1	0	0			0
1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3
1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	2	4
1.	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	2	7
2.	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	2	4
3.	1	0	0	0	1	0	0	1	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	6
4.	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	6
5.	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	7
6.	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	8
7.	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	6
8.	1	0	0	1	1	1	1	1	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	8
9.	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	8
10.	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	8
11.	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
12.	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	7
13.	1	0	1	1	1	0	1	1	2	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	10
14.	0	1	1	1	1	0	1	1	2	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	10
15.	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	4
16.	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	2	2	6
17.	1	1	0	0	1	1	0	1	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	9
18.	1	1	1	0	1	1	1	1	4	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	2	2	16
19.	1	1	0	0	1	1	1	1	2	0	0	0	1	1	0	0	1	1	3	0	0	10
20.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	0	2
21.	1	1	0	1	0	0	0	1	2	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	10
22.	1	1	0	0	1	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	9
23.	1	1	0	0	1	1	1	1	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	8
24.	0	1	0	1	1	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	8
25.	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	8
26.	1	1	0	1	1	1	1	1	2	0	0	0	1	1	1	0	0	0	2	0	0	10
27.	1	1	0	1	1	1	1	1	2	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	2	0	9
28.	1	1	0	0	1	1	1	1	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	9

Skor Tahapan Respon Psikologis responden menjawab "ya" = 1
 Responden menjawab "tidak" = 0
 Kategori rentang respon keluarga
 0 - 10 = Mal adaptif
 11 - 24 = Adaptif

HASIL OBSERVASI

Resp Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Jml	14	8	9	9	9	12	8	6	9	9	9	5	8	4	8	10	11	12	13	13	13	13	13	14	14	14	14	14	14	14

Rentang Kategori Dukungan
Therapeutik :
Nilai 1 - 7 = Dukungan kurang
Nilai 8 - 14 = Dukungan Baik

Lampiran 4
Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Tolak*dukungan	30	100,0%	0	0%	30	100,0%

Tolak * Dukungan Crosstabulation

		Dukungan		Total
		Baik	T. baik	
Tolak	Count	22	73	30
	Expected count	22.0	73.0	30.0
	% of Total	73.0%	27.0%	100%

Chi Square Test

	Value	df	Asymp. Sig (2-sided)
Pearson Chi-Square	0,546 ^a	3	.09
Likelihood Ratio	0,249	3	.045
Linear-by-Linear Association	.030	1	.027
N of Valid cases	30		

a. 6 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .41

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
marah*dukungan	30	100,0%	0	0%	30	100,0%

Marah * Dukungan Crosstabulation

		Dukungan		Total
		Baik	t. baik	
Marah	Count	19	11	30
	Expected count	19.0	11.0	30.0
	% of Total	63.0 %	37.0%	100.0%

Chi Square Test

	Value	df	Asymp. Sig (2-sided)
Pearson Chi-Square	0,725 ^a	3	.000
Likelihood Ratio	0.119	3	.000
Linear-by-Linear Association	.097	1	.120
N of Valid cases	30		

a. 6 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Tawar* Dukungan	30	100,0 %	0	0%	30	100,0%

Tawar* Dukungan Crosstabulation

		Dukungan		Total
		Baik	t. baik	
Tawar	Count	0	30	30
	Expected count	0.0	30,0	30.0
	% of Total	0,0%	100,0%	100%

Chi Square Test

	value	df	Asymp. Sig (2-sided)
Pearson Chi-Square	0,577 ^a	3	.009
Likelihood Ratio	0.992	3	.079
Linear-by-Linear Association	.470	1	.552
N of Valid cases	30		

a. 6 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .14

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Depresi*dukungan	30	100,0%	0	0%	30	100,0%

Depresi * Dukungan Crosstabulation

		Dukungan		Total
		baik	t. baik	
Depresi	Count	5	25	30
	Expected count	5.0	25.0	30.0
	% of Total	17.0%	83.0%	100%

Chi Square Test

	Value	df	Asymp. Sig (2-sided)
Pearson Chi-Square	0.506 ^a	3	.004
Likelihood Ratio	0,249	3	.300
Linear-by-Linear Association	.227	1	.211
N of Valid cases	30		

a. 6 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .41

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Terima*Dukungan	30	100,0%	0	0%	30	100,0%

Terima* Dukungan Crosstabulation

		Dukungan		Total
		Baik	t. baik	
Terima	Count	0	30	30
	Expected count	0.0	30.0	30.0
	% of Total	0,0%	100.0	100,0%

Chi Square Test

	Value	df	Asymp. Sig (2-sided)
Pearson Chi-Square	0,577 ^a	3	.0001
Likelihood Ratio	0,249	3	0,341
Linear-by-Linear Association	.307	1	.442
N of Valid cases	30		

a. 6 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .21

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Respon*dukungan	30	100,0%	0	0%	30	100,0%

Respon * Dukungan Crosstabulation

		Dukungan		Total
		Baik	T. baik	
Respon	Count	1	29	30
	Expected count	1.0	29.0	30.0
	% of Total	3.0%	97.0%	100.0%

Chi square test

	Value	df	Asymp.sig (2-sided)
Pearson chi-square	0,577 ^a	3	.002
Likelihood Ratio	0,249	3	.045
Linear-by-Linear Association	.030	1	.027
N of valid cases	30		

a. 6 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .41

Frequencies

STATISTICS							
		TOLAK	MARAH	TAWAR MENAWAR	DEPRESI	PSIKIS	DUKUNGAN
N	VALID	30	30	30	30	30	30
	MISSING	0	0	0	0	0	0

Frequency Table

MENOLAK					
		Frequency	Persent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	0	7	23,3	23,3	23,3
	2	3	10	10	33,3
	4	18	60	60	93,3
	5	2	6,7	6,7	100,0
	TOTAL	30	100	100	

