



TESIS

**PENGARUH IMPLEMENTASI TERAPI REALITAS -TASK CENTERED
(TIREC) DALAM MENURUNKAN *IRRATIONAL BELIEFS* KORBAN
PENYALAHGUNAAN NAPZA
DI YAYASAN GRAPIKS**

Diajukan untuk memenuhi persyaratan memperoleh gelar Magister Terapan Pekerjaan Sosial (M.Tr.Sos)

DOSEN PEMBIMBING :
Admiral Nelson Aritonang, PhD
Dr. Ayi Haryani, M.Pd

Oleh:
RANDY WIGUNA SUDRAJAT
NRP. 21.01.018

**PROGRAM STUDI PEKERJAAN SOSIAL MAGISTER TERAPAN
POLITEKNIK KESEJAHTERAAN SOSIAL
BANDUNG
2023**

**PENGARUH IMPLEMENTASI TERAPI REALITAS -TASK CENTERED
(TIREC) DALAM MENURUNKAN *IRRATIONAL BELIEFS* KORBAN
PENYALAHGUNAAN NAPZA
DI YAYASAN GRAPIKS**

Oleh:

RANDY WIGUNA SUDRAJAT

NRP. 21.01.018

Tesis ini telah diuji dan dinyatakan lulus
Pada tanggal 24 Agustus 2023

Pembimbing,

Admiral Nelson Aritonang, PhD

Dr. Ayi Haryani, M.Pd

Mengetahui,

Direktur Poltekesos Bandung

Ketua Program Studi
Pekerjaan Sosial
Program Magister Terapan

Dr. Marjuki, M.Sc.
NIP. 19601010 198603 1 010

Dwi Yuliani, M.Si.,Ph.D
NIP. 19630710 198810 2001

LEMBAR PERSEMBAHAN

“Guru spiritual adalah realitas dan guru realitas adalah spiritualitas, peran agama sesungguhnya membuat kita sadar akan fakta bahwa diri ini bagian dari umat manusia dan alam semesta sehingga kemajemukan harus dapat diterima tanpa adanya perbedaan”

“Dengan Dzikir kita beretika, dengan Fikir kita berdialektika, dengan Amal Shaleh kita berderma”

Dengan ridha Allah SWT

Tesis ini saya persembahkan untuk kedua orangtua tercinta

Ayahanda Achmad Sudrajat, Ibunda Erna Desnawati

Istriku sang Bidadari Julia Biantika

Serta Anakku Semangat hidupku Khofifah Arisha Wiguna

Atas do'a restu, dukungan baik secara moril maupun material yang tiada henti sehingga mengalir kekuatan yang begitu paripurna kepada saya dalam menyelesaikan pendidikan di Politeknik Kesejahteraan Sosial Bandung.

haqul yaqin

Tanpa doa, dorongan, dan dukungan yang telah kalian berikan selama ini kepada saya apalah jadinya saya.

Mohon maaf atas segala kekurangan dan kesalahan saya selama proses ini, dengan ini Saya akan melakukan yang terbaik untuk setiap kepercayaan yang diberikan. Saya akan tumbuh untuk menjadi yang terbaik sekuat tenaga karena hakikatnya semua ini akan terbalaskan dengan membahagiakan kalian semua

PERNYATAAN TIDAK MELAKUKAN PLAGIAT

Dengan ini saya menyatakan, bahwa Tesis yang berjudul “**Pengaruh Implementasi Terapi Realitas – *Task Centered* (TIREC) Dalam Menurunkan *Irrational beliefs* Korban Penyalahgunaan NAPZA di Yayasan Grapiks**” adalah tesis saya sendiri. Karya ini belum dipublikasikan dalam bentuk apapun kepada perguruan tinggi atau lembaga lain manapun. Sumber informasi yang berasal atau dikutip secara langsung maupun tidak langsung dari penulis lain dalam karya yang dipublikasikan maupun tidak, telah disebutkan dalam teks dan dicantumkan dalam daftar pustaka di bagian akhir tesis ini.

Bandung, Agustus 2023
Penyusun

Randy Wiguna Sudrajat
NRP. 21.01.018

ABSTRACT

RANDY WIGUNA SUDRAJAT. 21.01.018. *The Effect of Implementation Reality Therapy – Task Centered (TIREC) in Reducing Irrational Beliefs of Victims of Drug Abuse at the Grapiks Foundation. Guided by: ADMIRAL NELSON ARITONANG dan AYI HARYANI*

Development of Reality therapy is designed by adding a task centered model as a result of engineering psychosocial therapy. This study aims to analyze the effect of the implementation of Reality Therapy – Task Centered (Tirec) in reducing irrational beliefs of victims of drug abuse at the Grapiks Foundation. The focus of intervention in this study is related to reducing irrational beliefs through the administration of reality therapy - task centered with cognitive aspects of want something to happen with absolute demands, hyperbolic, negatively evaluates himself when his desires are not fulfilled, and demanding of himself so he does not experience uncomfortable conditions. The research method used is quantitative research using a single subject design (SSD). The research model used is A-B-A that occurs from three phases including: phase A1 (baseline), phase B (intervention), phase A2 (after intervention). The instruments used are the irrational beliefs and the recording sheet of behavioral observations. Data collection techniques used include observation, questionnaires, and documentation studies. The data obtained are analyzed using descriptive statistics and graphs of measurement results. The results of the study before the intervention and after the intervention there is a decrease in the frequency of irrational beliefs of victims of drug abuse. This is evidenced by the results of data analysis in conditions and between conditions that indicate an estimated decrease in direction trend, decreased data traces, decreased levels of change, and smaller overlap data. Then reinforced by the measurement results using a questionnaire that shows a significant decrease in scores. In the measurement of the baseline A1 phase, the scores of the three subjects is at a high level of irrational beliefs. Then in the baseline A2 phase or after the intervention, the scores shows the three subjects are at a low level of irrational beliefs. Based on the results of the study showed the implementation of the development of reality therapy - task centered effectively in reducing irrational beliefs of victims of drug abuse at the Grapiks Foundation, Bandung Regency.

Keywords: Irrational beliefs, Victims of Drug Abuse, Tirec

ABSTRAK

RANDY WIGUNA SUDRAJAT. 21.01.018. Pengaruh Implementasi Terapi Realitas – *Task Centered* (TIREC) Dalam Menurunkan *Irrational beliefs* Korban Penyalahgunaan NAPZA di Yayasan Grapiks. Dosen Pembimbing: ADMIRAL NELSON ARITONANG dan AYI HARYANI

Pengembangan terapi Realitas didesain dengan menambahkan model *task centered* sebagai hasil rekayasa terapi psikososial. Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji pengaruh implementasi Terapi Realitas – *Task Centered* (Tirec) dalam menurunkan *irrational beliefs* korban penyalahgunaan NAPZA di Yayasan Grapiks. Fokus intervensi dalam penelitian ini yaitu terkait penurunan *irrational beliefs* melalui pemberian terapi realitas – *task centered* dengan tolak ukur aspek kognitif menginginkan agar sesuatu terjadi dengan tuntutan yang absolut, hiperbolis, menilai negatif terhadap dirinya sendiri saat keinginannya tidak terpenuhi, dan menuntut terhadap dirinya sendiri agar dirinya tidak mengalami kondisi yang tidak nyaman. Pendekatan penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan menggunakan *Single Subject Design* (SSD). Model penelitian yang digunakan yaitu A-B-A yang terjadi dari tiga fase antara lain: Fase A1 (*baseline*), Fase B (Intervensi), Fase A2 (setelah intervensi). Instrumen yang digunakan yaitu kuesioner *irrational beliefs* dan lembaran pencatatan observasi. Teknik pengumpulan data yang digunakan antara lain observasi, kuesioner, dan studi dokumentasi. Data yang diperoleh dianalisis menggunakan statistik deskriptif dan grafik hasil pengukuran. Hasil penelitian sebelum intervensi dan setelah intervensi terjadi penurunan tingkat *irrational beliefs* korban penyalahgunaan NAPZA. Hal tersebut dibuktikan oleh hasil analisis data dalam kondisi dan antar kondisi yang menunjukkan estimasi kecenderungan arah yang menurun, jejak data yang menurun, level perubahan yang menurun, dan data overlap yang semakin kecil. Kemudian diperkuat dengan hasil pengukuran dengan menggunakan kuesioner yang menunjukkan penurunan skor yang cukup signifikan. Pada pengukuran fase *baseline* A1, skor ketiga subjek berada pada tingkat *irrational beliefs* yang tinggi. kemudian pada fase *baseline* A2 atau setelah intervensi, skor menunjukkan ketiga subjek berada pada tingkat *irrational beliefs* yang rendah. Berdasarkan hasil penelitian tersebut menunjukkan implementasi pengembangan terapi realitas – *task centered* efektif dalam menurunkan *irrational beliefs* korban penyalahgunaan NAPZA di Yayasan Grapiks Kabupaten Bandung.

Kata Kunci: *Irrational beliefs*, Korban Penyalagunaan NAPZA, Tirec

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur senantiasa penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas berkah, nikmat iman dan islam serta rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “Pengaruh Implementasi Terapi Realitas – Task Centered (TIREC) Dalam Menurunkan *Irrational beliefs* Korban Penyalahgunaan NAPZA di Yayasan Grapiks”.

Dibalik setiap data, kata, dan tulisan akan selalu ada orang-orang luar biasa. Penulis menyadari bahwa tesis ini dapat selesai berkat bantuan dari berbagai pihak, terkhusus kepada kedua orang tua dan saudara-saudara saya haturkan terimakasih dan ucapan cinta yang tulus serta tak terhingga atas doa restu, dukungan baik secara moril maupun material bagi penulis dalam mengemban amanah pendidikan di Politeknik Kesejahteraan Sosial Bandung. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat:

1. Dr. Marjuki, M.Sc., selaku Direktur Politeknik Kesejahteraan Sosial Bandung.
2. Dwi Yuliani, M.Si, Ph.D, selaku ketua Prodi Magister Terapan Politeknik Kesejahteraan Sosial Bandung.
3. Admiral Nelson Aritonang, Ph.D dan Dr. Ayi Haryani, M.Pd., selaku dosen pembimbing sekaligus tokoh inspiratif yang senantiasa membimbing dengan penuh ketulusan, keikhlasan, serta memberikan arahan, dukungan, dan ilmu yang sangat bermanfaat bagi peneliti, sehingga peneliti dapat menyelesaikan penelitian ini dengan baik.

4. Seluruh Bapak dan Ibu dosen Magister Terapan Politeknik Kesejahteraan Sosial Bandung yang telah membimbing dan membagikan ilmunya yang sangat bermanfaat selama proses perkuliahan di kelas
5. Seluruh jajaran Grapiks yang telah memberikan banyak informasi, senantiasa bekerjasama dengan penuh ketulusan dan keikhlasan.

Semoga tesis ini dapat bermanfaat baik bagi peneliti maupun bagi pihak lain yang membacanya.

Bandung, Agustus 2023

Randy Wiguna Sudrajat
NRP. 21.01.018

DAFTAR ISI

	Halaman
LEMBAR PENGESAHAN.....	i
LEMBAR PERSEMBAHAN.....	ii
PERNYATAAN TIDAK MELAKUKAN PLAGIAT.....	iii
ABSTRACT.....	iv
ABSTRAK.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR MATRIKS.....	x
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GRAFIK.....	xvi
DAFTAR GAMBAR.....	xviii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah Penelitian.....	5
1.3 Hipotesis Penelitian.....	6
1.4 Tujuan.....	6
1.5 Manfaat.....	7
BAB II KAJIAN LITERATUR.....	8
2.1. Penelitian Terdahulu.....	8
2.2. Kajian Tentang NAPZA.....	13
2.3. Kajian Tentang <i>Irrational Beliefs</i>	23
2.4. Kajian Tentang Terapi Realitas.....	27
2.5. Kajian Tentang <i>Task Centered</i>	32
BAB III METODE PENELITIAN.....	39
3.1 Desain Penelitian.....	39
3.2 Definisi Operasional.....	42
3.3 Pemilihan Subjek Penelitian.....	43
3.4 Alat ukur penelitian.....	43
3.5 Uji Validitas dan Reliabilitas.....	44
3.6 Teknik Pengumpulan Data.....	47
3.7 Teknik Analisis Data.....	47
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	51
4.1 Profil Lokasi Penelitian.....	51

4.2	Hasil Penelitian.....	54
4.3	Pembahasan.....	159
BAB V IMPLIKASI HASIL PENELITIAN.....		166
5.1	Implikasi Teoritis.....	166
5.2	Implikasi Praktis.....	168
5.3	Konseptualisasi Model.....	169
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN.....		180
6.1	Kesimpulan.....	180
6.2	Saran.....	187
DAFTAR PUSTAKA.....		189
RIWAYAT HIDUP.....		192
LAMPIRAN.....		193

DAFTAR MATRIKS

	Halaman
Matriks 2. 1 Kajian Tentang Hasil Penelitian Terdahulu.....	12

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3. 1 Hasil Observasi Uji Reliabilitas Kognitif menginginkan agar sesuatu terjadi dengan tuntutan yang absolut.....	45
Tabel 3. 2 Hasil Observasi Uji Reliabilitas Kognitif Hiperbolis.....	45
Tabel 3. 3 Hasil Observasi Uji Reliabilitas Kognitif menilai negatif terhadap dirinya sendiri saat keinginannya tidak terpenuhi.....	46
Tabel 3. 4 Hasil Observasi Uji Reliabilitas Kognitif menuntut terhadap dirinya sendiri agar dirinya tidak mengalami kondisi yang tidak nyaman...	46
Tabel 4.1 Identitas Subjek YD.....	54
Tabel 4.2 Identitas Keluarga Subjek YD.....	54
Tabel 4.3 Riwayat Penggunaan NAPZA Subjek YD.....	57
Tabel 4.4 Skala Interval Kategori <i>Irrational beliefs</i>	58
Tabel 4. 5 Data Hasil Observasi Kondisi <i>Baseline</i> 1 Menginginkan Agar Sesuatu terjadi dengan tuntutan yang Absolut Subjek YD.....	59
Tabel 4. 6 Data Hasil Observasi Kondisi <i>Baseline</i> 1 Hiperbolis Subjek YD....	61
Tabel 4. 7 Data Hasil Observasi Kondisi <i>Baseline</i> 1 Menilai Negatif terhadap Dirinya Sendiri saat Keinginannya Tidak Terpenuhi Subjek YD	62
Tabel 4. 8 Data Hasil Observasi Kondisi <i>Baseline</i> 1 Menuntut Terhadap Dirinya Sendiri Agar Dirinya Tidak Mengalami Kondisi yang Tidak Nyaman Subjek YD.....	63
Tabel 4. 9 Identitas Subjek DA.....	64
Tabel 4. 10 Identitas Keluarga Subjek DA.....	65
Tabel 4. 11 Riwayat Penggunaan NAPZA Subjek DA.....	66
Tabel 4. 12 Skala Interval Kategori <i>Irrational beliefs</i>	67
Tabel 4. 13 Data Hasil Observasi Kondisi <i>Baseline</i> 1 Menginginkan Agar Sesuatu terjadi dengan tuntutan yang Absolut Subjek DA.....	68
Tabel 4. 14 Data Hasil Observasi Kondisi <i>Baseline</i> 1 Hiperbolis Subjek DA....	69
Tabel 4. 15 Data Hasil Observasi Kondisi <i>Baseline</i> 1 Menilai Negatif terhadap Dirinya Sendiri saat Keinginannya Tidak Terpenuhi Subjek DA....	71
Tabel 4. 16 Data Hasil Observasi Kondisi <i>Baseline</i> 1 Menuntut Terhadap Dirinya	

