



TESIS

**IMPLEMENTASI *COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY* DAN
RELAPSE PREVENTION TRAINING TERHADAP
KECEMASAN PENYALAHGUNA NAPZA
DI YAYASAN GRAHAPRIMA KARYA
SEJAHTERA KABUPATEN BANDUNG**

**Diajukan untuk Memenuhi Persyaratan Gelar Magister Terapan
Pekerjaan Sosial (M.Tr.Sos)**

Dosen Pembimbing:

Dr. Raden Enkeu Agiati, M.Si.

Rini Hartini Rinda Andayani, M.Pd., Ph.D.

Oleh:

RADEN ARYAN NUGROHO

21.01.017

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

HALAMAN PERSEMBAHAN

Tesis ini saya persembahkan kepada :

*Kedua orang tua Yulia Setiati dan R Wahyu Tri N yang senantiasa
memberikan doa, dukungan serta motivasi kepada penulis.*

*Kedua dosen pembimbing Dr. Enkeu Agiati, M.Si dan Rini Hartini
Rinda Andayani, M.Pd., Ph.D yang telah membimbing hingga
mengantarkan penulis memperoleh gelar Magister Terapan Pekerjaan
Sosial.*

*Alamamater tercinta Politeknik Kesejahteraan Sosial Bandung
berserta seluruh kenangan di dalamnya.*

Serta untuk pasangan hidupku Adhilia Patikadevi.

RIWAYAT HIDUP



Penulis bernama lengkap Raden Aryan Nugroho, lahir di Kota Bandung 13 Februari 1998. Penulis merupakan anak ke 1 (satu) dari 3 (tiga) bersaudara dari pasangan Raden Wahyu Tri Nugroho dan Yulia Setiati. Penulis melaksanakan pendidikan di SMA BPI 2 Kota Bandung lulus pada tahun 2016. Penulis melanjutkan pendidikan Diploma Empat Program Studi Pekerjaan Sosial Program Sarjana Terapan Politeknik Kesejahteraan Sosial Bandung, lulus pada tahun 2020. Penulis melanjutkan pendidikan sejalur di Program Studi Pekerjaan Sosial Program Magister Terapan Politeknik Kesejahteraan Sosial Bandung tahun 2021. Penulis memiliki pengalaman sebagai Enumerator Survei Nasional Pengalaman Hidup Anak dan Remaja KPPPA tahun 2021. Saat ini penulis aktif sebagai *Community Organizer* di Komisi Penanggulangan AIDS KPA Kota Bandung.

PERNYATAAN TIDAK MELAKUKAN PLAGIAT

Dengan ini saya menyatakan bahwa Tesis yang berjudul “Implementasi *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Relapse Prevention Training* Terhadap Kecemasan Penyalahguna NAPZA di Yayasan Graha Prima Karya Sejahtera Kabupaten Bandung” adalah karya saya sendiri. Karya ini belum dipublikasikan dalam bentuk apapun kepada perguruan tinggi atau lembaga lainnya. Sumber informasi yang berasal atau yang dikutip secara langsung maupun tidak langsung dari penulis lain dalam karya yang dipublikasikan maupun tidak, telah disebut dalam teks dan dicantumkan dalam daftar pustaka di bagian akhir karya ini.

Bandung, Juli 2023

RADEN ARYAN NUGROHO

NRP. 21.01.017

ABSTRACT

RADEN ARYAN NUGROHO. 2101017. Implementation of Cognitive Behaviour Therapy and Relapse Prevention Training on Anxiety of Drug Abusers at Graha Prima Karya Sejahtera Foundation, Bandung Regency. Supervisors RADEN ENKEU AGIATI and RINI HARTINI RINDA ANDAYANI.

Cognitive Behaviour Therapy and Relapse Prevention Training are therapies aimed at addressing drug abusers' anxiety. Anxiety refers to a psychological disorder where drug abusers experience feelings of restlessness, difficulty sleeping, night waking, sleeplessness, and frequent early morning awakenings. The purpose of this study was to obtain an empirical picture, and analyse the anxiety disorder of drug abusers. The research method used is quantitative method with Single Subject Design (SSD) ABA model. Researchers used primary and secondary data sources. The validity test of the measuring instrument used in this study is the face validity test while the measuring instrument reliability test uses percent agreement. The research subject was a client of the Graha Prima Karya Sejahtera Foundation, aged 24 years, had undergone rehabilitation for at least 6 months and experienced anxiety. The researcher used the HARS instrument in measuring respondents' anxiety. The data analysis technique used is visual analysis with descriptive statistics. The results showed that Cognitive Behaviour Therapy and Relapse Prevention Training had an effect on reducing subject anxiety. This is evidenced by a decrease in subject anxiety which includes feelings of restlessness, difficulty falling asleep, nighttime awakenings, sleeplessness, and frequent early morning awakenings.

Keywords: Cognitive Behaviour Therapy, Relapse Prevention Training, Anxiety, Drug Abuse, and Single Subject Design

ABSTRAK

RADEN ARYAN NUGROHO. 2101017. Implementasi *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Relapse Prevention Training* Terhadap Kecemasan Penyalahguna NAPZA di Yayasan Graha Prima Karya Sejahtera Kabupaten Bandung. Dosen Pembimbing RADEN ENKEU AGIATI dan RINI HARTINI RINDA ANDAYANI.