MARAH					
		Frequency	Persent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	0	3	10	10	10
	1	8	26,7	26,7	36,7
	2	18	60	60	96,7
	4	1	3,3	3,3	100,0
	TOTAL	30	100	100	

TAWAR MENAWAR					
		Frequency	Persent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	0	12	40	40	40
	1	18	60	60	100
	TOTAL	30	100	100	

DEPRESI					
		Frequency	Persent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	0	11	36,7	36,7	36,7
	1	2	6,7	6,7	43,4
	2	12	40	40	83,4
	3	4	13,3	13,3	96,7
	4	1	3,3	3,3	100,0
	TOTAL	30	100	100	

MENERIMA					
		Frequency	Persent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	0	10	33,3	33,3	33,3
	1	14	46,7	46,7	80
	2	6	20	20	100
	TOTAL	30	100	100	

PSIKIS					
		Frequency	Persent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	0	10	33,3	33,3	33,3
	1	14	46,7	46,7	80
	2	6	20	20	100
	TOTAL	30	100	100	

DUKUNGAN THERAPEUTIK

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 4	1	3.3	3.3	3.3
5	1	3.3	3.3	3.3
6	1	3.3	3.3	10.0
8	4	13.3	13.3	23.3
9	6	20.0	20.0	43.3
10	1	3.3	3.3	46.7
11	1	3.3	3.3	50.0
12	2	6.7	6.7	56.7
13	5	16.7	16.7	73.3
14	8	26.7	26.7	100.0
Total	30	100.0	100.0	



DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEDOKTERAN

PROGRAM STUDI D.IV PERAWAT PENDIDIK
Jalan Mayjen Prof. Dr. Moestopo 47 Surabaya Facs : 5022472
Tilp. (031) 5012496 - 5020251 - 5030252 - 5030253 Kode Pos : 60131

Surabaya,

Nomor : 1984/JO3.1.17/D-IV & PSIK/2002
Lampiran : 1 (satu) Berkas.
Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Pengumpulan Data
Mahasiswa DIV Perawat Pendidik - FK UNAIR

Kepada Yth. :

Di -
Tempat.

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi DIV Perawat Pendidik Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini untuk mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun proposal penelitian terlampir.

Nama : EKA RUDY PURWANA
NIM : 210110357 R
Judul Penelitian : Hubungan Respon Keluarga dan Dukungan Terapeutik
pada Perawatan Klien dengan Ketergantungan NAPZA
Tempat : RSJ. Radjiman Widiyodiningrat Lawang

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

a.n. Ketua Program
Pembantu Ketua I


Nursalam Muurs (Hons)
NIP. : 140 238 226

embasan :

DEPARTEMEN KESEHATAN R.I.
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN MEDIK
RSJ. Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG
Jl. A.Yani (0341) 429067 Fax. 0341 - 425636 Lawang

78

or : DL.02.02.8.1.0262 Lawang, 28 Januari 2003.
 Diran : -
 al : Pemohonan Bantuan Fasilitas Pengumpulan Data

Kepada Yth.

Ketua Prodi Ilmu Keperawatan FK. Unair.Surabaya

Jl. Mayjen. Prof. Dr. Soetopo 47 Surabaya.

Telp.031-5012496,502025,5030252,5030253 - Fax. 5022472

SURABAYA.

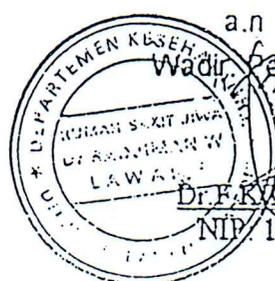
Sehubungan dengan surat Saudara Nomor : 1914/J03.1.17/D.IV&PSIK/2003, dan nomor : 1952/ J03.1.17/D.IV&PSIK/2003 perihal sebagaimana dimaksud pada pokok surat, dengan ini disampaikan bahwa kami dapat menerima Mahasiswa Saudara an :

1.Nama : EKA RUDY PURWANA
 Nim : 010110357 R
 Judul Penelitian : Hubungan Respon Klien dan Dukungan Terapiutik Pada Perawatan Klien dengan Ketergantungan NAPZA Di Rumah Skit Radjiman Widiodiningrat Lawang

Adapun ketentuan yang harus dipenuhi adalah sbb.,

1. Sanggup mentaati peraturan dan tata tertib Rumah Sakit Jiwa Dr.Radjiman Wediodiningrat Lawang.
2. Memenuhi persyaratan administrasi yang ditentukan.
3. Mengirimkan satu Exp. Hasil penelitian ke RSJ.Dr.Radjiman W. Lawang.
4. Tehnis dan administrasi, Saudara dapat berhubungan dengan Sekreteris Tim Diklat. (Sdr. Drs. H. Machfud).

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

a.n Direktur
 Wadir. Pelayanan Medik.

 Dr. F. KANTONO Sp.KI.
 NIP. 140. 119 270

mbusan : dikirimkan kepada Yth.

1. Wadir.Yan.Medik.
2. Ka.Tim.Diklat.
3. Saudara Ybs.
4. Asisten

SKRIPSI

HUBUNGAN RESPON KELUARGA ...

EKA RUDY PURWANA

LEMBAR KONSULTASI

NAMA : EKA RUDY PURWANA
NIM : 010110357 R
JUDUL : HUBUNGAN RESPON KELUARGA DENGAN DUKUNGAN
TERAPIUTIK PADA PERAWATAN KLIEN DENGAN
KETERGANTUNGAN NAPZA DI RSJ DR. RADJIMAN
WIDIODININGRAT LAWANG

TANGGAL KONSULTASI	NAMA PEMBIMBING	REVISI	TANDA TANGAN