Sendiri Agar Dirinya Tidak Mengalami Kondisi yang Tidak Nyaman Subjek DA.....	72
Tabel 4. 17 Identitas Subjek JD.....	73
Tabel 4. 18 Identitas Keluarga Subjek JD.....	74
Tabel 4. 19 Riwayat Penggunaan NAPZA Subjek JD.....	75
Tabel 4. 20 Skala Interval Kategori <i>Irrational beliefs</i>	76
Tabel 4. 21 Data Hasil Observasi Kondisi <i>Baseline 1</i> Menginginkan Agar Sesuatu terjadi dengan tuntutan yang Absolut Subjek JD.....	77
Tabel 4. 22 Data Hasil Observasi Kondisi <i>Baseline 1</i> Hiperbolis Subjek JD	79
Tabel 4. 23 Data Hasil Observasi Kondisi <i>Baseline 1</i> Menilai Negatif terhadap Dirinya Sendiri saat Keinginannya Tidak Terpenuhi Subjek JD	80
Tabel 4. 24 Data Hasil Observasi Kondisi <i>Baseline 1</i> Menuntut Terhadap Dirinya Sendiri Agar Dirinya Tidak Mengalami Kondisi yang Tidak Nyaman Subjek JD.....	81
Tabel 4. 25 Data Hasil Observasi Kondisi intervensi Menginginkan Agar Sesuatu terjadi dengan tuntutan yang Absolut Subjek YD.....	82
Tabel 4. 26 Data Hasil Observasi Kondisi intervensi Hiperbolis Subjek YD	84
Tabel 4. 27 Data Hasil Observasi Kondisi intervensi Menilai Negatif terhadap Dirinya Sendiri saat Keinginannya Tidak Terpenuhi Subjek YD	85
Tabel 4. 28 Data Hasil Observasi Kondisi intervensi Menuntut Terhadap Dirinya Sendiri Agar Dirinya Tidak Mengalami Kondisi yang Tidak Nyaman Subjek YD.....	86
Tabel 4. 29 Data Hasil Observasi Kondisi intervensi Menginginkan Agar Sesuatu terjadi dengan tuntutan yang Absolut Subjek DA.....	88
Tabel 4. 30 Data Hasil Observasi Kondisi intervensi Hiperbolis Subjek DA	89
Tabel 4. 31 Data Hasil Observasi Kondisi intervensi Menilai Negatif terhadap Dirinya Sendiri saat Keinginannya Tidak Terpenuhi.....	91
Tabel 4. 32 Data Hasil Observasi Kondisi intervensi Menuntut Terhadap Dirinya Sendiri Agar Dirinya Tidak Mengalami Kondisi yang Tidak Nyaman Subjek DA.....	92
Tabel 4. 33 Data Hasil Observasi Kondisi intervensi Menginginkan Agar Sesuatu	

terjadi dengan tuntutan yang Absolut Subjek JD.....	94
Tabel 4. 34 Data Hasil Observasi Kondisi intervensi Hiperbolis Subjek JD	95
Tabel 4. 35 Data Hasil Observasi Kondisi intervensi Menilai Negatif terhadap Dirinya Sendiri saat Keinginannya Tidak Terpenuhi Subjek JD	96
Tabel 4. 36 Data Hasil Observasi Kondisi intervensi Menuntut Terhadap Dirinya Sendiri Agar Dirinya Tidak Mengalami Kondisi yang Tidak Nyaman Subjek JD.....	98
Tabel 4. 37 Data Hasil Observasi Kondisi <i>baseline 2</i> Menginginkan Agar Sesuatu terjadi dengan tuntutan yang Absolut Subjek YD.....	100
Tabel 4. 38 Data Hasil Observasi Kondisi <i>baseline 2</i> Hiperbolis Subjek YD	101
Tabel 4. 39 Data Hasil Observasi Kondisi <i>baseline 2</i> Menilai Negatif terhadap Dirinya Sendiri saat Keinginannya Tidak Terpenuhi.....	102
Tabel 4. 40 Data Hasil Observasi Kondisi <i>baseline 2</i> Menuntut Terhadap Dirinya Sendiri Agar Dirinya Tidak Mengalami Kondisi yang Tidak Nyaman Subjek YD.....	103
Tabel 4. 41 Data Hasil Observasi Kondisi <i>baseline 2</i> Menginginkan Agar Sesuatu terjadi dengan tuntutan yang Absolut Subjek DA.....	105
Tabel 4. 42 Data Hasil Observasi Kondisi <i>baseline 2</i> Hiperbolis Subjek DA	106
Tabel 4. 43 Data Hasil Observasi Kondisi <i>baseline 2</i> Menilai Negatif terhadap Dirinya Sendiri saat Keinginannya Tidak Terpenuhi Subjek DA	107
Tabel 4. 44 Data Hasil Observasi Kondisi <i>baseline 2</i> Menuntut Terhadap Dirinya Sendiri Agar Dirinya Tidak Mengalami Kondisi yang Tidak Nyaman Subjek DA.....	108
Tabel 4. 45 Data Hasil Observasi Kondisi <i>baseline 2</i> Menginginkan Agar Sesuatu terjadi dengan tuntutan yang Absolut Subjek JD.....	110
Tabel 4. 46 Data Hasil Observasi Kondisi <i>baseline 2</i> Hiperbolis Subjek JD	111
Tabel 4. 47 Data Hasil Observasi Kondisi <i>baseline 2</i> Menilai Negatif terhadap Dirinya Sendiri saat Keinginannya Tidak Terpenuhi Subjek JD	112
Tabel 4. 48 Data Hasil Observasi Kondisi <i>baseline 2</i> Menuntut Terhadap Dirinya Sendiri Agar Dirinya Tidak Mengalami Kondisi yang Tidak Nyaman Subjek JD.....	113

Tabel 4. 49 Analisis Dalam Kondisi Subjek YD <i>Baseline 1</i> , Intervensi, dan <i>Baseline 2</i> aspek kognitif Menginginkan Agar Sesuatu terjadi dengan tuntutan yang Absolut.....	118
Tabel 4. 50 Analisis Dalam Kondisi Subjek YD <i>Baseline 1</i> , Intervensi, dan <i>Baseline 2</i> aspek kognitif Hiperbolis.....	119
Tabel 4. 51 Analisis Dalam Kondisi Subjek YD <i>Baseline 1</i> , Intervensi, dan <i>Baseline 2</i> aspek kognitif Menilai Negatif terhadap Dirinya Sendiri saat Keinginannya Tidak Terpenuhi.....	121
Tabel 4. 52 Analisis Dalam Kondisi Subjek YD <i>Baseline 1</i> , Intervensi, dan <i>Baseline 2</i> aspek kognitif Menuntut Terhadap Dirinya Sendiri Agar Dirinya tidak Mengalami Kondisi yang Tidak Nyaman.....	123
Tabel 4. 53 Analisis Antar Kondisi Subjek YD aspek kognitif Menginginkan Agar Sesuatu terjadi dengan tuntutan yang Absolut.....	124
Tabel 4. 54 Analisis Antar Kondisi Subjek YD aspek kognitif Hiperbolis	126
Tabel 4. 55 Analisis Antar Kondisi Subjek YD aspek kognitif Menilai Negatif terhadap Dirinya Sendiri saat Keinginannya Tidak Terpenuhi	127
Tabel 4. 56 Analisis Antar Kondisi Subjek YD aspek kognitif Menuntut Terhadap Dirinya Sendiri Agar Dirinya tidak Mengalami Kondisi yang Tidak Nyaman.....	128
Tabel 4. 57 Analisis Dalam Kondisi Subjek DA <i>Baseline 1</i> , Intervensi, dan <i>Baseline 2</i> aspek kognitif Menginginkan Agar Sesuatu terjadi dengan tuntutan yang Absolut.....	133
Tabel 4. 58 Analisis Dalam Kondisi Subjek DA <i>Baseline 1</i> , Intervensi, dan <i>Baseline 2</i> aspek kognitif Hiperbolis.....	135
Tabel 4. 59 Analisis Dalam Kondisi Subjek DA <i>Baseline 1</i> , Intervensi, dan <i>Baseline 2</i> aspek kognitif Menilai Negatif terhadap Dirinya Sendiri saat Keinginannya Tidak Terpenuhi.....	136
Tabel 4. 60 Analisis Dalam Kondisi Subjek DA <i>Baseline 1</i> , Intervensi, dan <i>Baseline 2</i> aspek kognitif Menuntut Terhadap Dirinya Sendiri Agar Dirinya tidak Mengalami Kondisi yang Tidak Nyaman.....	138
Tabel 4. 61 Analisis Antar Kondisi Subjek DA aspek kognitif Menginginkan Agar	

	Sesuatu terjadi dengan tuntutan yang Absolut.....	139
Tabel 4. 62	Analisis Antar Kondisi Subjek DA aspek kognitif Hiperbolis	141
Tabel 4. 63	Analisis Antar Kondisi Subjek DA aspek kognitif Menilai Negatif terhadap Dirinya Sendiri saat Keinginannya Tidak Terpenuhi	142
Tabel 4. 64	Analisis Antar Kondisi Subjek DA aspek kognitif Menuntut Terhadap Dirinya Sendiri Agar Dirinya tidak Mengalami Kondisi yang Tidak Nyaman.....	143
Tabel 4. 65	Analisis Dalam Kondisi Subjek JD <i>Baseline 1</i> , Intervensi, dan <i>Baseline 2</i> aspek kognitif Menginginkan Agar Sesuatu terjadi dengan tuntutan yang Absolut.....	148
Tabel 4. 66	Analisis Dalam Kondisi Subjek JD <i>Baseline 1</i> , Intervensi, dan <i>Baseline 2</i> aspek kognitif Hiperbolis.....	149
Tabel 4. 67	Analisis Dalam Kondisi Subjek JD <i>Baseline 1</i> , Intervensi, dan <i>Baseline 2</i> aspek kognitif Menilai Negatif terhadap Dirinya Sendiri saat Keinginannya Tidak Terpenuhi.....	151
Tabel 4. 68	Analisis Dalam Kondisi Subjek JD <i>Baseline 1</i> , Intervensi, dan <i>Baseline 2</i> aspek kognitif Menuntut Terhadap Dirinya Sendiri Agar Dirinya tidak Mengalami Kondisi yang Tidak Nyaman.....	153
Tabel 4. 69	Analisis Antar Kondisi Subjek JD aspek kognitif Menginginkan Agar Sesuatu terjadi dengan tuntutan yang Absolut.....	154
Tabel 4. 70	Analisis Antar Kondisi Subjek JD aspek kognitif Hiperbolis	156
Tabel 4. 71	Analisis Antar Kondisi Subjek JD aspek kognitif Menilai Negatif terhadap Dirinya Sendiri saat Keinginannya Tidak Terpenuhi	157
Tabel 4. 72	Analisis Antar Kondisi Subjek JD aspek kognitif Menuntut Terhadap Dirinya Sendiri Agar Dirinya tidak Mengalami Kondisi yang Tidak Nyaman.....	158
Tabel 4. 73	Analisis Hasil Target Aspek Kognitif Subjek Penelitian.....	15664
Tabel 5. 1	Analisis SWOT Terapi Realitas – Task Centered.....	178

DAFTAR GRAFIK

	Halaman
Grafik 4. 1 Hasil Kuesioner Subjek YD kondisi <i>baseline</i> (A1).....	59
Grafik 4. 2 Kondisi <i>Baseline</i> 1 (A1) Subjek YD.....	64
Grafik 4. 3 Hasil Kuesioner Subjek DA kondisi <i>baseline</i> (A1).....	68
Grafik 4. 4 Kondisi <i>Baseline</i> 1 (A1) Subjek DA.....	73
Grafik 4. 5 Hasil Kuesioner Subjek JD kondisi <i>baseline</i> (A1).....	77
Grafik 4. 6 Kondisi <i>Baseline</i> 1 (A1) Subjek JD.....	82
Grafik 4. 7 Kondisi Intervensi (B1) Subjek YD.....	87
Grafik 4. 8 Kondisi Intervensi (B1) Subjek DA.....	93
Grafik 4. 9 Kondisi Intervensi (B1) Subjek JD.....	99
Grafik 4. 10 Kondisi <i>Baseline</i> 2 (A2) Subjek YD.....	103
Grafik 4. 11 Hasil Kuesioner Subjek YD kondisi <i>baseline</i> (A2).....	104
Grafik 4. 12 Kondisi <i>Baseline</i> 2 (A2) Subjek DA.....	108
Grafik 4. 13 Hasil Kuesioner Subjek DA kondisi <i>baseline</i> (A2).....	109
Grafik 4. 14 Kondisi <i>Baseline</i> 2 (A2) Subjek JD.....	113
Grafik 4. 15 Hasil Kuesioner Subjek JD kondisi <i>baseline</i> (A2).....	114
Grafik 4. 16 Kognitif Menginginkan Agar Sesuatu terjadi dengan tuntutan yang Kaku dan Absolut subjek YD.....	115
Grafik 4. 17 Grafiks Kognitif Hiperbolis subjek YD.....	116
Grafik 4. 18 Kognitif Menilai Negatif Terhadap Dirinya Sendiri Saat Keinginannya Tidak Terpenuhi subjek YD.....	116
Grafik 4. 19 Kognitif Menuntut Terhadap Dirinya Sendiri Agar Dirinya Tidak Mengalami Kondisi yang Tidak Nyaman subjek YD.....	117
Grafik 4. 20 Kognitif Menginginkan Agar Sesuatu terjadi dengan tuntutan yang Kaku dan Absolut subjek DA.....	130
Grafik 4. 21 Kognitif Hiperbolis subjek DA.....	131
Grafik 4. 22 Kognitif Menilai Negatif Terhadap Dirinya Sendiri Saat Keinginannya Tidak Terpenuhi subjek DA.....	131
Grafik 4. 23 Kognitif Menuntut Terhadap Dirinya Sendiri Agar Dirinya Tidak	

Mengalami Kondisi yang Tidak Nyaman subjek DA.....	132
Grafik 4. 24 Kognitif Menginginkan Agar Sesuatu terjadi dengan tuntutan yang Kaku dan Absolut subjek JD.....	145
Grafik 4. 25 Kognitif Hiperbolis subjek JD.....	146
Grafik 4. 26 Kognitif Menilai Negatif Terhadap Dirinya Sendiri Saat Keinginannya Tidak Terpenuhi subjek JD.....	146
Grafik 4. 27 Kognitif Menuntut Terhadap Dirinya Sendiri Agar Dirinya Tidak Mengalami Kondisi yang Tidak Nyaman subjek JD.....	147

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 3. 1 Desain A-B-A Subjek Tunggal.....	40
Gambar 3. 2 Desain Terapi Realitas – <i>Task Centered</i>	40
Gambar 5. 1 Desain Terapi Sebelum Rekayasa.....	169
Gambar 5. 2 Desain Terapi Hasil Rekayasa.....	170

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Manusia merupakan makhluk yang kompleks dengan berbagai macam kelebihan yang dimilikinya salah satunya yaitu akal dan pikiran, dalam berpikir manusia dapat berpikir secara rasional bahkan tidak rasional sekalipun hal ini sependapat dengan Ellis dalam Sasmita (2015) yang mengatakan bahwa manusia memiliki kemampuan untuk berpikir rasional sekaligus juga berpikir irasional. *Irrational beliefs* merupakan keyakinan atau pemikiran yang tidak masuk nalar logika yang disebabkan oleh gangguan emosional. Ellis dalam Sasmita (2015) berpendapat bahwa *irrational beliefs* merupakan pikiran-pikiran atau ide-ide yang tidak rasional atau tidak logis yang terus menerus diyakini seseorang .

Irrational beliefs merupakan pemikiran negatif yang terus menerus dipikirkan dan muncul ketika seseorang sedang dalam kondisi emosional karena dalam hal ini saling berkaitan antara pemikiran dan keadaan emosi seseorang. Perilaku dan tindakan seseorang pada setiap saat pasti atas respon dari kondisi emosi dan pemikiran seperti yang dikatakan oleh Ellis dalam Sasmita (2015) “ketika seseorang beremosi, ia juga berpikir dan bertindak; ketika seseorang bertindak ia juga berpikir dan beremosi; dan ketika seseorang berpikir ia juga beremosi dan bertindak” *Irrational beliefs* sering dialami oleh individu yang sering mengalami gangguan emosional yang tidak stabil sehingga dalam berpikir seringkali tidak rasional. Gangguan ini mengakibatkan manusia cenderung untuk merusak diri dan menghindari pertumbuhan dan aktualisasi diri. *Irrational beliefs* merupakan suatu

permasalahan sosial yang perlu ditangani oleh tenaga professional seperti terapis atau pekerja sosial (Nugroho, 2019)

Salah satu penerima manfaat yang sering mengalami *irrational beliefs* adalah korban penyalahgunaan NAPZA. Di dalam buku Advokasi pencegahan penyalahgunaan Narkoba (2009) oleh BNN RI menyatakan bahwa penyalahgunaan NAPZA adalah pemakaian obat-obatan atau zat-zat berbahaya dengan tujuan bukan untuk pengobatan dan penelitian serta digunakan tanpa mengikuti aturan serta dosis yang benar.