Cognitive Behaviour Therapy dan *Relapse Prevention Training* adalah terapi bertujuan untuk mengatasi kecemasan penyalahguna NAPZA. Kecemasan merujuk pada gangguan psikologis penyalahguna NAPZA mengalami perasaan gelisah, kesulitan tidur, terbangun malam hari, tidak nyenyak, dan sering terbangun dini hari. Tujuan Penelitian ini adalah untuk memperoleh gambaran secara empiris, dan menganalisis gangguan kecemasan penyalahguna NAPZA. Metode penelitian yang digunakan yaitu metode kuantitatif dengan desain *Single Subject Design (SSD)* model ABA. Peneliti menggunakan sumber data primer dan sekunder. Uji validitas alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji validitas *face validity* sedangkan uji realibilitas alat ukur menggunakan *percent agreement*. Subyek penelitian yaitu seorang klien Yayasan Graha Prima Karya Sejahtera, berusia 24 tahun, sudah menjalani rehabilitasi selama minimal 6 bulan dan mengalami kecemasan. Peneliti menggunakan instrumen *HARS* dalam mengukur kecemasan responden. Teknik analisa data yang digunakan adalah analisis visual dengan statistik deskriptif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Relapse Prevention Training* berpengaruh mengurangi kecemasan subyek. Hal tersebut dibuktikan dengan penurunan kecemasan subyek yang mencakup perasaan gelisah, kesulitan tidur, terbangun malam hari, tidak nyenyak, dan sering terbangun dini hari.

Kata Kunci: *Cognitive Behaviour Therapy, Relapse Prevention Training, Kecemasan, Penyalahguna NAPZA, dan Single Subject Design*

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim, puji syukur penulis panjatkan atas kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat dan pertolongan-Nya sehingga penulis diberikan kelancaran dalam menyusun Tesis ini. Penulis menyadari bahwa tanpa arahan, bimbingan, dukungan dan bantuan dari berbagai pihak maka Tesis dengan judul “Implementasi *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Relapse Prevention Training* Terhadap Kecemasan Penyalahguna NAPZA di Yayasan Graha Prima Karya Sejahtera Kabupaten Bandung” tidak akan terwujud. Oleh karena itu, penulis ingin mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat:

1. Dr. Marjuki, M.Sc., selaku Direktur Politeknik Kesejahteraan Sosial Bandung.
2. Dr. Raden. Enkeu Agiati, M.Si., dan Rini Hartini Rinda Andayani, M.Pd., Ph.D., selaku Dosen Pembimbing yang senantiasa memberikan bimbingan dan arahan kepada penulis dengan penuh kesabaran dan kebaikan.
3. Dwi Yuliani, M.Si., Ph.D., selaku Ketua Program Studi Pekerjaan Sosial Program Magister Terapan Politeknik Kesejahteraan Sosial Bandung.
4. Tuti Kartika, Ph.D., selaku Sekretaris Program Studi Pekerjaan Sosial Program Magister Terapan Politeknik Kesejahteraan Sosial Bandung dan selaku Dosen Wali yang telah mendukung proses studi penulis.
5. Susilawati, M.Si., Ph.D., selaku Kepala Laboratorium Magister Terapan yang memfasilitasi kami dalam menjalankan praktik pekerjaan sosial.

6. Seluruh Bapak/Ibu Dosen Politeknik Kesejahteraan Sosial Bandung yang telah memberikan pengetahuan yang sangat bermanfaat selama masa perkuliahan.
7. Drs. Kartono selaku Kepala Direktur Yayasan Grapiks yang telah memberikan izin kepada penulis untuk melaksanakan penelitian
8. Reiha Fadila selaku pengarah penulis di Yayasan Grapiks
9. Rekan-rekan Magister Terapan Angkatan 2021 terutama Faisal, Aliefio, Vika Nurdian Soleha, Harin Winanda, Helping Zai yang tidak henti-hentinya memberikan dukungan agar senantiasa terus berjuang dan bekerja keras.
10. Dewi Ardhi Nurlailia Agustin dan seluruh staff KPA Kota Bandung.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan dan terdapat kekurangan. Oleh karena itu, dengan segenap kerendahan hati penulis bersedia menerima saran dan masukan demi perbaikan di masa yang akan datang. Semoga tesis ini dapat bermanfaat baik bagi peneliti maupun pihak lain yang membacanya.