Irrational beliefs pada korban penyalahgunaan NAPZA berupa gangguan emosional yang dipicu oleh ketidakmampuan dalam mengendalikan diri untuk meluapkan emosi secara positif dan tidak sadar jika meluapkan emosi secara negatif. Menurut Ellis dalam sasmita (2015) menjelaskan bahwa *irrational beliefs* berpengaruh pada perilaku seseorang. Pikiran-pikiran negatif, *irrational* dan cenderung *self-defeating* memunculkan gangguan emosi dan perilaku seseorang. Pengaruh terhadap psikologis ketergantungan NAPZA membuat tidak mampu berpikir dan berperilaku normal. Perasaan, pikiran, dan perilakunya dipengaruhi oleh zat yang dipakai. Beberapa gejala misalnya depresi, paranoid (penuh curiga dan khawatir), percobaan bunuh diri dan melakukan tindak kekerasan. Dorongan atau kebutuhan untuk memakai NAPZA terus menerus, sangat nyata pada pemakai yang sudah kecanduan. Depresi sering muncul akibat rasa bersalah dan putus asa karena kegagalan, ditambah adanya sikap menyalahkan atau menyudutkan dari keluarga. Pemakai sering tidak menyadari rasa nyeri yang dialami karena efek analgesik obat yang dipakai, sehingga pemakaian terus berlanjut ke tingkat risiko

yang lebih parah (Alie, 2004). Sehingga hal ini akan mengantarkan kepada perilaku berpikir dan bertindak berdasarkan kondisi emosi yang tidak stabil sehingga menimbulkan pemikiran yang irasional.

Dalam hal ini, peneliti mengangkat hasil praktikum terapi psikososial yang dijadikan dasar dalam melakukan penelitian terkait *irrational beliefs* korban penyalahgunaan NAPZA di Yayasan Grapiks. Pada saat melakukan praktikum dan melaksanakan assesment kepada korban penyalahgunaan NAPZA YD, DA, dan JD, diketahui mereka berkeyakinan bahwa menggunakan NAPZA adalah cara untuk bertahan hidup dan berkeyakinan bahwa jika tidak menggunakan NAPZA dia tidak dapat beraktivitas seperti biasanya.

Berdasarkan uraian permasalahan di atas, melalui praktikum terapi psikososial, peneliti telah merancang sebuah desain rekayasa teknologi untuk menangani masalah *irrational beliefs* korban penyalahgunaan NAPZA di Yayasan Grapiks Kabupaten Bandung. Yayasan Graha Prima Karya Sejahtera atau yang biasa dikenal dengan nama Yayasan Grapiks merupakan sebuah Yayasan yang berkonsentrasi pada program pemberdayaan anak-anak yang membutuhkan perlindungan khusus, seperti anak korban narkoba, anak jalanan, anak yang dilacurkan, dan anak yang berkonflik dengan hukum di wilayah Bandung dan sekitarnya. Pada tahun 2004, Indonesia mengalami lonjakan penularan HIV-AIDS yang cukup signifikan, dan berdasarkan survey, virus ini lebih banyak ditularkan melalui penggunaan narkoba yang disuntikan. Maka pada bulan Mei 2004, dengan dukungan dari AusAIDS dan IHPCP, Yayasan grapiks mulai berkonsentrasi pada upaya pencegahan HIV-AIDS dikalangan pengguna narkoba suntik. Tahun 2017

Yayasan Grapiks melalui dukungan dana Global Fund dipercaya untuk melakukan proses pemulihan adiksi NAPZA. Kegiatan ini bertujuan ini membantu para korban atau penyalahguna napza agar pulih dari kecanduannya. Tahun 2018, Yayasan Grapiks ditetapkan oleh Kementerian Sosial RI sebagai salah satu **Institusi Penerima Wajib Lapor (IPWL)** bagi para korban penyalahguna NAPZA. Berdasarkan hasil observasi dan wawancara langsung Pekerja Sosial di Yayasan Grapiks di Cileunyi, salah satu layanan yang diberikan kepada penyalahguna NAPZA yaitu terapi psikososial dan religi.

Terapi realitas merupakan terapi yang membantu klien memformulasikan suatu rencana baru, jika rencana lama tidak berjalan dengan baik (Samuel T, Gladding. 2012). Terapi realitas ini memiliki kelebihan untuk mendispute suatu keyakinan yang tidak sesuai dengan realita. Oleh sebab itu, tujuan dari pengembangan terapi ini adalah untuk mendispute *irrational beliefs* korban penyalahgunaan NAPZA yang memiliki keyakinan jika berhenti menggunakan NAPZA dia tidak dapat beraktivitas seperti biasanya dan menepis pemikiran korban penyalahgunaan NAPZA bahwa menggunakan NAPZA merupakan cara untuk bertahan hidup. Kemudian, setelah pemikiran korban penyalahgunaan NAPZA di rekonstruksi berdasarkan realita melalui terapi realitas, maka klien mendapatkan pelayanan terapi Task Centered untuk menguatkan dan mencegah kembalinya *irrational beliefs* tersebut. *Irrational beliefs* merupakan permasalahan kognitif yang tentunya harus mendapatkan layanan yang berkesinambungan.

Model *Task Centered* adalah pendekatan yang optimis dan berorientasi pada kekuatan. Ini menekankan penentuan diri dan menentukan diri dan mendukung

pemberdayaan klien (Rooney, 2010). Pendapat tersebut mengasumsikan bahwa, klien memiliki kemampuan dan kapasitas untuk memperbaiki situasi mereka, dan itu mengacu pada ide pemecahan masalah, sumber daya dan kekuatan mereka. *Task Centered* menganggap bahwa klien menampilkan rasionalitas secara lebih kuat. Praktik perilaku kognitif telah memberi pengaruh pada model *task centered* (Payne, 2014).

Berdasarkan latar belakang permasalahan yang telah diuraikan di atas, maka peneliti memandang perlu melakukan penelitian tentang implementasi pengembangan terapi realitas sebagai hasil rekayasa teknologi terapi psikososial yang telah disusun untuk melihat efektivitas terapi realitas dalam menurunkan *irrational beliefs* korban penyalahguna NAPZA yang sedang mendapatkan pendampingan. Peneliti akan melakukan penelitian tentang “Pengaruh Implementasi Terapi Realitas – *Task Centered* (Tirec) dalam Menurunkan *irrational beliefs* Korban Penyalahgunaan NAPZA di Yayasan Grapiks”.

1.2 Rumusan Masalah Penelitian

Berdasarkan latar belakang masalah yang dipaparkan sebelumnya maka peneliti merumuskan masalah penelitian yakni: "Bagaimana Pengaruh Implementasi Terapi Realitas – *Task Centered* (Tirec) dalam Menurunkan *irrational beliefs* Korban Penyalahgunaan NAPZA di Yayasan Grapiks ?".

Selanjutnya rumusan masalah tersebut diuraikan dalam sub rumusan masalah sebagai berikut:

- 1 Bagaimana *irrational beliefs* korban penyalahguna NAPZA sebelum

implementasi pengembangan terapi realitas-*task centered* (Tirec) di Yayasan Grapiks?

- 2 Bagaimana *irrational beliefs* klien selama implementasi pengembangan terapi realitas-*task centered* (Tirec) di Yayasan Grapiks?
- 3 Bagaimana *irrational beliefs* setelah implementasi Pengembangan terapi realitas task centered (Tirec) di Yayasan Grapiks?
- 4 Apakah ada pengaruh implementasi Terapi Realitas – *Task Centered* (Tirec) dalam menurunkan *irrational beliefs* Korban Penyalahgunaan NAPZA di Yayasan Grapiks?

1.3 Hipotesis Penelitian

H0 : ada pengaruh Implementasi terapi realitas-*task centered* (Tirec) terhadap penurunan *irrational beliefs* korban penyalahgunaan NAPZA di Yayasan Grapiks.

H1: tidak ada pengaruh implementasi terapi realitas-*task centred* (Tirec) terhadap penurunan *irrational beliefs* korban penyalahgunaan NAPZA di Yayasan Grapiks.

1.4 Tujuan

Adapun tujuan dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

- 1 Untuk mengetahui bagaimana pemikiran rasional klien sebelum implementasi terapi realitas-*task centered* (Tirec)
- 2 Untuk mengetahui bagaimana pemikiran rasional klien selama implementai terapi realitas-*task centered* (Tirec)
- 3 Untuk mengetahui bagaimana pemikiran rasional klien setelah implementasi terapi realitas-*task centered* (Tirec)

- 4 Untuk mengetahui bagaimana pengaruh implementasi terapi realitas-*task centered* (Tirec) dalam menurunkan *irrational beliefs* korban penyalahgunaan NAPZA

1.5 Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini secara teoritis diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam pengembangan pengetahuan ilmu pekerjaan sosial khususnya pada profil terapi psikososial ‘yang menghasilkan rekayasa teknologi berupa terapi realitas-*task centered* (tirec) dalam menurunkan *irrational beliefs* pada korban penyalahgunaan NAPZA.

2. Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi secara praktis dalam memberikan kemudahan atau keefektifan pengembangan dan inovasi yang memudahkan para praktisi dalam menganani masalah *irrational beliefs* korban penyalahgunaan NAPZA.

BAB II **KAJIAN LITERATUR**

2.1. Penelitian Terdahulu

Penelitian terdahulu diperoleh dari berbagai referensi untuk menunjukkan bahwa penelitian ini original, unik dan berbeda dengan penelitian terdahulu yang telah dilakukan. Peneliti mencantumkan beberapa hasil penelitian yang relevan dengan judul penelitian yang dilaksanakan tentang Pengaruh Implementasi Terapi Realitas – *Task Centered* (Tirec) dalam Menurunkan *irrational beliefs* Korban Penyalahgunaan NAPZA di Yayasan Grapiks.

2.1.1 Penelitian pertama

Olivia, nelson, dan uke. 2022. *Pengembangan terapi realitas WDEPC+SR dalam mengurangi kecenderungan reelease residen di Yayasan Sekar Mawar*. Politeknik kesejahteraan Bandung

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh terapi realitas WDEPC+SR dalam mengurangi kecenderungan *reelease* residen di Yayasan Sekar Mawar. Tujuan khusus dalam penelitian ini yaitu untuk menganalisis tingkat kecenderungan *reelease* residen sebelum, selama, dan sesudah implementasi terapi realitas WDEPC+SR. Berdasarkan hasil analisis data yang telah dilakukan, maka hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terapi realitas WDEPC+SR berpengaruh dalam mengurangi tingkat kecenderungan *reelease* residen.

Penelitian yang dilakukan oleh peneliti terdahulu pertama berbeda dengan peneliti. Perbedaan tersebut terletak pada fokus penelitian, dimana peneliti terdahulu melakukan penelitian terhadap pengembangan terapi realitas WDEPC+SR dalam mengurangi tingkat kecenderungan *reelease* residen.

Sedangkan, penelitian ini lebih fokus terhadap pengembangan terapi realitas yang dikombinasikan dengan model *task centered* dalam menurunkan *irrational beliefs* korban penyalahgunaan NAPZA. Adapun perbedaan lainnya terletak pada lokasi penelitian, dimana peneliti terdahulu melakukan penelitian di Yayasan Sekar Mawar Lembang, sedangkan penelitian ini berlokasi di Yayasan Grapiks Kabupaten Bandung.

Adapun persamaan peneliti terdahulu pertama dengan penelitian ini adalah menggunakan metode penelitian yang sama yaitu penelitian kuantitatif dengan desain *Single Subject Design* (SSD). Adapun persamaan lainnya adalah menggunakan subjek penelitian yang sama yaitu korban penyalahgunaan NAPZA.

2.1.2 Penelitian terdahulu Kedua

Solichah.2019.*konseling pendekatan terapi realitas untuk mengatasi prokrastinasi akademik*. UIN Maulana Malik Ibrahim Malang

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektifitas konseling dengan pendekatan terapi realitas untuk mengatasi prokrastinasi akademik pada mahasiswa. Adapun hasil penelitiannya menunjukkan bahwa konseling menggunakan pendekatan terapi realitas mampu mengatasi prokrastinasi akademik, dan mampu membentuk perilaku yang lebih aktif pada saat menerima beberapa penugasan.

Penelitian yang dilakukan oleh peneliti terdahulu Kedua berbeda dengan penelitian ini. Perbedaan tersebut terletak pada metode penelitian, dimana peneliti terdahulu menggunakan metode kuantitatif *experimental* dengan desain *single case experiment*. Sedangkan, penelitian ini menggunakan penelitian kuantitatif dengan *Single Subject Design* (SSD). Adapun perbedaan lainnya terletak pada subjek

penelitian, dimana subjek penelitian terdahulu adalah mahasiswa, sedangkan subjek penelitian ini adalah korban penyalahgunaan NAPZA. Adapun perbedaan yang signifikan terlihat dari kebaruan penelitian ini, dimana penelitian ini mengkombinasikan terapi realitas dengan model *task centered*.

Adapun persamaan penelitian terdahulu kedua dengan penelitian ini adalah sama-sama mengimplementasikan terapi realitas..

2.1.3 Penelitian terdahulu Ketiga

Eunike.2017.*Restrukturisasi Academic Irrational beliefs melalui Konseling Kognitif*. Universitas Surabaya.

Penelitian ini bertujuan untuk merekonstruksi *academic irrational beliefs* mahasiswa melalui konseling kognitif dengan teknik *disputing irrational beliefs*. Hasil penelitian berdasarkan data statistik menunjukkan tidak adanya *academic irrational beliefs* pada mahasiswa sebelum dan setelah penerapan intervensi (sig. 0.09). Namun tidak adanya perubahan ini diduga karena sejumlah partisipan yang tergolong minim dengan melihat adanya nilai *effect size* yang besar (0.949). Data kualitatif menunjukkan bahwa intervensi ini mengarahkan kedua partisipan untuk dapat berpikir dan bersikap lebih rasional dalam menjalankan perkuliahannya bahkan setelah proses follow up.

Penelitian yang dilakukan oleh peneliti terdahulu ketiga berbeda dengan penelitian ini. Perbedaan tersebut terletak pada metode penelitian, dimana peneliti terdahulu menggunakan metode penelitian kuantitatif dengan desain *experimental one group pre-test post-test design*. Sedangkan, penelitian ini menggunakan penelitian kuantitatif dengan *Single Subject Design (SSD)*. Perbedaan lainnya

terletak pada subjek penelitian, dimana subjek penelitian terdahulu adalah mahasiswa sedangkan subjek penelitian ini adalah korban penyalahgunaan NAPZA. Adapun perbedaan yang signifikan terlihat dari kebaruan penelitian ini, dimana penelitian ini mengkombinasikan terapi realitas dengan model *task centered*.

Adapun persamaan penelitian terdahulu ketiga dengan penelitian ini adalah sama-sama melakukan penanganan terhadap *irrational beliefs*.

2.1.4 Penelitian terdahulu Keempat

Paska, Dameuli.2022. *Blended Technic Terapi Task Centered dan Token Ekonomi dalam Meningkatkan Keterampilan Sosial Korban Penyalahguna NAPZA*. Politeknik kesejahteraan Bandung

Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh gambaran empiris dan menganalisis karakteristik subjek, kondisi keterampilan komunikasi, sosial interaksi, kerjasama, motivasi subjek setelah menerima *Blended Technic of Therapy Task Center dan Token Economy*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa setelah dilakukan intervensi menggunakan *Task Centered Blended Technic Therapy dan Economic Tokens*, keterampilan sosial ketiga subjek dari fase awal (A1) menunjukkan grafik arah peningkatan hingga Fase Hasil (A2). *Blended Technic of Therapy Task Center dan Token Economy* dapat meningkatkan frekuensi keterampilan sosial penyalahguna narkoba.

Penelitian yang dilakukan oleh peneliti terdahulu keempat berbeda dengan peneliti. Perbedaan tersebut terletak pada fokus penelitian, dimana peneliti terdahulu melakukan penelitian terhadap pengembangan *task – centered*

dikombinasikan dengan token ekonomi dalam meningkatkan keterampilan sosial penyalahguna narkoba. Sedangkan, penelitian ini lebih fokus terhadap pengembangan terapi realitas yang dikombinasikan dengan model *task centered* dalam menurunkan *irrational beliefs* korban penyalahgunaan NAPZA.

Adapun persamaan peneliti terdahulu keempat dengan penelitian ini adalah menggunakan metode penelitian yang sama yaitu penelitian kuantitatif dengan desain *Single Subject Design* (SSD). Adapun persamaan lainnya adalah menggunakan subjek penelitian yang sama yaitu korban penyalahgunaan NAPZA.

Berikut ini ringkas penelitian terdahulu :

Matriks 2. 1 Kajian Tentang Hasil Penelitian Terdahulu

N O	NAMA PENELITI	JUDUL PENELITIAN	PERSAMAAN	PERBEDAAN
1	Olivia, nelson,uke(2022)	<i>Pengembangan terapi realitas WDEPC+SR dalam mengurangi kecenderungan relaps residen di Yayasan Sekar Mawar.Politeknik kesejahteraan Bandung</i>	metode penelitian yang sama yaitu penelitian kuantitatif dengan design Single Subject Design (SSD).	focus penelitian, dimana peneliti terdahulu melakukan penelitian terhadap pengembangan terapi realitas WDEPC+SR dalam mengurangi tingkat kecenderungan relapse residen
2	Solichah (2019)	<i>konseling pendekatan terapi realitas untuk mengatasi prokrastinasi akademik</i>	Sama-sama mengimplementasikan terapi realitas	Teknik yang digunakan peneliti terdahulu menggunakan terapi realitas saja, sedangkan penelitian ini mengkombinasikan terapi realitas dengan task-centerd
3	Eunika (2017)	<i>Restrukturisasi Academic Irrational beliefs melalui Konseling Kognitif.</i>	persamaan penelitian terdahulu kelima dengan penelitian ini adalah sama-sama melakukan penanganan terhadap <i>irrational beliefs</i> .	Teknik yang digunakan peneliti terdahulu menggunakan teknik <i>disputing irrational beliefs</i> ,sedangkan penelitian ini mengkombinasikan terapi realitas dengan task-centerd
4	Paska, Dameuli. (2022)	<i>Blended Technic Terapi Task Centered dan Token Ekonomi dalam</i>	Metode penelitian yang sama yaitu penelitian kuantitatif dengan design Single Subject Design	Teknik yang digunakan peneliti terdahulu menggunakan Terapi <i>Task Centered</i>

NO	NAMA PENELITI	JUDUL PENELITIAN	PERSAMAAN	PERBEDAAN
		Meningkatkan Keterampilan Sosial Korban Penyalahguna NAPZA	(SSD).	dikombinasikan dengan token ekonomi, sedangkan penelitian ini mengkombinasikan terapi realitas dengan task-centerd

2.2. Kajian Tentang NAPZA

2.2.1 Pengertian NAPZA

Pemahaman secara terminologi banyak istilah yang digunakan diantaranya NAPZA, Narkoba, Narkotika, Obat Terlarang, Zat Adiktif, Psikoaktif, Obat Bius, Madat, *Drug*, *Medicine*, dan lain-lainnya. Namun, keseluruhannya terdapat kesamaan yaitu *addiction* atau sesuatu yang dapat menyebabkan *addict*. Definisi *addiction* sebagaimana dikemukakan oleh *American Society of Addiction Medicine* (ASAM) “*Addiction is a primary, chronic disease of brain reward, motivation, memory and related circuitry*”. Pengertian tersebut dapat dipahami adiksi karena berupa obat-obatan dan dapat pula berupa sesuatu yang bukan obat-obatan.

Segala sesuatu yang dapat menyebabkan ketagihan, kecanduan, dan dapat merusak sistem kerja pada otak. konteks Indonesia, NAPZA merupakan kepanjangan dari Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif Lainnya, sementara masyarakat umum cenderung akrab dengan istilah Narkoba kependekan dari narkotik dan obat-obatan berbahaya. Sekarang narkoba umumnya diartikan untuk meliputi narkotik, psikotropik dan alkohol. Pihak pemerintah cenderung lebih senang menggunakan istilah NAPZA. Menurut Undang-Undang Nomor 35 tahun 2009 tentang Narkotika, menyebutkan bahwa: Narkotika adalah zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman baik sintetis maupun semisintetis yang dapat penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa, mengurangi sampai

menghilangkan rasa nyeri, dan dapat menimbulkan ketergantungan, yang dibedakan kedalam golongan-golongan.

Menurut Hawari (1991) NAPZA adalah singkatan dari Narkotika, Alkohol, Psikotropika dan Zat adiktif lainnya. NAPZA mencakup segala macam zat yang disalahgunakan untuk Gitting, mabuk, fly atau high, yang dapat mengubah tingkat kesadaran seseorang. Termasuk dalam NAPZA adalah obat perangsang, penenang, penghilang rasa sakit, pencipta ilusi atau psikotropika, dan zat-zat yang tidak termasuk obat namun dapat disalahgunakan (misalnya alkohol atau zat yang bisa dihirup seperti bensin, lem, tinner, dan lain-lainya sehingga high).

Menurut Lisa dan Sutrisna (2003) mengartikan tentang psikotropika, yaitu: Psikotropika adalah zat atau obat baik alamiah maupun sintetis bukan narkotika, yang berkhasiat psikoaktif melalui pengaruh selektif pada susunan syaraf pusat yang menyebabkan perubahan khas pada aktifitas mental dan perilaku. Selain itu, Ahmad Sofyan (2007) dalam bukunya Narkoba mengincar anak anda, menyatakan bahwa NAPZA merupakan obat atau zat yang dapat mempengaruhi kesehatan fisik, psikis dan sosial bagi yang menggunakannya atau orang-orang yang terlibat di dalamnya. Jika penggunaan obat tersebut disalahgunakan, maka dapat merusak sistem saraf yang pada akhirnya akan memunculkan efek negatif pada fisik dan jiwa bagi pengguna NAPZA.

Sementara dalam Undang-Undang Nomor 5 tahun 1997 tentang Psikotropika menyatakan bahwa Psikotropika adalah zat atau obat baik alami ataupun sintetis bukan narkotika, yang berkhasiat psikoaktif yang menyebabkan perubahan khas pada aktifitas mental dan perilaku. Sedangkan zat adiktif berdasarkan UU nomor 35

tahun 2009 adalah zat atau bahan lain bukan Narkotika maupun psikotropika yang berkhasiat adiktif, ketagihan psikis dan fisik yang menyebabkan perubahan khas pada aktivitas mental dan perilaku. NAPZA menurut literatur pekerjaan sosial dalam bahasa Inggris adalah “*drugs*” yang sering diistilahkan “*drugs abuse*”. Charles Ksir, Carl L. Hart, dan Oakley Ray (2008) mengungkapkan “Obat didefinisikan sebagai zat, alami atau buatan, selain makanan, bahwa dengan sifat kimia mengubah struktur atau fungsi dalam organisme hidup”. Narkoba adalah istilah yang digunakan untuk merujuk kepada obat yang melanggar hukum untuk memiliki atau menggunakan. Banyak obat ini tersedia dengan resep, tetapi ketika mereka diproduksi dijual ilegal dan terlarang.

2.2.2 Penggolongan NAPZA

1. Jenis Narkotika

Menurut UU Nomor 35 Tahun 2009, Narkotika dibedakan dalam golongan-golongan. Golongan NAPZA tersebut yaitu:

- a. Narkotika Golongan I: Narkotika golongan satu hanya dapat digunakan untuk tujuan pengembangan pengetahuan dan tidak digunakan dalam terapi, serta memiliki potensi yang sangat tinggi. Contoh: Heroin, Kokain, Daun, Kokain, Opium, Ganja, Jicing, Katinon, MDMA/Extacy, dan lebih dari 65 macam jenis lainnya.
- b. Narkotika Golongan II: Narkotika golongan dua, berkhasiat untuk pengobatan yang digunakan terakhir dan dapat digunakan dalam terapi dan atau untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan, juga menyediakan sumber daya yang tinggi seperti Contoh Morfin, Petidin, Fentanil, Metadon, dll.

c. Narkotika golongan III: Narkotika golongan tiga adalah narkotika yang memiliki kekuatan adiktif ringan, namun bermanfaat dan berkhasiat untuk pengobatan dan penelitian. Golongan 3 narkotika ini banyak digunakan dalam terapi dan / atau untuk tujuan pengembangan Contoh: Codein, Buprenorfin, Etilmorfina, Kodeina, Nikokodina, Polkodina, Propiram, dan ada 13 (tiga belas) macam termasuk beberapa campuran lainnya

2. Jenis Psikotropika

Penggolongan psikotropika menurut UU Nomor 5 Tahun 1997 adalah sebagai berikut:

a. Golongan I adalah psikotropika dengan kekuatan adiktif yang sangat kuat untuk mendukung, belum diuntungkan manfaatnya untuk perawatan, dan sedang diteliti khasiatnya seperti ekstasi (menthyledioxy menthaphetamine dalam bentuk tablet atau kapsul), sabu-sabu (alat bantu makan yang menggunakan menthaphetamin).

b. Golongan II adalah psikotropika dengan daya aktif yang kuat berguna untuk penelitian dan penelitian. Contohnya ampetamin dan metapetamin

c. Golongan III adalah psikotropika dengan adiktif yang berguna untuk pengobatan dan penelitian. Contohnya lumubal dan flecnitrazepam.

d. Golongan IV adalah psikotropika dengan daya adiktif ringan yang berguna untuk pengobatan dan penelitian. Contohnya nitra zepam, diazepam.

3. Jenis Zat Adiktif lainnya.

Zat adiktif Zat adiktif lainnya adalah zat, bahan kimia, dan biologi dalam bentuk tunggal maupun campuran yang dapat membahayakan Kesehatan lingkungan hidup

secara langsung dan tidak langsung yang mempunyai sifat karsinogenik, teratogenik, mutagenik, korosif, dan iritasi. Bahan-bahan berbahaya ini adalah zat adiktif yang bukan termasuk ke dalam narkotika dan psikotropika, tetapi mempunyai pengaruh dan efek merusak fisik seseorang jika disalahgunakan (Wresniwiro dkk. 1999 dalam <https://www.gurupendidikan.co.id/pengertianNAPZA/>).

Menurut UU no 35 2009 tentang narkotika, yang termasuk NAPZA jenis Zat Adiktif sebagai berikut:

- a. Nikotin yang ada pada tembakau
- b. Kelompok alkohol, Kafein dan minuman lain yang memabukan dan menimbulkan ketagihan.
- c. Inhalansi / solven, yaitu gas atau zat yang mudah menguap yang diperlukan di berbagai keperluan pabrik, kantor, dan rumah tangga. Seperti lem kayu, penghapus cair dan aseton, thinner dan bensin yang jika di hirup akan dapat memabukan.

4. Jenis berdasarkan efek pada sistem syaraf pusat

Menurut BNN: 2009 Jika dicari menurut efeknya pada sistem saraf pusat pengguna, NAPZA dibedakan menjadi 3 (Tiga) jenis, yaitu:

- a. Depresan: Obat jenis ini menekan atau memperlambat fungsi sistem saraf pusat sehingga dapat mengurangi aktivitas fungsional tubuh. Obat anti depresan ini dapat membuat pemakai merasa tenang, memberikan rasa melambung tinggi, memberi rasa bahagia dan bahkan membuat tertidur atau tidak sadarkan diri. Contoh opida / opiate (opium, morphin, heroin, kodein), alkohol, dan obat tidur tranquiliser atau obat penenang.

- b. Stimulan: yaitu berbagai jenis zat yang dapat mendukung systemaraf pusat dan meningkatkan kegairahan (segar dan gembira) dan kesadaran Obat ini dapat mengurangi rasa kantuk karena lelah, mengurangi nafsu makan, meningkatkan detak jantung, tekanan darah dan pernafasan, mengernutkan urat nadi, serta membesarkan biji mata. Contohnya adalah shabu dan ekstasi
- c. Halusinogen: mengandung obat-obatan alamiah atau sintetik yang memiliki kemampuan untuk memproduksi zat yang dapat mengubah rangsangan indera yang menjelaskan juga mengubah kemampuan dan pikiran yang menghasilkan pemikiran yang baik atau halusinasi. Contohnya yaitu: LSD, jamur ajaib (Magic mushroom).

5. Jenis NAPZA menurut Proses Pembuatannya

Jenis NAPZA menurut proses pembuatannya ini digolongkan menjadi tiga, (<https://steemit.com/steemit/@nasiree>) yaitu;

- a. Alami: yaitu jenis zat atau obat yang diambil langsung dari alam, tanpa proses fermentasi atau produksi, contohnya ganja, kafein, opium, kokain dan bunga kecubung (bunga terompet).
 - b. Semi sintetis: yaitu jenis zat atau obat yang diproses melalui fermentasi seperti morfin, heroin, alkohol, dan tembakau (dalam rokok)
 - c. Sintetis: yaitu jenis zat atau obat yang dikembangkan untuk keperluan kedokteran dengan tujuan menghilangkan rasa sakit (analgesik) seperti petidin, metadon (physeptone), dipipanon (diconal) dan dekstropropakasifen (distalgesik).
- Berdasarkan penggolongan NAPZA yang telah diuraikan diatas dapat disimpulkan bahwa cukup banyak jenis NAPZA yang beredar dikalangan masyarakat baik sering terdengar hingga yang belum pernah terdengar sama sekali. Untuk itu dibutuhkan

kewaspadaan seluruh masyarakat agar dapat dengan bijak mengetahui jenis-jenis NAPZA yang ada dan beredar di masyarakat.

2.2.3 Efek Penggunaan NAPZA

Berdasarkan efek yang ditimbulkan NAPZA Menurut Jumayar Marbun, dkk (2017) digolongkan menjadi tiga, yaitu:

1. Depresan

Efek obat obat ini adalah menurunkan atau menekan kerja susunan syaraf pusat. Efeknya tergantung konsentrasi (kemurnian) dan berapa banyak jumlah yang digunakan. Efek penggunaan depresan:

- a. Beberapa depresan memberi efek *euforial* perasaan gembira serta rasatenang, nyaman dan teridur.
- b. Mempengaruhi koordinasiantar susunan syaraf dengan motorik, konsentrasi dan cara seseorang mengambil keputusan
- c. Frekuensi pernafasan dan denyut jantung sehingga pemakai tidak sadarkandiri
- d. Pemakai bisa berbicara melambat, tanpa gerak, tanpa koordinasi
- e. Mual, muntah, dan dalam keadaan ekstrim dapat menimbulkan kematian

Contoh zat depresan: alkohol, opioda, heroin, morfin, codein, methadone, pethidine dan palfium, canabis sativa/daun ganja (meliputi; mariyuana, hashis, canabis resin).

Contoh lain adalah barbiturat meliputi seconal, tuinal, amytal, serta solven dan inhalan seperti bensin, lem/aicaminyak korek api (Gono, 2011).

2. Jenis Stimulan

Efek zat obatini adalah merangsang atau meningkatkan kerja susunan syaraf

pusat. Efek penggunaan stimulan adalah

- a. Membuat pengguna lebih segar, lebih waspada dan percaya diri
- b. Meningkatkan denyut jantung, temperatur tubuh dan tekanan darah
- c. Pelebaran pupil mata, banyak bicara, gelisah dan susah tidur
- d. Menurunkan nafsu makan
- e. Dosis lebih tinggi dapat menyebabkan gelisah, sakit kepala, kram perut, cemas, marah, paranoid/curiga, dan panik.

Contoh zat dan obat stimulan adalah kafein (terdapat dalam kopi), tembakau (dalam rokok), kokain dan amfetamin.