Bandung, Juli 2023

Penulis

DAFTAR ISI

ABSTRACT	i
ABSTRAK	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR GAMBAR	x
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Rumusan Masalah	8
1.3 Hipotesis Penelitian.....	9
1.4 Tujuan Penelitian	9
1.5 Manfaat Penelitian	10
BAB II TINJAUAN TEORITIK DAN KERANGKA PIKIR	11
2.1 Penelitian Terdahulu	11
2.2 Kajian tentang NAPZA	16
2.2.1 Pengertian NAPZA	16
2.2.2 Pengertian Korban Penyalahguna NAPZA	17
2.2.3 Penggolongan NAPZA.....	18
2.2.4 Faktor Penyebab Penyalahgunaan NAPZA.....	22
2.3 Kajian tentang <i>Cognitive Behaviour Therapy</i>	26
2.3.1 Pengertian <i>Cognitive Behaviour Therapy</i>	26
2.3.2 Tujuan <i>Cognitive Behaviour Therapy</i>	30
2.3.3 Fokus <i>Cognitive Behavior Therapy</i>	31
2.3.4 Karakteristik <i>Cognitive Behavior Therapy</i>	31
2.3.5 Proses dan Tahapan <i>Cognitive Behaviour Therapy</i>	34
2.4 Kajian tentang <i>Relapse Prevention Training</i>	37
2.5 Kajian tentang Kecemasan	40
2.5.1 Pengertian Kecemasan	40
2.5.2 Faktor Penyebab Kecemasan.....	42

2.5.3 Tanda dan Gejala Kecemasan.....	43
2.5.4 Dampak Kecemasan.....	45
2.5.5 Aspek Kecemasan.....	46
2.5.6 Ciri-ciri Kecemasan.....	48
2.5.7 Jenis Kecemasan.....	49
2.6 Kerangka Pikir Penelitian.....	51
BAB III METODE PENELITIAN.....	54
3.1. Desain Penelitian.....	54
3.2. Definisi Operasional.....	54
3.3. Subyek Penelitian.....	56
3.4. Alat Ukur Penelitian.....	56
3.5. Uji Validitas dan Realibilitas Alat Ukur.....	57
3.6. Teknik Pengumpulan Data.....	59
3.7. Teknik Analisis Data.....	61
3.8. Langkah dan Jadwal Penelitian.....	62
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	64
4.1. Gambaran Lokasi Penelitian.....	64
4.1.1 Sejarah Yayasan Graha Prima Karya Sejahtera.....	64
4.1.2 Visi dan Misi Yayasan Graha Prima Karya Sejahtera.....	65
4.1.3 Program Program Yayasan Graha Prima Karya Sejahtera.....	66
4.1.4 Struktur Organisasi.....	69
4.1.5 Kecemasan Subyek AR Sebelum Implementasi <i>Cognitive Behaviour Therapy</i> dan <i>Relapse Prevention Training</i>	72
4.1.6 Implementasi <i>Cognitive Behaviour Therapy</i> dan <i>Relapse Prevention Training</i> Terhadap Kecemasan Subyek AR.....	74
4.1.7 Kecemasan Subyek AR Setelah Implementasi <i>Cognitive Behaviour Therapy</i> dan <i>Relapse Prevention Training</i>	76
4.3. Hasil Pengukuran Kecemasan Subyek AR Sebelum, Selama, dan Sesudah Implementasi <i>Cognitive Behaviour Therapy</i> dan <i>Relapse Prevention</i>	77
4.3.1. Hasil Pengukuran Terhadap Kecemasan Merasa Gelisah.....	77
4.3.2. Hasil Pengukuran Terhadap Kecemasan Kesulitan Tidur.....	81
4.3.3. Hasil Pengukuran Terhadap Kecemasan Terbangun Malam Hari.....	86

4.3.4. Hasil Pengukuran Terhadap Kecemasan Tidur Tidak Nyenyak.....	90
4.3.5. Hasil Pengukuran Terhadap Kecemasan Sering Terbangun Dini Hari.....	95
4.4. Pengujian Hipotesis.....	99
4.5. Hasil Analisis Data.....	100
4.6. Pembahasan	115
BAB V IMPLIKASI HASIL PENELITIAN.....	118
5.1 Implikasi Teori.....	118
5.2 Implikasi Praktis	120
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN.....	134
6.1. Kesimpulan	134
6.2. Saran.....	136
DAFTAR PUSTAKA.....	138
LAMPIRAN	140