3. Jenis Halusinogen

Jenis zat atau obat yang menyebabkan terjadinya halusinasi atau penyimpangan persepsi kenyataan. Efek penggunaan halusinogen:

- a. Pengguna mengalami gangguan (distorsi) dari persepsi
- b. Gangguan pendengaran, penglihatan, dan perasa. Misalnya objek kecil menjadi besar dan deka menjadi jauh.
- c. Efek zat atau obat jenis halusinogen sulit diprediksi karena dipengaruhi oleh faktor individu –suasana hati pengguna.

Contohnya LSD, magic mushroom, mescaline, ectasi, shabu-shabu (MDMA), psilocybin, dan mariyuana (ganja).

2.2.4 Penyalahgunaan NAPZA

Menurut Jerry L. Johnson dalam bukunya yang berjudul *Fundamental of*

Substance Abuse Practice (2004:9) menyatakan bahwa: “*Abuse: the use of drugs legal or illegal with some regularity or pattern, that result in person experiencing a pattern of negative life consequences resulting from their substance use*” – “Penyalahgunaan adalah penggunaan obat legal atau ilegal dengan beberapa keteraturan atau pola, yang menghasilkan orang-orang yang mengalami pola hidup yang negatif konsekuensi akibat penggunaan NAPZA mereka.”

Di dalam buku Advokasi pencegahan penyalahgunaan Narkoba (2009) oleh BNN RI menyatakan bahwa penyalahgunaan NAPZA adalah pemakaian obat-obatan atau zat-zat berbahaya dengan tujuan bukan untuk pengobatan dan penelitian serta digunakan tanpa mengikuti aturan serta dosis yang benar. Perilaku menyalahgunakan NAPZA pada umumnya berawal dari rasa keingintahuan dan mencoba-coba. Oleh karena itu kiat yang terpenting bagi seseorang untuk menghindari penyalahgunaan NAPZA adalah untuk tidak mencoba bahan terlarang tersebut sama sekali.

Menurut Permensos Nomor 8 Tahun 2012 tentang Pedoman Pendataan dan Pengelolaan Data Penyandang Kesejahteraan Sosial dan Potensi Sumber Kesejahteraan Sosial, pada lampiran jenis Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) point 17 menjelaskan bahwa, Korban Penyalahgunaan NAPZA adalah seseorang yang menggunakan narkotika, psikotropika, dan zat adiktif lainnya diluar pengobatan atau tanpa sepengetahuan dokter yang berwenang. Sementara itu menurut UU Nomor 35 Tahun 2009 korban penyalahgunaan NAPZA adalah seseorang yang tidak sengaja menggunakan Narkotika karena dibujuk, diperdaya, ditipu, dipaksa dan/atau diancam untuk

menggunakan Narkotika.

Pengaruh terhadap fisik. Secara fisik organ tubuh yang paling banyak terpengaruh adalah sistem syaraf pusat yaitu otak dan sumsum tulang belakang, organ otonom (jantung, paru-paru, hati, dan ginjal), serta pancaindra karena pancaindra juga di bawah pengaruh susunan syaraf pusat). Berikut ini dampak fisik akibat penyalahgunaan NAPZA: kejang-kejang, halusinasi, gangguan kesadaran, kerusakan syaraf tepi atau perasa, infeksi akut otot Jantung, gangguan peredaran darah, sesak nafas atau kesukaran untuk bernafas. Akibat jangka panjang paru- paru, radang lambung, hepatitis pengerasan dan pengecilan hati, gangguan sistem dan fungsi reproduksi, terinfeksi HIV (karena pemakaian jarum suntik bersama), dan kematian karena pemakaian berlebih (overdosis).

Pengaruh terhadap psikologis ketergantungan NAPZA membuat tidak mampu berpikir dan berperilaku normal. Perasaan, pikiran, dan perilakunya dipengaruhi oleh zat yang dipakai. Beberapa gejala misalnya depresi, paranoid (penuh curiga dan khawatir), percobaan bunuh diri dan melakukan tindak kekerasan. Dorongan atau kebutuhan untuk memakai NAPZA terus menerus, sangat nyata pada pemakai yang sudah kecanduan. Depresi sering muncul akibat rasa bersalah dan putus asa karena kegagalan, ditambah adanya sikap menyalahkan atau menyudutkan dari keluarga. Beberapa pemakai ada yang memang sudah mempunyai masalah kejiwaan sebelum menggunakan, dan penyalahguna NAPZA merupakan cara yang dipilihnya untuk mengatasi. Pemakai sering tidak menyadari rasa nyeri yang dialami karena efek analgesic obat yang dipakai, sehingga pemakaian terus berlanjut ke tingkat risiko yang lebih parah (Alie, 2004).

2.2.5 Ciri – ciri Penyalahguna NAPZA

Berikut ini merupakan ciri-ciri penyalahguna NAPZA menurut Badan Narkotika Nasional (BNN) :

1. Ciri-ciri fisik penyalahguna NAPZA antara lain: Kesehatan fisik dan penampilan menurun, badan kurus, lemah, malas, mata kemerah-merahan, muka pucat dan bibir kehitaman, berkeringat secara berlebihan, badan gemeteran, berbicara cadel, mata berair, nafsu makan menurun.
2. Ciri-ciri emosi pecandu NAPZA antara lain: sangat sensitive, mudah bosan, mudah tersinggung, hingga hilang ingatan, berusaha menyakiti diri sendiri.
3. Ciri-ciri perilaku pecandu narkoba antara lain: sulit berinteraksi, menghindari kontak mata langsung, jarang mandi, menarik diri dari aktivitas sosial, dan sulit berkonsentrasi. (BNN, 2010: 22-24)

2.3. Kajian Tentang *Irrational Beliefs*

Proses berpikir manusia mempunyai keterkaitan dengan keadaan emosinya. Pikiran dan emosi adalah dua potensi yang saling berhubungan satu dengan yang lain. Albert Ellis, pakar dalam teori '*Rational-Emotive Therapy*' (RET), mengemukakan bahwa pikiran, emosi-perasaan, dan juga perilaku manusia saling berhubungan satu dengan yang lainnya. "Ketika seseorang beremosi, ia juga berpikir dan bertindak; ketika seseorang bertindak, ia juga berpikir dan beremosi; dan ketika seseorang berpikir, ia juga beremosi dan bertindak" (Ellis, 1974: 313). Karena antara pikiran dan emosi saling berhubungan satu dengan yang lain, maka diyakini bahwa gangguan emosi atau keadaan psikologis seseorang disebabkan oleh pikiran-pikiran yang irasional dan tidak logis. Pikiran irasional merupakan kenyataan hidup

manusia yang terbentuk melalui pengalaman-pengalaman serta proses belajar yang tidak logis, yang diperoleh dari orang tua, keluarga, masyarakat, dan budaya (Ellis dalam Rickye L. George dan Therese Stridde Cristiani, 1981: 89). Dalam proses pertumbuhannya, seorang anak diajari untuk berpikir dan merasakan beberapa hal mengenai dirinya sendiri dan tentang yang lain. Segala sesuatu ini diasosiasikan dengan ide ‘sesuatu yang baik’ menjadi emosi manusia yang positif – contohnya:

cinta atau kegembiraan; yang lainnya diasosiasikan dengan ide ‘sesuatu yang buruk’ menjadi emosi negatif, contohnya penderitaan, marah atau perasaan depresi.

Sebagai ‘*animal verbale*’, manusia berpikir melalui penggunaan simbol-simbol atau bahasa (Ellis dalam Rickye L. George dan Therese Stridde Cristiani, 1981: 89). Karena pikiran berhubungan dengan emosi, pikiran-pikiran irasional yang terus berlang-sung dapat memunculkan gangguan emosi pada diri seseorang. Seseorang yang ter-ganggu, terus-menerus menghidupkan gangguan, memelihara perilaku yang tidak logis dengan menginternalisasi kata-kata, ide dan pemikiran yang irasional. Apa yang terus-menerus dikatakan kepada dirinya tentang dirinya sendiri itu disebut dengan *self-verbalizations*. Gangguan emosi bukan ditentukan oleh lingkungan atau kejadian di luar dirinya tetapi oleh persepsi orang tersebut tentang situasi ataupun hubungan antara dirinya dengan situasi, yang disatukan ke dalam kalimat-kalimat negatif pencipta kecemasan dan tanggapan tidak menyenangkan. Emosi negatif ini dinyatakan dalam bentuk kalimat (bahasa), yang terus menerus ‘disuntikkan’ pada diri sendiri hingga menjadi keyakinan. Inilah yang disebut *irrational beliefs*, yakni keyakinan-keyakinan irasional (tidak logis) yang terus-menerus dipercayai dan terus-menerus ditanamkan ke dalam diri.

Misalnya, ‘aku bodoh’, ‘aku tidak mampu’, dan lain sebagainya.

Istilah ‘*irrational belief*’ adalah istilah khas yang diungkapkan oleh Albert Ellis dalam teorinya tentang ‘*Rational-Emotive Therapy*’ (RET). Ellis memahami ‘*irrational beliefs*’ sebagai pikiran-pikiran atau ide-ide yang tidak rasional atau tidak logis yang terus-menerus diyakini seseorang sampai menimbulkan *self defeating* (Ellis, 1979: 60-61). Namun, jika diamati dalam berbagai literatur, banyak ahli khususnya mereka yang mendalami dan mengem-bangkan ‘*Cognitive-Behavioral Therapy*’ (CBT), menggunakan beberapa istilah yang sebenarnya mempunyai kesamaan makna dengan konsep ‘*irrational beliefs*’.

Pikiran, emosi-perasaan, dan perilaku manusia saling berhubungan satu dengan yang lainnya. “Ketika seseorang beremosi, ia juga berpikir dan bertindak; ketika seseorang bertindak, ia juga berpikir dan beremosi; dan ketika seseorang berpikir, ia juga beremosi dan bertindak” (Ellis, 1974: 313). Maka dari itu, *irrational belief* berpengaruh pada keadaan emosi dan perilaku seseorang. Pikiran-pikiran negatif, irasional dan cenderung *self-defeating* memunculkan gangguan emosi dan perilaku seseorang. Hubungan atau keterkaitan antara *irrational belief* dengan gangguan emosi dan perilaku seseorang dapat dijelaskan dengan teori A-B-C (Ellis, 1980: 543; Ellis, 1989: 197; Gerald Corey, 2010).

Teori A-B-C adalah teori tentang kepribadian yang menyatakan bahwa persoalan-persoalan manusia tidak disebabkan karena peristiwa yang sedang terjadi, tetapi lebih karena keyakinan-keyakinan mereka tentang peristiwa tersebut. Secara lebih detail, penjelasan teori A-B-C adalah sebagai berikut ini. A = Actual event; yakni peristiwa, tingkah laku/ sikap seseorang, atau fakta yang terjadi; B =

Beliefs system; yakni seperangkat keyakinan dalam diri seseorang yang berupa persepsi seseorang tentang situasi, ataupun juga dapat berupa persepsi tentang diri sendiri dalam hubungannya dengan situasi. Sedangkan, C = Consequence; yakni konsekuensi atau reaksi emosional seseorang. A (*Actual event/* peristiwa yang mengaktifkan) bukan menjadi penyebab timbulnya C (*Consequence/* konsekuensi emosional), melainkan yang menyebabkan C adalah B (*Belief Systems/* keyakinan seseorang tentang A). Sebagai contoh, misalnya: seseorang klien tinggal di balai rehabilitasi. Dia tidak bisa mengikuti acara bersama (apel) yang dijadwalkan karena ada acara pribadi dengan pihak luar. Dalam dirinya muncul perasaan ‘nggak enak’, takut, sedih, dan kecewa pada dirinya sendiri. Yang membuat dia merasa ‘nggak enak’, takut, sedih dan kecewa; bukan karena peristiwa/ kejadian dia tidak mengikuti acara bersama komunitas; tetapi lebih karena pikiran-pikiran dan keyakinan-keyakinan yang ada dalam dirinya, misal-nya: “Aku memang seorang pribadi yang tidak baik, aku pembangkang, aku adalah orang yang tidak mempunyai rasa solidaritas dengan yang lain, aku bodoh karena mudah meninggalkan acara bersama yang sudah dijadwalkan”; “Pasti teman-temanku benci kepadaku, tidak menerima aku, menolak dan tidak mencintaiku lagi”. Perasaan ‘nggak enak’, takut, sedih, dan kecewa pada diri sendiri ini pada akhirnya juga berpengaruh pada sikap/ perilaku seseorang, misalnya: menarik diri dari pertemuan-pertemuan dengan teman rehabilitasi; menyiapkan alasan-alasan yang kiranya bisa dimaklumi atau diterima balai rehabilitasi.

2.4. Kajian Tentang Terapi Realitas

2.3.1 Sejarah Terapi Realitas

Corey (2009) menjelaskan bahwa, William Glasser adalah psikiater yang mengembangkan konseling realitas (reality therapy) pada tahun 1950-an. Menurut Colvin pengembangan konseling realitas ini karena merasa tidak puas dengan praktik psikiatri yang ada dan dia mempertanyakan dasar-dasar keyakinan terapi yang berorientasi pada Freudian, karena hasilnya tidak memuaskan. Glasser dilahirkan pada tahun (1925-1995) dibesarkan di Clavend, Ohio. Pada mulanya Glasser dilaporkan sebagai penderita Shyness (rasa malu) yang akut. Pada perkembangan selanjutnya Glasser tertarik studi Psikologi, kemudian dia mengambil program Psikologi Klinis pada Western Reserve University, dan membutuhkan 3 tahun untuk meraih Ph.D. akhirnya Glasser menekuni profesinya dengan menetapkan diri menjadi psikiater.

Setelah beberapa waktu melakukan praktik pribadi di bidang klinis, Glasser mendapatkan kepercayaan di California Youth Authority sebagai kepala psikiater di Ventura School for Girl. Mulai saat itulah Gasser melakukan eksperimen tentang prinsip dan teknik Reality Therapi. Atas kerja kerasnyasebagai psikiater, Glasser menulis buku dan mempublikasikan karya tulisannya, di antaranya 1). *Mental Health or Mental Illness?*, 2). *Reality Therapy: School withaout Failure* dan 3). *Identity Society*.

Pada tahun 1969 Glasser berhenti bekerja pada Ventura dan mulai saat itu mendirikan *Institute for Reality Therapy* di Brentwood, selanjutnya menyelenggarakan Educator Training Centre yang bertujuan meneliti dan

mengembangkan program-program untuk mencegah kegagalan sekolah. Banyak pihak yang dilatih lembaganya ini, antara lain: perawat, pengacara, dokter, polisi, psikolog, pekerja sosial, dan guru.

Teori yang dikembangkan Glasser ini dengan cepat memperoleh popularitas dikalangan konselor, baik untk kasus individual maupun kelompok dalam berbagai bidang, misalnya sekolah lembaga kesehatan mental maupun petugas-petugas sosial lainnya. Banyak hal yang positif dari teori konseling realitas ini, misalnya mudah dimengerti, non teknis, didasarkan atas pengetahuan masyarakat, efisien waktu, sumber daya dan usaha-usaha yang dilakukan konselor.

2.3.2 Pengertian dan Tujuan Terapi Realitas

1. Pengertian Terapi Realitas

Terapi realitas merupakan bentuk sistem yang memfokuskan pada tingkah laku sekarang, dimana terapis berfungsi sebagai guru dan model serta mengonfrontasikan klien dengan cara-cara yang bisa membantu menghadapi kenyataan dan memenuhi kebutuhan-kebutuhan dasar tanpa merugikan diri sendiri ataupun orang lain. Inti dari terapi realitas adalah penerimaan tanggung jawab pribadi yang dipersamakan dengan kesehatan mental. Terapi realitas adalah suatu bentuk modifikasi tingkah laku karena dalam dalam penerapan institusionalnya, merupakan tipe pengondisian operan yang tidak ketat, Gerald Corey (2010).

Glasser dalam Corey (2010) berasumsi bahwa “pengembangan terapi realitas atas dasar keyakinannya bahwa psikiatri konvensional sebagian besar berlandaskan asumsi-asumsi yang keliru”. Terapi realitas merupakan suatu bentuk terapi yang menguraikan prinsip-prinsip dan prosedur-prosedur yang dirancang untuk membantu

orang-orang untuk mencapai sesuatu yang disebut sebagai identitas keberhasilan, terapi ini dapat diterapkan pada psikoterapi, konseling, pengajaran, kerja kelompok, konseling perkawinan, pengelolaan lembaga dan perkembangan masyarakat. Menurut Gerald Corey (2010) terapi realitas bekerja tidak berdasar pada filsafat deterministik tentang manusia, tetapi dibangun di atas asumsi bahwa manusia adalah agen yang menentukan dirinya sendiri.