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Matriks Penelitian Terdahulu	13
Tabel 2.2	Proses Penerapan Terapi CBT	36
Tabel 2.3	Kriteria Koefisien Reliabilitas	58
Tabel 3.1	Matriks Jadwal Penelitan.....	63
Tabel 4.1	Identitas Keluarga Subyek.....	70
Tabel 4.2	Kecemasan Subyek Sebelum Implementasi Cognitive Behaviour Therapy dan Relapse Prevention Training	73
Tabel 4.3	Proses Tahapan Cognitive Behaviour Therapy dan Relapse Prevention Training Terhadap Kecemasan Subyek AR	75
Tabel 4.4	Kecemasan Subyek Setelah Implementasi Cognitive Behaviour Therapy dan Relapse Prevention Training	76
Tabel 4.5	Hasil Observasi A1 Subyek AR Merasa Gelisah.....	77
Tabel 4.6	Hasil Observasi Intervensi (B) Subyek AR Merasa Gelisah.....	78
Tabel 4.7	Hasil Observasi A2 Subyek AR Merasa Gelisah.....	79
Tabel 4.8	Hasil Observasi A1 Subyek AR Kesulitan Tidur	81
Tabel 4.9	Hasil Observasi Intervensi (B) Subyek AR Kesulitan Tidur.....	83
Tabel 4.10	Hasil Observasi A2 Subyek AR Kesulitan Tidur.....	84
Tabel 4.11	Hasil Observasi A1 Subyek AR Terbangun Malam Hari.....	86
Tabel 4.12	Hasil Observasi B Subyek AR Terbangun Malam Hari.....	87
Tabel 4.13	Hasil Observasi A2 Subyek AR Terbangun Malam Hari.....	89
Tabel 4.14	Hasil Observasi A1 Subyek AR Tidur Tidak Nyenyak	91
Tabel 4.15	Hasil Observasi Intervensi (B) Subyek AR Tidur Tidak Nyenyak...	92
Tabel 4. 16	Hasil Observasi A2 Subyek AR Terbangun Malam Hari.....	93
Tabel 4.17	Hasil Observasi A1 Subyek AR Sering Terbangun Dini Hari.....	95
Tabel 4.18	Hasil Observasi Intervensi (B) Subyek AR Sering Terbangun Dini Hari.....	96
Tabel 4.19	Hasil Observasi A2 Subyek AR Sering Terbangun Dini Hari.....	97
Tabel 4.20	Hasil Analisis Data dalam Kondisi Kecemasan Merasa Gelisah Subyek AR.....	100
Tabel 4.21	Hasil Analisis Data antar Kondisi Kecemasan Merasa Gelisah Subyek AR.....	102
Tabel 4.22	Hasil Analisis Data dalam Kondisi Kecemasan Kesulitan Tidur Subyek AR.....	103
Tabel 4.23	Hasil Analisis Data antar Kondisi Kecemasan Kesulitan Tidur Subyek AR.....	105
Tabel 4.24	Hasil Analisis Data dalam Kondisi Kecemasan Terbangun di Malam Hari Subyek AR.....	106
Tabel 4.25	Hasil Analisis Data antar Kondisi Kecemasan Terbangun di Malam Hari Subyek AR.....	108

Tabel 4.26	Hasil Analisis Data dalam Kondisi Kecemasan Tidur Tidak Nyenyak Subyek AR.....	109
Tabel 4.27	Hasil Analisis Data antar Kondisi Kecemasan Tidur Tidak Nyenyak Subyek AR.....	111
Tabel 4.28	Hasil Analisis Data dalam Kondisi Kecemasan Sering Terbangun Dini Hari Subyek AR.....	112
Tabel 4.29	Hasil Analisis Data antar Kondisi Kecemasan Sering Terbangun Dini Hari Subyek AR.....	114
Tabel 5.1	Analisis SWOT pada Rekayasa Teknologi Terapi Cognitive Behaviour Therapy dengan Relapse Prevention Training	132

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Pikir Penelitian.....	51
Gambar 4.1 Bagan Alur Impelementasi Cognitive Behaviour Therapy dengan Relapse Prevention Training Terhadap Kecemasan Penyalahguna NAPZA.....	74
Gambar 4.2 Grafik Perilaku Merasa Gelisah Subyek AR pada Fase A1, B, dan A2.....	81
Gambar 4.3 Grafik Perilaku Kesulitan Tidur Subyek AR pada Fase A1, B, dan A2.....	85
Gambar 4.4 Grafik Perilaku Terbangun di Malam Hari Subyek AR pada Fase A1, B, dan A2	90
Gambar 4.5 Grafik Perilaku Tidak Tidur Nyenyak Subyek AR pada Fase A1, B, dan A2	94
Gambar 4.6 Grafik Perilaku Kecemahan Serin terbangun Dina Hari AR pada Fase A1, B, dan A2	98
Gambar 5.1 Penerapan Cognitive Behaviour Therapy dan Relapse Prevention Training	121

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Penyalahgunaan Narkotika Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA) merupakan salah satu masalah sosial yang terjadi di Indonesia. Permasalahan ini telah terjadi sejak lama dan masih bertahan di tengah-tengah masyarakat, bahkan kini gejalanya semakin meningkat sejalan dengan era globalisasi yang dihadapi. Penyalahgunaan NAPZA di Indonesia menjadi masalah sosial nasional yang penanggulangannya tidak dapat ditunda dan harus menjadi prioritas utama dalam pelaksanaan pembangunan kesejahteraan sosial. Kasus penyalahgunaan NAPZA akan dikhawatirkan membawa dampak terjadinya *lost generation*. Hal tersebut karena banyaknya penyalahguna NAPZA yaitu kelompok usia muda yang dapat mengancam kehidupan generasi muda. Data yang diperoleh dari RSKO 78,6% penyalahguna NAPZA berjenis kelamin laki-laki dan perempuan yang berusia dibawah 25 tahun.

Undang-undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika, yang dimaksud ketergantungan narkotika merupakan kondisi yang ditandai dengan penggunaan NAPZA secara terus menerus untuk menimbulkan efek, dan apabila penggunaanya dihentika secara tiba-tiba maka akan menimbulkan gejala fisik dan psikis. Jika sudah dalam ketergantungan maka akan merusak sistem saraf sehingga menimbulkan efek negatif bagi penggunaanya. Ketergantungan penggunaan NAPZA tidak hanya berpengaruh negatif pada fisik dan psikis akan tetapi juga berdampak negatif pada keluarga dan kehidupan sosialnya. Efek ketergantungan

merupakan suatu tahap yang dirasakan individu apabila menggunakan obat secara secara berulang kali. Akan tetapi istilah ketergantungan memiliki dua macam makna, yaitu ketergantungan fisik dan ketergantungan psikologis. Ketergantungan fisik ditandai dengan gejala fisik yang dapat diamati jika individu menghentikan penggunaan obat, sedangkan ketergantungan psikologis ditandai dengan adanya keinginan yang besar dari dalam individu untuk terus menggunakan obat.