2. Tujuan Terapi Realitas

Tujuan dari terapi realitas sama dengan kebanyakan sistem psikoterapi sebagaimana yang dikemukakan Gerald Corey (2010), bahwa: “Tujuan umum terapi realitas adalah membantu seseorang untuk mencapai otonomi. Pada dasarnya, otonomi adalah kematangan yang diperlukan bagi kemampuan seseorang untuk mengganti dukungan lingkungan dengan dukungan internal. Kematangan ini menyiratkan atas siapa mereka dan ingin menjadi apa mereka serta serta mengembangkan rencana-rencana yang bertanggung jawab dan realistis guna mencapai tujuan-tujuan mereka”. Berdasarkan tujuan tersebut maka dapat dikatakan bahwa terapi realitas membantu orang-orang dalam menentukan dan memperjelas tujuan-tujuan mereka, dalam hal ini terapi realitas membantu mereka dalam menjelaskan cara-cara mereka yang menghambat kemajuan kearah tujuan- tujuan yang telah mereka tentukan. Kemudian, terapis membantu klien menemukan alternatif-alternatif dalam mencapai tujuan yang ditetapkan oleh klien sendiri.

Tujuan utama dari terapi realitas adalah membantu klien menjadi rasional dan memiliki mental yang kuat, serta menyadari bahwa dia mempunyai pilihan dalam memperlakukan diri sendiri dan orang lain. Tujuan pertama ini berkaitan dengan

tujuan kedua: untuk membantu klien mengklarifikasi apa yang diinginkannya di dalam kehidupannya. Menyadari cita-cita hidup sangatlah penting agar manusia dapat bertindak secara bertanggungjawab. Tujuan ketiga dari terapi realitas adalah membantu klien merumuskan rencana realistis, untuk mencapai tujuan dan harapan pribadi. Tujuan terapi realitas yang terakhir adalah untuk menghapus dukungan dan dalih dari kehidupan klien. Seringkali, klien beralih bahwa dia tidak dapat menjalankan rencana karena takut hukuman jika gagal, baik dari konselor atau lingkungan luar. Terapi realitas membantu klien memformulasikan suatu rencana baru, jika rencana lama tidak berjalan dengan baik (Samuel T. Gladding: 2012).

3. Prosedur Terapi Realitas

Menurut Susanti (2015) bawah prosedur yang digunakan untuk mengarahkan perubahan didasarkan pada asumsi bahwa manusia termotivasi untuk berubah ketika mereka diyakinkan bahwa perilaku mereka sekarang tidak mendukung pencapaian apa yang mereka inginkan dan mereka dapat memilih alternatif lain yang dapat mengantarkan mereka pada tujuan yang diinginkannya. Glesser dan Wubbolding dalam Susanti (2015) merumuskan prosedur terapi realitas dalam sebuah akronim WDEPC (*Wants, Doing, Evaluation, Planning, Commitment*) sebagaimana penjelasan berikut :

1). *Wants*

Pada tahap ini, klien ingin mendeskripsikan dirinya, termasuk kelebihan dan kekurangan yang ada pada dirinya sendiri. Pertanyaan yang dilontarkan kepada klien adalah “apa yang anda inginkan?”, “Menurut anda, apa yang membuat anda tidak dapat berubah?”. Dalam prosesnya klien didorong untuk mengenali,

mendefinisikan ulang harapan yang diinginkan klien.

2). *Doing*

Pertanyaan yang diajukan pada tahap ini adalah “Apa yang dilakukan saat ini?”. Meskipun masalah yang dihadapinya sekarang berkaitan dengan sebelumnya, namun klien harus belajar untuk mengatasi masalah mereka sekarang dengan cara yang terbaik untuk mencapai keinginan mereka. Masa lalu didiskusikan jika itu membantu klien untuk membuat perencanaan yang lebih baik dimasa sekarang dan akan datang. Pada awal konseling juga sangat penting untuk mendiskusikan arah kehidupan klien secara keseluruhan, termasuk apa tujuan mereka dimasa yang akan datang dan apa yang mereka lakukan untuk mencapainya. Seorang terapis dapat bertanya, “ Apa yang anda lihat pada diri anda saat ini? Bagaimana masa depan anda?”.

3). *Evaluation*

Pada tahap ini klien diminta untuk mengevaluasi perilaku mereka kaitannya dengan tujuan yang mereka inginkan. Hal ini dapat dilakukan dengan bertanya “Apakah perilaku sekarang dapat membantu mencapai harapan atau tujuan yang anda inginkan?”, “Apakah perilaku yang ditampilkan cukup realistis, atau apakah pikiran perasaan, dan Tindakan mereka sejalan”. Dalam hal ini terapis melakukan konfrontasi antara perilaku yang ditampilkan dengan konsekuensi yang diperoleh, kemudian menilai kualitas Tindakan mereka. Melalui proses ini, klien melakukan *self-assesment* yang membantu mereka melakukan perubahan.

4). *Planning and Commitment*

Ketika klien menentukan apa yang harus mereka rubah atau yang mereka

inginkan, umumnya mereka lebih siap untuk mengeksplorasi alternatif perilaku lain yang dapat dilakukan dan membuat perencanaan bersama dengan terapis atau rencana aksi, maka diharapkan klien dapat memiliki komitmen untuk melaksanakan rencana yang telah dibuatnya. Meskipun demikian ketika klien belum menunjukkan komitmennya, maka terapis mengingatkan akan tanggungjawab terhadap tindakan dan pilihannya. Wubbolding dalam Corey (2013), mengemukakan bahwa agar rencana tersebut efektif maka perencanaan tindakan yang dibuat berupa rencana yang sederhana, dapat dicapai, terukur, segera dan terkendali oleh konseli atau yang lebih dikenal dengan system SAMI2C3 (*simple, attainable, measurable, immediate, involved, controlled by counseli, committed to, consistent*). Dalam mengimplementasikan tahapan *planning* sesuai dengan SAMI2C3, maka yang perlu dilakukan sebagai berikut:

- a. Mulai untuk mendesain rencana jangka panjang dengan membuat langkah-langkah kecil yang lebih spesifik untuk mencapai tujuan perubahan perilaku keseluruhan.
- b. Mulai mengerjakan langkah-langkah kecil yang lebih terperinci dan menginputnya ke dalam keseharian agar bisa menjadi kebiasaan positif.
- c. Jika sudah terlaksana, bersiaplah membuat komitmen untuk tetap kembali pada rencana dan tujuan.

2.5. Kajian Tentang *Task Centered*

Menurut Blanca M. Ramos (2016), *Task Centred* adalah sebuah pendekatan yang membantu klien untuk memecahkan masalahnya ketika mereka mengerti akan permasalahan mereka. Penyelesaian masalah dilakukan dengan mengembangkan

dan melaksanakan tugas. Pendekatan *Task Centered* difokuskan dalam menetapkan kategori-kategori dari masalah yang ada. Ada dua penekanan etika dalam *Task Centered*, yaitu *self-determination* dan *respect for the client's right*. *Task Centered* tidak terikat pada teori perilaku tertentu. Tetapi, dalam pelaksanaannya *Task Centered* dapat dikembangkan dengan menambah teori lain. *Task Centered* juga dapat dipakai dalam banyak kondisi, seperti dalam pelayanan sosial masyarakat, pekerja sosial medis ataupun koreksional. *Task Centered* dikembangkan pada awal 1970 oleh Reid dan Epstein (1972). Hingga saat ini, teori *Task Centered* juga mengalami pengembangan lain. Pengembangan tersebut dikontribusikan oleh banyak teoritis, seperti Kilgore (1995), Lo (2005) dan Rooney (1992). *Task Centered* juga diuji dan disempurnakan secara terus-menerus.

Model *Task Centered* adalah pendekatan yang optimis dan berorientasi pada kekuatan. Ini menekankan penentuan diri dan menentukan diri dan mendukung pemberdayaan klien (Rooney, 2010) pendapat tersebut mengasumsikan bahwa, klien memiliki kemampuan dan kapasitas untuk memperbaiki situasi mereka, dan itu mengacu pada ide pemecahan masalah, sumber daya dan kekuatan mereka. *Task Centered* menganggap bahwa klien menampilkan rasionalitas secara lebih kuat. Praktik perilaku kognitif telah memberi pengaruh pada model *task centered* (Payne, 2014). Beberapa gagasan tingkah laku, seperti pengkondisian tidak menjadi bagian *task centered* dan berhadapan dengan kelas tingkah laku yang lebih luas daripada yang bisa dicakup oleh model perilaku biasa (Payne, 2014). Praktik *Task Centred* tidak berurusan dengan asal usul masalah yang jauh atau historis, melainkan dengan hambatan saat ini yang mungkin menghalangi penyelesaian atau dengan sumber

daya yang dapat memfasilitasinya.

. Pendekatan *Task Centered* yang dikembangkan oleh Carl Ransom Rogers tahun 1942 bertujuan untuk membina kepribadian tugas/klien secara integral, berdiri sendiri, dan mempunyai kemampuan untuk memecahkan masalah sendiri. Kepribadian yang integral adalah struktur kepribadiannya tidak terpecah artinya sesuai antara gambaran tentang diri yang ideal (*ideal-self*) dengan kenyataan diri sebenarnya (*actual-self*).

Kepribadian yang berdiri sendiri adalah yang mampu menentukan pilihan sendiri atas dasar tanggung jawab dan kemampuan, tidak tergantung pada orang lain. Sebelum menentukan pilihan tentu individu harus memahami dirinya (kekuatan dan kelemahan diri), dan kemudian keadaan diri tersebut harus ia terima. Dan dari kekuatan dan kelemahan tersebut individu harus bias menerima dirinya sendiri. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa pada dasarnya tujuan konseling berpusat pada person adalah sama dengan tujuan kehidupan (*fully functioning person*) yaitu kepribadian yang berfungsi sepenuhnya yang mencakup pada keterbukaan pada pengalaman, kepercayaan terhadap diri sendiri dan kemampuan mengambil keputusan. Untuk mencapai tujuan itu diperlukan beberapa syarat yakni:

1. Kemampuan dan keterampilan teknik konselor

Adapun kemampuan dan keterampilan yang harus dimiliki seorang konselor, misalnya:

2. Menangkap Pesan Utama (Paraphrasing)

Untuk memudahkan klien dalam memahami ide, perasaan, dan pengalamannya,

seorang konselor perlu menangkap pesan utamanya, dan menyatakannya secara sederhana dan mudah dipahami disampaikan dengan bahasa konselor sendiri.

4. Bertanya untuk Membuka Percakapan (Open Question)

Kebanyakan calon konselor sulit untuk membuka percakapan dengan klien. Hal ini karena sulit menduga apa yang dipikirkan klien sehingga pertanyaan menjadi pas. Untuk memudahkan percakapan seorang calon konselor dilatih keterampilannya bertanya dalam bentuk open-ended yang memungkinkan munculnya pernyataan baru dari klien.

5. Bertanya Tertutup (Close Question)

Tujuan keterampilan bertanya tertutup bagi konselor adalah untuk mengumpulkan informasi, untuk menjernihkan/ memperjelas sesuatu dan menghentikan omongan klien yang melantur atau menyimpang jauh.

6. Dorongan Minimal (Minimal Encouragement)

Keterampilan ini bertujuan untuk membuat agar klien terus berbicara dan dapat mengarahkan agar pembicaraan mencapai tujuan. Akan tetapi penggunaan dorongan minimal dilakukan secara selektif yaitu memilih saat klien kelihatan akan mengurangi atau menghentikan pembicaraan.

7. Kesiapan klien untuk menerima bimbingan

Agar konseling lebih efektif, sebaiknya kesiapan tidak hanya datang dari konselornya, namun juga datang dari klien itu sendiri untuk bekerjasama dalam proses konseling tersebut. Selain itu, diperlukan bagi konselor untuk memberikan informasi yang berkaitan atau diperlukan dalam proses konseling tersebut.

8. Taraf intelegensi klien yang memadai

Tingkat intelegensi klien juga mempengaruhi kelancaran proses konseling. Misalnya kecepatan pemahaman dan respon klien terhadap apa yang dikatakan konselor dan situasi yang dihadapinya.

Dalam prakteknya, pendekatan berpusat pada tugas tidak menggunakan asesmen, seperti teori psikodinamika untuk mempelajari respon dari emosi klien, tetapi untuk mengidentifikasi syarat/keperluan dalam tindakan, rintangan dalam tindakan dan desakan yang tak berubah. Adapun tugas-tugas antara pekerja sosial dengan klien dalam pendekatan berpusat pada tugas antara lain :

1. *Assesment*

Di dalam asesment, tugas pekerja sosial bersama klien adalah menganalisis masalah klien juga merumuskan masalah tersebut, identifikasi masalah potensial, kesepakatan sementara terhadap masalah, menantang mendefinisikan masalah yang tidak diinginkan/terpecahkan, mendapat detail masalah, identifikasi *baseline*, memutuskan perubahan yang diinginkan.

2. Membuat Kontrak

Kontrak atau perjanjian adalah kesepakatan antara dua orang atau lebih mengenai hal tertentu yang disetujui oleh mereka. Membuat kontrak berarti setuju untuk bekerja pada masalah yang dipilih, membuat prioritas masalah, menentukan hasil yang diinginkan dari intervensi, merancang seperangkat tugas, sepakat sejumlah kontrak dan batas waktu, kontrak.

Selain itu di dalam kontrak pekerja sosial dengan klien menentukan pihak-pihak mana saja yang akan terlibat selama proses pemecahan masalah. Juga kesepakatan mengenai biaya atas jasa yang diberikan pekerja sosial.

3. Merencanakan Tugas-tugas Pemecahan Masalah

Perencanaan adalah proses perumusan kegiatan atau tugas-tugas yang akan dilakukan pekerja sosial dengan klien dalam mencapai pemecahan masalah klien. Pekerja sosial bersama klien dalam merencanakan tugas-tugas pemecahan masalah harus didasarkan pada asesmen agar tidak terjadi kekeliruan dalam pemecahan masalah tersebut.

4. Menentukan *Reward* dan Tujuan

Pekerja sosial menentukan insentif (pendorong atau perangsang) agar klien mempunyai motivasi untuk melakukan perubahan dengan memberikan reward. Selain itu pekerja sosial perlu menjelaskan tujuan pemecahan masalah dan manfaat apa yang akan diterima oleh klien jika masalah yang dialami klien tersebut terpecahkan.

5. Mengatasi Hambatan

Perlu diketahui perbedaan antara masalah dan hambatan. Masalah merupakan kesulitan-kesulitan yang telah disepakati dari awal oleh pekerja sosial dan klien, sedangkan hambatan merupakan kesulitan-kesulitan yang muncul selama proses pemecahan masalah. Hambatan ini perlu diatasi untuk memperlancar proses pemecahan masalah dan harus cepat tertangani agar tidak menimbulkan masalah baru.

6. Simulasi dan Bimbingan Praktis

Dalam pendekatan berpusat pada tugas (task centred approach), pekerja sosial perlu memberikan simulasi atau pelatihan-pelatihan serta bimbingan praktis berkaitan dengan tugas-tugas yang akan dilakukan klien dalam proses pemecahan

masalahnya. Misalnya klien yang akan melamar pekerjaan dan harus melakukan interview atau wawancara sedangkan ia sendiri mengalami kesulitan dalam berkomunikasi ataupun kurang percaya diri, maka klien tersebut dapat melakukan simulasi atau latihan dengan pekerja sosial terlebih dahulu. Pekerja sosial juga memberikan bimbingan-bimbingan berkaitan dengan hal tersebut.

7. Evaluasi

Dalam hal ini, pekerja sosial perlu mengevaluasi dan melihat perkembangan dari klien apakah tugas pemecahan masalah tersebut sudah berjalan efektif dan dapat mencapai sasaran atau tidak.

8. Analisis Kontekstual

Yaitu menentukan faktor-faktor yang mendukung dan menghambat dalam tugas-tugas pemecahan masalah serta bagaimana mengatasinya.