Kasus penyalahgunaan NAPZA di Indonesia semakin marak disemua lapisan masyarakat. Sasaran pengedarnya tidak hanya pada penikmat hiburan malam, namun juga sudah menyebar ke berbagai lingkungan masyarakat dari tokoh masyarakat, pekerja kantor, remaja, pelajar, bahkan anggota kepolisian dan tentara. Penyalahgunaan NAPZA didefinisikan sebagai pola maladaptif, yang berdampak kepada kemunduran signifikan atau bukti-bukti distress diantaranya kegagalan dalam melakukan tugas dan tanggung jawab, menggunakan zat dalam situasi fisik yang berbahaya, masalah-masalah hukum dan masalah interpersonal, untuk mengatasi hal tersebut adanya program rehabilitasi baik yang disediakan oleh pemerintah ataupun yayasan swasta.

Program rehabilitasi yang diperuntukan bagi penyalahguna NAPZA bertujuan untuk menghentikan kecanduan. Menghentikan kecanduan bukanlah masalah yang sulit, karena banyak orang yang dapat berhenti menggunakan NAPZA beberapa lama. Hal yang sulit dilakukan adalah mencegah perilaku kekambuhan (*relapse*) dan mengubah perilaku pencandu yang berorientasi pada perilaku mencari NAPZA. *Relapse* merupakan penyakit yang sering menghinggap

kalangan pecandu narkoba, tidak heran jika pecandu bisa beberapa kali keluar masuk rehabilitasi untuk menjalani pemulihan (Katleen, 2012).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Badan Narkotika Nasional (BNN) pada tahun 2021 bersama dengan Badan Riset dan Inovasi Nasional (BRIN) serta Badan Pusat Statistik (BPS) menunjukkan bahwa angka prevalensi secara nasional mengalami kenaikan. Pada tahun 2019 prevalensi penyalahguna NAPZA sebesar 1,80% atau 3.419.188 orang dan pada tahun 2021 terdapat peningkatan menjadi 1,95% atau 3.662.646 orang. Peningkatan prevalensi pada tahun 2021 terdapat peningkatan sebesar 0,15% jika dibandingkan dengan prevalensi pada tahun 2019. Prevalensi penyalahguna NAPZA di Provinsi Jawa Barat pada tahun 2020 adalah 0,40% atau sekitar 68.042 jiwa menurut BNN Kota Bandung (2020). Pada tahun 2021 jumlah penyalahguna NAPZA di Jawa Barat meningkat yaitu mencapai 1,28% atau sekitar 950.000 jiwa.

Korban penyalahguna NAPZA pada dasarnya tidak mengenal kata sembuh atau terbebas selamanya dari perilaku adiksinya. Korban penyalahguna NAPZA memiliki kemungkinan dan kecenderungan untuk *relapse* (kambuh). Pada tahun 2018 Deputi Bidang Rehabilitasi BNN menyatakan bahwa sekitar 70 persen dari jumlah pecandu NAPZA yang telah melalui program rehabilitasi dari BNN cenderung mengulangi penyalahgunaan. Berdasarkan survey yang dilakukan oleh Nova dalam Dipa dan Palupi (2021) yang dilakukan di Balai Besar Rehabilitasi BNN tren *relapse* pada tahun 2018-2020 mengalami penurunan. Rasio *relapse* pada tahun 2018 dan 2019 sebanyak 6,3. Pada tahun 2020 rasio *relapse* sebesar 3,5 total penyalahguna. Pada tahun 2020 terjadi penurunan jumlah penyalahguna NAPZA di

Balai Besar Rehabilitasi BNN yang diprediksi juga akibat adanya Pandemi Covid-19.

Korban penyalahguna NAPZA adalah orang yang wajib menjalani rehabilitasi. Persoalannya adalah jumlah lembaga yang memberikan pelayanan rehabilitasi korban NAPZA masih terbatas dan belum mampu mengimbangi laju pertambahan jumlah korban NAPZA. Kondisi ini mengisyaratkan pentingnya partisipasi masyarakat luas dalam penyelenggaraan rehabilitasi. Peran masyarakat dalam bidang rehabilitasi tercermin dari UU 35/2009 tentang Narkotika Pasal 57: Selain melalui pengobatan dan/atau rehabilitasi medis, penyembuhan Pecandu Narkotika dapat diselenggarakan oleh instansi pemerintah atau masyarakat melalui pendekatan keagamaan dan tradisional. Terkait dengan peraturan perundangan ini, Menteri Sosial memberi peluang besar kepada masyarakat untuk turut serta dalam rehabilitasi sosial. Peraturan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 26 tahun 2012 Tentang Standar Rehabilitasi Bagi Korban Penyalahguna Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif Lainnya. Pasal 29 ayat (1) Masyarakat mempunyai kesempatan seluas-luasnya untuk berperan dalam penyelenggaraan rehabilitasi sosial Korban Penyalahgunaan NAPZA.

Salah satu upaya masyarakat untuk menanggulangi dampak penyalahgunaan NAPZA adalah dengan mengirim penyalahguna NAPZA ke tempat rehabilitasi NAPZA, namun keberadaan panti rehabilitasi NAPZA tidak semata mata dapat mengurangi atau bahkan menyelesaikan permasalahan penyalahgunaan NAPZA. Pada saat penyalahguna NAPZA memasuki panti rehabilitasi, masing-masing individu harus berkomitmen pada diri sendiri dan

sesama anggota untuk memperbaiki dan meningkatkan mutu kehidupan di segala bidang, yaitu mental, spiritual, sosial, dan jasmani. Penyalahguna NAPZA yang kurang mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan, tidak bisa menerima kenyataan jika harus menjalani rehabilitasi adanya pemikiran terhadap stigma dan diskriminasi yang dilakukan oleh orang-orang di lingkungan sekitar memperberat beban derita pengguna NAPZA yang sedang menjalani pemulihan di rehabilitasi. Beban berkepanjangan tersebut dapat mengakibatkan terjadinya kecemasan pada penyalahguna NAPZA.

Kecemasan adalah kondisi emosi dengan timbulnya rasa tidak nyaman pada diri seseorang, dan merupakan pengalaman yang samar-samar disertai dengan perasaan yang tidak berdaya serta tidak menentu yang disebabkan oleh suatu hal (Tirto, 2018), kecemasan yang berlebihan mempunyai dampak yang kurang baik pada klien dimana klien tidak dapat membedakan kenyataan akibat kecenderungan mengikuti ketakutannya (Pardodi, 2018), dari pernyataan tersebut maka kecemasan yang dialami oleh penerima manfaat di tempat rehabilitasi perlu penanganan khusus secara komprehensif dengan kerja sama multi disipliner dan multi sektor agar penyalahguna NAPZA mampu fokus memperbaiki dan meningkatkan mutu kehidupan.

Salah satu terapi dalam pendekatan psikososial yang digunakan dalam mengatasi kecemasan terhadap penyalahguna NAPZA adalah *Cognitive Behaviour Therapy (CBT)*. Terapi ini bertujuan untuk membangun kembali kognisi klien yang menyimpang terhadap dirinya sendiri, orang lain, dan lingkungan. Pendekatan awal *CBT* terhadap kecemasan serta kecanduan ditujukan untuk pencegahan kambuhnya

(*Relapse Prevention*) penggunaan kembali obat-obatan. Miller (2009). Shafiei dkk (2016) menyatakan bahwa pencegahan kekambuhan dapat diperkirakan oleh peningkatan *coping* kognitif dan *coping* perilaku. Kekambuhan merupakan hasil pengobatan yang paling umum untuk kecanduan yang harus ditangani, diantisipasi dan disiapkan selama pengobatan. Model dari *relapse prevention* memandang bahwa kekambuhan bukanlah sebagai suatu kegagalan, melainkan sebagai bagian dari proses pemulihan dan kesempatan untuk belajar (Kadden, 2002).

Pada hasil praktikum profil terapi psikososial yang sudah dilaksanakan sebelumnya, peneliti bekerja sama dengan pekerja sosial untuk melihat sejauh mana isu permasalahan kecemasan terjadi di Yayasan Sekar Mawar. Pekerja sosial mengatakan bahwa beberapa residen mengalami isu permasalahan kecemasan seperti seperti berkeringat, sulit berbicara, perilaku menghindar, khawatir tidak mendapatkan pekerjaan di masa depan, perasaan terganggu akan ketakutan atau aprehensi terhadap masa depan, serta kecemasan untuk kembali menggunakan NAPZA. *CBT* merupakan salah satu terapi psikososial yang diberikan oleh pekerja sosial di Yayasan Sekar Mawar kepada klien yang memiliki permasalahan kecemasan. Secara *evidencebased CBT* dalam jangka waktu pendek merupakan terapi psikologis yang dapat merubah pemikiran negatif. Selain itu *CBT* dapat membantu individu merubah pikirannya dan membawanya ke perspektif baru, serta mengajarkan strategi perilaku baru.

Dari hasil asesmen yang dilakukan oleh peneliti pada pratikum sebelumnya, peneliti ingin mengembangkan model rekayasa teknologi *CBT* yaitu dengan menambahkan satu terapi *Relapse Prevention Training (RPT)* kedalam proses

intervensi penanganan masalah kecemasan. *RPT* merupakan terapi manajemen diri yang dibuat untuk mencegah *relapse* pada area perilaku adiksi dan fokus pada masalah yang penting dari membantu pecandu mengubah perilakunya untuk membantu perkembangan yang telah dibuat pecandu dalam proses perawatan atau perubahan diri. (Marlatt dan Donovan, 2005).