9. Terminasi

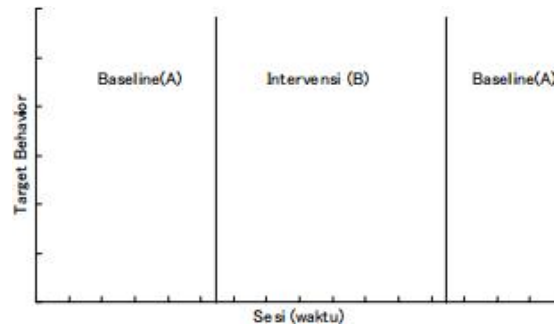
Terminasi adalah suatu proses pengakhiran kerjasama di antara pekerja sosial dengan klien (berakhirnya kontrak kerja). Dalam terminasi, pekerja sosial perlu menunjukkan kemajuan yang dialami oleh klien baik kemampuan klien itu sendiri maupun hasil pencapaian tujuan. Selain itu pekerja sosial harus memberikan dukungan dan meyakinkan klien bahwa dia seseorang yang kuat, mandiri dan memiliki kemampuan untuk memecahkan masalah sendiri. Selain itu, pekerja sosial perlu menjelaskan bahwa proses terminasi tersebut bukan berarti putusya komunikasi atau hubungan silaturahmi di antara pekerja sosial dengan klien melainkan sebatas pemutusan proses pertolongan.

BAB III METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode SSD dengan Desain yang diambil dalam penelitian ini adalah desain A-B-A. Desain A- B-A, yaitu desain yang menunjukkan adanya kontrol terhadap variabel bebas yang lebih kuat dibandingkan dengan desain lainnya. Oleh karena itu, validitas internal lebih meningkat sehingga hasil penelitian yang menunjukkan hubungan fungsional antara variabel terikat dan bebas lebih meyakinkan. Dengan membandingkan dua kondisi *baseline* sebelum dan sesudah intervensi. Keyakinan adanya pengaruh intervensi lebih dapat diyakinkan. Desain A-B-A dipakai untuk membuktikan keefektifan intervensi (Frankel & Wallen, 2006:309).

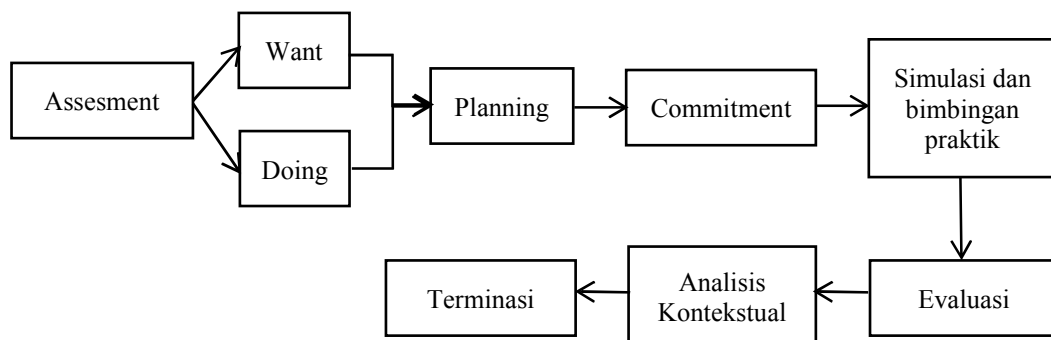
Pada desain A-B-A ini langkah pertama adalah mengumpulkan data perilaku sasaran (target behavior) pada kondisi garis dasar (*baseline*) awal (A) sampai data stabil dan keadaan pun natural belum mendapat intervensi apapun. Setelah data stabil pada kondisi garis dasar (*baseline*) awal (A), lalu intervensi (B) diberikan. Pengumpulan data pada kondisi intervensi dilaksanakan secara terus menerus sampai data mencapai kecenderungan arah dan level data yang jelas, subjek diberi perlakuan secara berulang-ulang. Setelah itu masing- masing kondisi, yaitu garis dasar (A) dan intervensi (B) diulang kembali pada subjek yang sama pada kondisi garis dasar (*baseline*) akhir (A) dan dalam fase ini dapat diketahui penurunan *irrational beliefs* setelah diberi intervensi.



Gambar 3. 1 Desain A-B-A Subjek Tunggal

Penelitian ini diharapkan akan lebih teliti dalam mengobservasi kegiatan proses pengaruh terapi realitas – *task centered* (Tirec) terhadap klien dengan masalah *irrational beliefs* pada korban penyalahgunaan NAPZA. Penelitian ini mengasumsikan bahwa subjek atau klien belum memiliki pemikiran yang rasional untuk dapat menyelesaikan masalahnya. Dengan metode penelitian ini diharapkan subjek mampu berpikir rasional.

Adapun tahapan pengembangan terapi realitas-*task centered* (Tirec) ini sebagai berikut:



Gambar 3. 2 Desain Terapi Realitas – *Task Centered*

1. *Assesment*

Di dalam *asesment*, tugas pekerja sosial bersama klien adalah menganalisis masalah klien juga merumuskan masalah tersebut, identifikasi

masalah potensial, kesepakatan sementara terhadap masalah, menantang mendefinisikan masalah yang tidak diinginkan/terpecahkan, mendapat detail masalah, identifikasi *baseline*, memutuskan perubahan yang diinginkan.

2. *Planning*

Merencanakan langkah-langkah pemecahan masalah.

3. *Commitment*

Subjek berkomitmen untuk melaksanakan rencana yang telah dibuat, dan berjanji pada diri dan kelompok tentang semua hal yang pernah diungkapkan.

4. Simulasi dan bimbingan praktik

Pekerja sosial perlu memberikan simulasi atau pelatihan-pelatihan serta bimbingan praktis berkaitan dengan tugas-tugas yang akan dilakukan Subjek dalam proses pemecahan masalahnya.

5. Evaluasi

Evaluasi langkah-langkah yang sudah dilakukan oleh subjek pada tugas – tugas pemecahan masalah

6. Analisis Kontekstual

Menentukan faktor-faktor yang mendukung dan menghambat dalam tugas-tugas pemecahan masalah serta bagaimana mengatasinya.

7. Terminasi

Pengakhiran kerjasama di antara pekerja sosial dengan subjek (berakhirnya kontrak kerja). Dalam terminasi, pekerja sosial perlu menunjukkan kemajuan-kemajuan yang dialami oleh subjek baik kemampuan subjek itu sendiri maupun hasil pencapaian tujuan. Selain itu pekerja sosial harus memberikan dukungan

(membesarkan hati subjek) dan meyakinkan subjek bahwa dia seseorang yang kuat, mandiri dan memiliki kemampuan untuk memecahkan masalah sendiri. Selain itu, pekerja sosial perlu menjelaskan bahwa proses terminasi tersebut bukan berarti putusnya komunikasi atau hubungan silaturahmi di antara pekerja sosial dengan subjek melainkan sebatas keputusan proses pertolongan.

3.2 Definisi Operasional

1. Irrational beliefs

Irrational beliefs yang dimaksud dalam penelitian ini adalah skor total hasil observasi yang muncul pada sebelum, selama, dan setelah diimplementasikan kepada korban penyalahguna NAPZA. Pengukuran aspek kognitif *irrational beliefs* dapat dilihat dengan kuesioner sebelum dan setelah intervensi dengan skor 40-52 (sangat tinggi), 27-39 (tinggi), 14-26 (rendah), dan 1-13 (sangat rendah).

2. Penyalahguna NAPZA

Seseorang yang menjadi korban penyalahguna NAPZA yang sedang mendapatkan pendampingan di Yayasan Grapiks yang mengalami *irrational beliefs*. bahwa korban penyalahgunaan NAPZA berkeyakinan jika berhenti menggunakan NAPZA dia tidak dapat beraktivitas seperti biasanya, lalu korban penyalahgunaan NAPZA berpendapat bahwa menggunakan NAPZA adalah cara untuk bertahan hidup. Adapun korban penyalahgunaan NAPZA dalam penelitian ini berjumlah 3 orang yang merupakan penerima manfaat pendampingan di Yayasan Grapiks, berjenis kelamin laki-laki dan berusia dewasa.

3. Pengembangan terapi realitas-*task centered* (Tirec)

Pengembangan terapi realitas yang dimaksud dalam penelitian ini adalah terapi realitas yang dikombinasikan dengan model *task centered* yang bertujuan untuk menangani *irrational beliefs* korban penyalahgunaan NAPZA. Adapun tahapan dalam terapi ini adalah *assessment, planning, commitment*, simulasi dan bimbingan praktik, evaluasi, analisis kontekstual, dan terminasi.

4. Lokasi penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Yayasan Grapiks yang berlokasi di Komplek 1 Blok C, Bina Karya No.56, Cimekar, Kecamatan Cileunyi, Kabupaten Bandung, Jawa Barat.

3.3 Pemilihan Subjek Penelitian

Korban penyalahgunaan NAPZA di Yayasan grapiks berjumlah 31 orang. Namun dalam penelitian ini hanya melibatkan 3 korban penyalahgunaan NAPZA yang mengalami *irrational beliefs*. Penentuan subjek penelitian dilakukan berdasarkan kriteria penelitian yaitu korban penyalahguna NAPZA yang sedang dalam pendampingan di Yayasan Grapiks, mengalami masalah *irrational beliefs*, berusia dewasa, minimal mendapatkan pendampingan selama 2 tahun, dan bersedia menjadi inform.

3.4 Alat ukur penelitian

Alat ukur penelitian menggunakan instrumen dan pencatatan dengan observasi langsung. Pencatatan yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah pencatatan kejadian dengan cara memberikan tanda (*tally*) pada kertas yang telah

disediakan setiap perilaku terjadi sampai dengan periode tertentu. Penelitian ini berfokus pada aspek kognitif saja dalam mengukur *irrational beliefs* yang merujuk kepada pernyataan Ellis, dkk. (2010) yang mengatakan bahwa alat ukur *irrational beliefs* yang baik merupakan instrument yang hanya mengukur aspek kognitif dari keyakinan *irrational* yaitu menginginkan agar sesuatu terjadi dengan tuntutan yang absolut, hiperbolis, menilai negatif terhadap dirinya sendiri saat keinginannya tidak terpenuhi, dan menuntut terhadap dirinya sendiri agar dirinya tidak mengalami kondisi yang tidak nyaman.

3.5 Uji Validitas dan Reliabilitas

Uji validitas yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah *face validity* (validitas muka). Menurut Nazir (2017:130) validitas muka berhubungan dengan penilaian para ahli terhadap suatu alat ukur yang digunakan. Artinya *face validity* yang akan digunakan dalam penelitian ini dengan cara mengkonsultasikan kepada pembimbing yang sekaligus pekerja sosial profesional.

Reliabilitas alat ukur yang akan digunakan dengan menghitung presentase kesepakatan. Reliabilitas digunakan dengan membandingkan hasil pengamatan dari peneliti dan konselor yang melakukan pengamatan terhadap perilaku yang akan diamati dari Subjek penelitian.. Rumus presentase kesepakatan sebagai berikut:

$$\text{Total Percent Agreement} = \frac{O + N}{T} \times 100\% = \dots\%$$

Keterangan:

O = *Occurrence agreement*

N = *Nonoccurrence agreement*

T = Banyaknya interval

Untuk menghitung *occurance agreement* dapat dihitung dengan rumus sebagai berikut:

$$\text{Occurance Agreement} = \frac{\text{agreement}}{\text{agreement} + \text{disagreement}} \times 100\% = \dots\%$$

Jika *target behavior* terjadi lebih dari 75%, maka *nonagreement occurance* harus dihitung. Untuk menghitung *nonagreement occurance* adalah sebagai berikut:

$$\text{Nonoccurance Agreement} = \frac{\text{agreement}}{\text{agreement} + \text{disagreement}} \times 100\% = \dots\%$$

Tabel 3. 1 Hasil Observasi Uji Reliabilitas Kognitif menginginkan agar sesuatu terjadi dengan tuntutan yang absolut

Interval	1	2	3	4	5	6
Observer 1	-	+	+	+	+	+
Observer 2	-	+	+	+	-	+

Sumber : Hasil Analisis Peneliti 2023

$$\frac{4+1}{6} \times 100 = 83,3\%$$

Tabel diatas menunjukkan bahwa mencatat persamaan kejadian terjadinya perilaku kognitif sebanyak 4x pada sesi 2, 3, 4, 6. Peneliti dan konselor mencatat persamaan perilaku kognitif yang tidak terjadi sebanyak 1x pada sesi 1.

Tabel 3. 2 Hasil Observasi Uji Reliabilitas Kognitif Hiperbolis

Interval	1	2	3	4	5	6
Observer 1	-	+	-	+	+	+
Observer 2	-	+	-	-	-	+

Sumber : Hasil Analisis Peneliti 2023

$$\frac{2+2}{6} \times 100 = 66,67\%$$

Tabel diatas menunjukkan bahwa mencatat persamaan kejadian terjadinya perilaku kognitif sebanyak 2x pada sesi 2, 6. Peneliti dan konselor mencatat persamaan perilaku kognitif yang tidak terjadi sebanyak 2x pada sesi 1, 3.

Tabel 3. 3 Hasil Observasi Uji Reliabilitas Kognitif menilai negatif terhadap dirinya sendiri saat keinginannya tidak terpenuhi

Interval	1	2	3	4	5	6
Observer 1	+	+	+	+	-	+
Observer 2	<u>+</u>	-	+	-	-	+

Sumber : Hasil Analisis Peneliti 2023

$$\frac{3+1}{6} \times 100 = 66,67\%$$

Tabel diatas menunjukkan bahwa mencatat persamaan kejadian terjadinya perilaku kognitif sebanyak 3x pada sesi 1, 3, 6. Peneliti dan konselor mencatat persamaan perilaku kognitif yang tidak terjadi sebanyak 1x pada sesi 5.

Tabel 3. 4 Hasil Observasi Uji Reliabilitas Kognitif menuntut terhadap dirinya sendiri agar dirinya tidak mengalami kondisi yang tidak nyaman.

Interval	1	2	3	4	5	6
Observer 1	+	+	+	-	+	+
Observer 2	<u>+</u>	-	+	-	+	+

Sumber : Hasil Analisis Peneliti 2023

$$\frac{4+1}{6} \times 100 = 83,3\%$$

Tabel diatas menunjukkan bahwa mencatat persamaan kejadian terjadinya perilaku kognitif sebanyak 4x pada sesi 1, 3, 5, 6. Peneliti dan konselor mencatat persamaan perilaku kognitif yang tidak terjadi sebanyak 1x pada sesi 4.

Masing – masing target kognitif dilakukan uji sebanyak 6x, dengan rata-rata dari uji tersebut sebesar 74,98% yang artinya alat observasi ini reliabel karena hasil ukur lebih dari 70%

3.6 Teknik Pengumpulan Data

1. Observasi

Teknik observasi digunakan dalam mengamati kegiatan klien dalam menerima manfaat di Yayasan Grapiks, berkumpul bersama dan mampu berkomunikasi dengan sesama penerima manfaat lainnya yang diamati oleh pekerja sosial.

2. Kuesioner

Kuesioner digunakan hanya sebagai alat ukur bantu untuk memperkuat hasil penelitian dengan memberikan *pre test* dan *post test* pada fase *baseline* A1 dan A2. Kuesioner dilakukan dengan cara memberikan seperangkat pertanyaan kepada subjek untuk mengukur tingkat *irrational beliefs* pada subjek YD dan DA.

3. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi merupakan teknik data yang dilakukan dengan mempelajari dokumen-dokumen dari hasil penelitian, jurnal- jurnal dan bahan tertulis lainnya terkait dengan penggunaan Terapi Realitas dan *Task Centered* dalam menangani korban penyalahgunaan NAPZA.

3.7 Teknik Analisis Data

Teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian desain subjek tunggal adalah analisis visual dengan menggunakan statistik deskriptif yang sederhana. Tujuan dari analisis data dalam bidang modifikasi perilaku adalah untuk mengetahui efek atau pengaruh intervensi terhadap perilaku sasaran yang akan diubah (Sunanto, 2006). Komponen analisis data dalam penelitian ini adalah :

1. Analisis dalam Kondisi

Pada analisis dalam kondisi peneliti akan melakukan analisis terhadap perubahan data yang terjadi pada suatu kondisi *baseline* atau kondisi intervensi. Komponen yang dianalisis dalam kondisi ini meliputi panjang kondisi, kecenderungan arah, tingkat stabilitas, tingkat perubahan, jejak data, dan rentang.