Cognitive Behaviour Therapy (CBT) adalah pendekatan konseling yang dirancang untuk menyelesaikan permasalahan konseli pada saat ini dengan cara melakukan restrukturisasi kognitif dan perilaku yang menyimpang. (Gunawan & Meithi, 2020). Kecemasan responden bisa muncul dari aspek kognitif dan perilakunya, sehingga penerapan *Cognitive Behaviour Therapy (CBT)* akan cocok untuk permasalahan kecemasan. *Cognitive Behaviour Therapy (CBT)* merupakan salah satu bentuk terapi psikososial yang mengintegrasikan modifikasi perilaku melalui pendekatan restrukturisasi kognitif. Terapi *CBT* merupakan merupakan gabungan dari beberapa intervensi yang dirancang untuk mengubah cara pikir (Kadden, 2016). Sedangkan *Relapse Prevention Training (RPT)* adalah program kendali diri yang didesain untuk mengedukasi seseorang yang berusaha untuk mengubah perilakunya, mampu mengantisipasi dan mengatasi masalah kekambuhan. (UI, 2015).

Adapun lokasi penelitian implementasi *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Relapse Prevention Training* terhadap kecemasan penyalahguna NAPZA di Yayasan Graha Prima Karya Sejahtera berlokasi di Kecamatan Cileunyi Kabupaten Bandung. Yayasan Graha Prima Karya Sejahtera atau lebih dikenal Yayasan Grapiks adalah organisasi nirlaba yang bergerak di bidang pemberdayaan

masyarakat dan komunitas marginal melalui pendampingan, advokasi, dan pelatihan. Salah satu program yang dimiliki Yayasan Grapiks adalah program pencegahan dan penanggulangan narkoba yang terdiri dari penyuluhan bahaya narkoba di masyarakat dan sekolah, penjangkauan dan pendampingan komunitas korban NAPZA di lapangan, kaderisasi relawan peduli NAPZA di masyarakat dan komunitas korban/penyalahguna NAPZA. Pemulihan adiksi NAPZA yang dilakukan oleh Yayasan Grapiks adalah berbasis medis, psikososial, dan motivasi spiritual religius.

Berdasarkan uraian tersebut, maka peneliti tertarik untuk meneliti penggunaan *Cognitive Behaviour Therapy dan Relapse Prevention Training* untuk mengurangi kecemasan penyalahguna NAPZA di Yayasan Graha Prima Karya Sejahtera Kecamatan Cileunyi Kabupaten Bandung. Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui apakah implementasi *Cognitive Behaviour Therapy dan Relapse Prevention Training* dapat membantu mengurangi kecemasan klien penyalahguna NAPZA.

Adapun rumusan masalah penelitian Implementasi *Cognitive Behaviour Therapy dan Relapse Prevention Training* Terhadap Kecemasan Penyalahguna NAPZA di Yayasan Graha Prima Karya Sejahtera Kabupaten Bandung adalah sebagai berikut:

1.2 Rumusan Masalah

1. Bagaimana kecemasan responden sebelum implementasi *Cognitive Behaviour Therapy dan Relapse Prevention Training*?

2. Bagaimana implementasi *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Relapse Prevention Training* terhadap responden?
3. Bagaimana kecemasan responden setelah implementasi *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Relapse Prevention Training*?
4. Apakah ada pengaruh implementasi *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Relapse Prevention Training* terhadap upaya mengurangi kecemasan responden?

1.3 Hipotesis Penelitian

Hipotesis utama dalam penelitian ini adalah: Implementasi *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Relapse Prevention Training* dapat mengurangi kecemasan penyalahguna NAPZA di Yayasan Graha Prima Karya Sejahtera (Grapiks). Hipotesa penelitian dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Tidak ada pengaruh implementasi terapi *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Relapse Prevention Training* terhadap kecemasan penyalahguna NAPZA di Yayasan Graha Prima Karya Sejahtera (Grapiks).
2. Ada pengaruh implementasi terapi *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Relapse Prevention Training* terhadap kecemasan penyalahguna NAPZA di Yayasan Graha Prima Karya Sejahtera (Grapiks).

1.4 Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah untuk memperoleh gambaran secara empiris dan melakukan analisis tentang:

1. Kecemasan responden sebelum implementasi *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Relapse Prevention Training*.

2. Implementasi *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Relapse Prevention Training* terhadap responden.
3. Kecemasan responden setelah implementasi *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Relapse Prevention Training*.
4. Pengaruh *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Relapse Prevention Training* terhadap kecemasan responden.

1.5 Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian yang akan dilakukan adalah sebagai berikut:

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini secara teoritis diharapkan dapat:

- 1) Memberikan kontribusi pemikiran bagi perkembangan ilmu pekerjaan sosial terkait implementasi *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Relapse Prevention Training* terhadap kecemasan penyalahguna NAPZA.
- 2) Memberikan kontribusi pengetahuan tentang bagaimana mengatasi kecemasan pada penyalahguna NAPZA dengan menggunakan *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Relapse Prevention Training*.

2. Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini secara praktis diharapkan dapat:

- 1) Memberikan kontribusi dalam pemecahan mengatasi kecemasan pada penyalahguna NAPZA.
- 2) Menjadi dasar pertimbangan pengambilan keputusan bagi (*stakeholder*) dalam membuat program kepada penyalahguna NAPZA yang mengalami kecemasan.