Komponen analisis dalam kondisi terdiri atas panjang kondisi, estimasi kecenderungan arah, kecenderungan stabilitas, kecenderungan jejak, level stabilitas dan rentang, dan level perubahan. Komponen analisis dalam kondisi dijelaskan secara rinci sebagai berikut:

- a. Panjang kondisi : panjang kondisi dilakukan dengan mengisi panjang interval dari keempat kondisi atau fase dalam penelitian. Panjang kondisi menunjukkan jumlah sesi dalam kondisi atau fase tersebut.
- b. Estimasi kecenderungan arah : estimasi kecenderungan arah dilakukan dengan mengestimasi menggunakan metode belah dua (*split middle*). Metode belah dua dilakukan dengan menggunakan opsi *trendline* pada Microsoft excel.
- c. Kecenderungan stabilitas : kecenderungan stabilitas ditentukan dengan menggunakan kriteria stabilitas sebesar 15%. Kecenderungan stabilitas dihitung dengan mencari mean data terlebih dahulu kemudian menentukan batas atas dan batas bawah. Tahap selanjutnya menghitung presentase data yang berada dalam rentang stabilitas. Jika presentase stabilitas sebesar 85%-90% dikatakan stabil, sedangkan dibawah itu dikatakan tidak stabil (variabel).

- d. Kecenderungan jejak : menentukan kecenderungan jejak data merupakan hal yang sama dengan menentukan kecenderungan arah. Oleh karena itu masukkan kembali hasil yang sama seperti pada kecenderungan arah.
- e. Level stabilitas dan rentang : menentukan level stabilitas dan rentang sebagaimana telah dihitung pada tahap sebelumnya yaitu dengan memasukan kecenderungan stabilitas dan rentang pada setiap kondisi.
- f. Level perubahan : menentukan level perubahan dengan cara menandai data pertama dan data terakhir pada kondisi. Hitung selisih antara kedua data tersebut dan tentukan arahnya menaik atau menurun. Tanda (+) diberikan jika membaik, (-) jika memburuk, dan (=) jika tidak ada perubahan.

2. Analisis Antar Kondisi

Peneliti melakukan analisis perbandingan antar kondisi *baseline* awal sebelum intervensi dengan kondisi *baseline* pasca intervensi. Kegiatan analisis ini dapat dilakukan apabila kondisi sudah dapat dikatakan stabil dan tidak terjadi *overlap*. Komponen utama yang perlu dianalisis meliputi jumlah variabel yang diubah, perubahan kecenderungan dan efeknya, perubahan stabilitas, perubahan level, dan data tumpang tindih (*overlap*). Dalam melakukan analisis antara kondisi ini, kondisi *baseline* sebelum intervensi dan kondisi *baseline* pada pasca intervensi perlu memiliki tingkat stabilitas yang konstan.

Kemudian terdapat komponen analisis antar kondisi yang terdiri atas jumlah variabel, perubahan arah dan efeknya, perubahan kecenderungan stabilitas, perubahan level, dan perubahan *overlap*. Komponen analisis dalam kondisi dijelaskan secara rinci sebagai berikut:

- a. Jumlah variabel : menentukan jumlah variabel yang diubah. Pada data rekaan variabel yang akan diubah dari kondisi *baseline* (A) ke intervensi yaitu sebanyak satu variabel.
- b. Perubahan kecenderungan arah dan efeknya : perubahan kecenderungan arah dan efeknya dengan memasukan kecenderungan arah dan efeknya antar kondisi yang dianalisis.
- c. Perubahan kecenderungan stabilitas : perubahan kecenderungan stabilitas dilakukan dengan melihat kecenderungan stabilitas pada fase *baseline* (A) dan intervensi (B) pada rangkuman analisis dalam kondisi yang telah dilakukan.
- d. Perubahan level : perubahan level dilakukan dengan cara menentukan data poin pada kondisi pertama yang akan dibandingkan dan data pada sesi pertama pada kondisi lain yang dibandingkan. Data tersebut selanjutnya dihitung jumlah selisih antar keduanya.
- e. Perubahan overlap : menentukan overlap data dilakukan dengan cara melihat kembali batas bawah dan batas atas. Hitung berapa jumlah data poin yang berada pada rentang tersebut. Data tersebut selanjutnya dihitung persentasenya dengan membagi data yang berada pada rentang dengan jumlah keseluruhan data pada kondisi.

DAFTAR PUSTAKA

- Ajzen, I, The theory of planned behaviour: Organizational behaviour and human decision processes 50 (2) 179-211, UK: McGraw Hill Education;1991
- Alfiah, Indah dan Fatimah Haniman. *Reality Therapy*. Journal Unair.
- Badan Narkotika Nasional. 2021. Advokasi pencegahan penyalahgunaan Narkoba. Jakarta: BNN RI
- Carr, A. (2007). *The Effectiveness Of Psychotherapy: A Review Of Research*. Dublin: Irish Council of Psychotherapy.
- Charles Ksir, dkk. 2012. "Drug, Society, and Human Behavior", model pencegahan penyalahgunaan NAPZA. USA. McGraw-Hill Education.
- Corey, G. 2010. *Teori dan Praktik Konseling dan Psikoterapi*. Bandung: PT. Refika Aditama.
- Darminto, Eko. 2006. *Model-Model Konseling. Teori, Proses dan Tehnik Konseling dari berbagai pendekatan dan orientasi teoritis*. Bahan Ajar. Universitas Negeri Surabaya
- David, Daniel, Steven J. Lynn, and Albert Ellis. 2009. *Rational and Irrational Beliefs: Research, Theory, and Clinical Practice*. London: Oxford University Press.
- Ellis, Albert, 1974, "Rational-Emotive Theory", dalam A. Burton (Ed.), *Operational Theories of Personality*. Brunner/ Mazel, New York.
- Ellis, Albert, 1979, *Reason and Emotion in Psychotherapy*, The Citadel Press, Canada.
- Ellis, Albert, 1980, Rational-Emotive Therapy; dalam Richie Herink (Ed.). *The Psychotherapy Handbook*, A Meridian Book, New York, 543-547. Ellis, Albert, 1989, Rational-Emotive Therapy; dalam Raymond J. Corsini dan Danny Wedding, *Current Psychotherapies*, Fourth Edition. F.E. Peacock, Illinois, 197-238.
- Eunike. 2017. *Restrukturisasi Academic Irrational beliefs melalui Konseling Kognitif*. Universitas Surabaya.
- George, Rickey L. dan Therese Stridde Christiani, 1981, *Theory, Methods, and Processes of Counseling and Psychotherapy*. Prentice-Hall, Inc, New Jersey.
- Gladding, S.T. (2011). Using Creativity and the Creative Arts in Counseling: An International Approach. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*. Vol. 4 (35), 1-7.

- Gladding, Samuel. (2012). *Konseling Profesi yang Menyeluruh*. Jakarta:PT. Indeks
- Glasser, W. (1990). *Reality therapy. A new approach to psychiatry*. Halaman 5-21. 1 st ed. Harper & Row. New York
- Glasser, W. 2010. *Reality Therapy In Action*. New York, NY, US: HarperCollins Publishers.
- Hawari, Dadang. (2008). *Terapi dan Rehabilitasi Miras dan Narkoba*. Badan Penerbit: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Edisi keenam cetakan kedua. atipun (2008), *Psikologi Konseling*. Malang: UMM Press
- Juang Sunanto (2006). *Single Subject Design*. Bandung: UPI Press.
- Jumayar Marbun. (2017). *Pekerjaan Sosial dengan NAPZA/NARKOBA*. Bandung. STKS Press
- Lukens, E., dan McFarlane, W.,. *Psychoeducation as Evidence-Based Practice : Consideration for Practice, Journal Brief Treatment and Crisis Intervention*. Oxford University Press;2004
- Maag, John W, 2008, “Rational-Emotive Therapy to Help Teachers Control Their Emotions and Behavior When Dealing With Disagreeable Students”; dalam *Journal of Intervention in School and Clinic* , 44 (1), SAGE Publications, Barkley, 52-57.
- Mubin dan Rahayu.2019.*Pengaruh terapi Psikoedukasi Keluarga skizoprenia paranoid terhadap kepatuhan minum obat Pasien*.Universitas Muhammadiyah Semarang
- Mottaghipour, Y., & Bickerton, *The Pyramid of Family Care : A Framework for Family Involvement with adult mental health services*. Toronto:Prentice Hall Health;2005
- Nugroho, Andreas Rian. 2019. *Konsep Creative Counselling Untuk Mengatasi Irrational Belief*. Jurnal Selaras.
- Olivia, nelson, dan uke. 2022.*Pengembangan terapi realitas WDEPC+SR dalam mengurangi kecenderungan relaps residen di Yayasan Sekar Mawar*.Politeknik kesejahteraan Bandung
- Paska, Dameuli.2022. *Blended Technic Terapi Task Centered dan Token Ekonomi dalam Meningkatkan Keterampilan Sosial Korban Penyalahguna NAPZA*. Politeknik kesejahteraan Bandung
- Payne, M. 2014. *Teori Pekerjaan Sosial Modern*. doi:10.1007/978-1-137-40603-3
- Ramos, Blanka M. 2016. *The Task Centered Model*. New York : School of Social Work The University of New York.
- Ramos, B. M., & Tolson, E. R. (2016). *The task-centered model*. In N. Coady & P.

- Lehmann (Eds.), *Theoretical perspectives for direct social work practice: A generalist-eclectic approach* (pp. 273–291). Springer Publishing Company.
- Sofia Retnowati, (2002). Pendekatan Kognitif dalam Psikoterapi; dalam M.A. Subandi (Ed.), *Psikoterapi*, Pustaka Pelajar dan Publikasi Fakultas Psikologi UGM, Yogyakarta, 117-137.
- Rooney, R. H. (1988). Measuring task-centred training effects on practice: Results of an audiotape study in a public agency. *Journal of Continuing Social Work Education*, 4(4), 2–7.
- Sasmita. 2015. *Irrational beliefs dalam Konteks Kehidupan Seminari*. Jurnal Teologi.
- Sugiyono. 2017. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung : Alfabeta.
- Susanti, R. (2015). Efektifitas Konseling Realitas Untuk Peningkatan Regulasi Diri Mahasiswa Dalam Menyelesaikan Skripsi. *Jurnal Psikologi UIN Sultan Syarif Kasim Riau*, 11(Desember), 88–93
- Solichah.2019.*konseling pendekatan terapi realitas untuk mengatasi prokrastinasi akademik*.UIN Maulana Malik Ibrahim Malang
- Warzuknidini, W., Pramono, A., & Firmansyah, M. (2020). Pengaruh Psikoedukasi Pencegahan Penyalahgunaan Narkoba terhadap Perubahan Sikap Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Islam Malang. *Jurnal Bio Komplementer Medicine*, 7(1).
- Willis, Sofyan S. 2004. *Konseling Individual: Teori dan Praktek*. Bandung: Alfabeta
- Winkell,W.S. dan Sri Hastuti. 2004. *Bimbingan dan Konseling di Institusi Pendidikan*. Yogyakarta: Media Abadi
- Wubbolding, R. E. (2015). The voice of William Glasser: Accessing the continuing evolution of reality therapy. *Journal of Mental Health Counseling*, 37(3), 189-205.
- Wulandari, P. D., Alfian, I. N., & Wideasavitri, P. N. (2020). Pelatihan Kontrol Diri untuk Mencegah Relapse pada Narapidana Kelompok Rehab Mantan Pecandu Narkoba di Lapas. *Jurnal Diversita*, 6(2), 175-182. DOI: <https://doi.org/10.31289/diversita.v6i2.4083>
- Yodha Wahdiat Setiawan. (2021). Pengaruh Model Teknik Permainan Pada Terapi Realitas Untuk Mengatasi Gangguan Kecemasa Anak Korban Kekerasan Seksual di Balai Anak Paramita Mataram. Bandung: Politeknik Kesejahteraan Sosial

Irrational Beliefs
**PENGARUH IMPLEMENTASI TERAPI REALITAS-TASK ENTERED
(TIREC) TERHADAP KORBAN PENYALAHGUNAA NAPZA YANG
IRRATIONAL BELIEFS DI YAYASAN GRAPIKS KABUPATEN
BANDUNG**

I. IDENTITAS

1. Tempat/Tgl lahir :
2. Jenis Kelamin :
3. Usia :

II. PETUNJUK PENGISIAN

1. Bacalah pertanyaan-pertanyaan pada lembar berikut, kemudian kerjakan dengan sungguh-sungguh sesuai dengan keadaan anda
2. Sebaiknya jawaban bersifat spontan dan tidak didasarkan atas apa yang subjek anggap wajar
3. Usahakan jangan sampai ada nomor yang terlewat, dan perlu subjek ketahui bahwa semua data adalah rahasia.
4. Semua jawaban adalah benar, dan tidak ada jawaban yang salah, sesuai dengan keadaan subjek .
5. Pada angket terdapat beberapa pertanyaan yang diikuti oleh empat alternatif jawaban, yaitu : SS, S, TS, STS
6. Pilihlah satu jawaban yang sesuai dengan keadaan subjek dengan memberi tanda silang (x) pada jawaban :

- SS : Sangat sesuai
S : Sesuai
TS : Tidak Sesuai
STS : Sangat Tidak Sesuai

Contoh :

- | No | Pertanyaan | Pilihan Jawaban |
|-----------|--|------------------------|
| 1. | Jika saya gagal dalam melakukan sesuatu,
Saya akan mencobanya lagi | SS S TS STS |
| - | Jika anda memilih jawaban (S) berarti anda setuju dengan pernyataan”jika | |

saya gagal dalam melakukan sesuatu, saya akan mencobanya lagi”

- Bila anda melakukan kekeliruan dalam memilih jawaban, anda cukup memberi tanda sama dengan (=) pada pilihan yang tidak sesuai, kemudian memberi tanda silang (√) pada pilihan yang anda anggap sesuai.
- Selamat bekerja dan terima kasih.

III. KUESIONER IRRATIONAL BELIEFS

No	Pertanyaan	Pilihan Jawaban			
		SS	S	TS	STS
1.	Saya harus melakukan sesuatu dengan baik dan mendapatkan persetujuan dari semua orang yang berarti, bagi saya atau saya akan menjadi orang yang tidak berguna				
2.	Orang lain harus memperlakukan saya dengan baik dan adil kalau tidak mereka jahat				
3.	Saya harus memiliki kehidupan yang mudah dan menyenangkan atau saya tidak dapat menikmati hidup sama sekali				
4.	Semua orang yang penting bagi saya harus mencintai saya dan menyetujui saya atau itu akan menjadi ancaman bagi saya				
5.	Saya harus dalam kendali zat kalau tidak saya akan menjadi tidak berharga				
6.	Tidak seorangpun boleh berperilaku buruk terhadap saya dan jika mereka melakukannya saya akan mengancam mereka				
7.	Saya tidak boleh frustasi dalam mendapatkan yang saya inginkan dan jika saya melakukannya akan sangat buruk				

No	Pertanyaan	Pilihan Jawaban			
		SS	S	TS	STS
8.	Ketika segala sesuatu terjadi dan saya berada di bawah tekanan saya pasti sengsara dan tidak ada yang saya dapat lakukan lagi				
9.	Ketika dihadapkan dengan sesuatu yang menakutkan atau berbahaya terjadi pada saya, saya harus berusaha untuk menghindari				
10.	Saya dapat menghindari tanggung jawab saya dan mengatasi kesulitan hidup dengan mudah				
11.	Masa lalu saya adalah bagian terpenting dalam hidup saya dan akan selalu menuntut apa yang saya rasakan dan saya lakukan				
12.	Setiap orang dan segala sesuatu dari saya harus lebih baik dari orang lain, jika tidak itu mengerikan bagi saya				
13.	Saya bisa sebahagia mungkin dengan melakukan sesedikit mungkin dan hanya menikmati diri saya sendiri.				