BAB II

TINJAUAN TEORITIK DAN KERANGKA PIKIR

2.1 Penelitian Terdahulu

Penelitian terdahulu diambil dari berbagai jurnal ilmiah yang berkaitan dengan penggunaan *Cognitive Behaviour Therapy*, yaitu:

1. Pengaruh *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT) terhadap *Self-Esteem* Pengguna Methamphetamin Tahun 2022. Oleh Nurul Qalbi, Arlin Adam, Reza Aril Ahril.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh *Cognitive Behaviour Therapy* terhadap *self-esteem* pengguna Methamphetamin pada Klinik Pratama Adi Pradana BNNP Sulawesi Selatan. Penelitian ini menggunakan metode Quasi Experiment dengan rancangan penelitian yang digunakan adalah *Pretest-Posttest with Control Group Design* dengan jumlah sampel sebanyak 36 orang, yang terdiri dari 18 sampel kelompok intervensi melalui konseling teknik CBT selama lima kali sesi dan kelompok kontrol melalui brosur, dianalisis dengan menggunakan SPSS 26.0 dengan uji *wilcoxon*. Kesimpulan dari penelitian tersebut adalah adanya pengaruh pemberian intervensi dengan konseling CBT terhadap *self-esteem* pada pengguna methamphetamine di Klinik Pratama Adi Prada BNNP Sulawesi Selatan.

2. Penerapan *Cognitive Behaviour Therapy* Dalam Merehabilitasi Kecanduan Narkoba Pada Remaja di ABISEKA Pekanbaru Tahun 2022 oleh Pani Syapitri.

Penelitian ini bertujuan untuk melihat proses penerapan *Cognitive Behavior Therapy* (restrukturisasi kognitif) dan melihat apa saja hambatan dalam pelaksanaan layanan merehabilitasi kecanduan narkoba pada remaja di SENTRA

ABISEKA Pekanbaru. Desain penelitian yang dilakukan menggunakan jenis penelitian kualitatif deskriptif dengan teknik pengumpulan data melalui observasi, wawancara, dan dokumentasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa, pada uji coba lapangan proses rehabilitasi pecandu narkoba menggunakan teknik *Cognitive Behavior Therapy* dengan teori pendukung yaitu Restrukturisasi Kognitif menunjukkan kemajuan yang lebih mudah, terstruktur dan juga kurun waktu pemulihannya lebih cepat dibandingkan terapi yang biasa dipakai dalam merehabilitasi kecanduan narkoba.

3. Pendekatan *Cognitive Behaviour Therapy* Dalam Upaya Pemulihan Eks Penyalahguna Narkotika Tahun 2022 Oleh Sutya Dewi, Nurjannah.

Penelitian ini bertujuan untuk menjelaskan layanan konseling dengan pendekatan CBT dalam rehabilitasi eks penyalahguna narkotika. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan deskriptif. Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan observasi dan wawancara. Hasil penelitian menunjukkan bahwa konseling dengan pendekatan CBT pada eks penyalahguna narkotika dilakukan dengan beberapa tahap yaitu membangun rapport dengan klien, mengeksplorasi pemikiran irasional klien dan mengarahkannya pada pemikiran rasional melalui pendekatan dan komunikasi dengan klien, membangun komitmen penyelesaian masalah serta melakukan intervensi berupa re-entry guna mempersiapkan klien hidup normal di masyarakat. Hasil yang diperoleh adalah adanya beberapa perubahan positif pada klien seperti tidak mengalami gangguan biologis, tidak mengalami kecemasan berlebih, lebih percaya diri dan diterima dengan baik di lingkungannya.

Tabel 2.1 Matriks Penelitian Terdahulu

No	Peneliti	Judul Penelitian	Variabel	Metode	Hasil dan Kesimpulan
1	Nurul Qalbi, Arlin Adam, Reza Aril Ahril	Pengaruh <i>Cognitive Behaviour Therapy</i> (CBT) terhadap <i>Self-Esteem</i> Pengguna Methamphetamine	Pengaruh <i>Cognitive Behaviour Therapy</i> (CBT)	<i>Quasi Experiment</i> dengan rancangan penelitian yang digunakan adalah <i>Pretest-Posttest with Control Group Design</i>	Adanya pengaruh pemberian intervensi dengan konseling CBT terhadap <i>self-esteem</i> pada pengguna methamphetamine di Klinik Pratama Adi Prada BNNP Sulawesi Selatan
2	Pani Syapitri	Penerapan <i>Cognitive Behaviour Therapy</i> Dalam Merehabilitasi Kecanduan Narkoba Pada Remaja di ABISEKA Pekanbaru	Penerapan <i>Cognitive Behaviour Therapy</i> (CBT)	Kualitatif deskriptif dengan teknik pengumpulan data melalui observasi, wawancara, dan dokumentasi	<i>Cognitive Behavior Therapy</i> dengan teori pendukung yaitu Restrukturisasi Kognitif menunjukkan kemajuan yang lebih mudah, terstruktur dan juga kurun waktu pemulihannya lebih cepat dibandingkan terapi yang biasa dipakai dalam merehabilitasi kecanduan narkoba.
3	Sutya Dewi, Nurjannah	Pendekatan <i>Cognitive Behaviour Therapy</i> Dalam Upaya Pemulihan Eks Penyalahguna Narkotika	Pendekatan <i>Cognitive Behaviour Therapy</i> (CBT)	Kualitatif dengan pendekatan deskriptif. Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini	adanya beberapa perubahan positif pada klien seperti tidak mengalami gangguan biologis, tidak mengalami kecemasan

				menggunakan observasi dan wawancara.	berlebih, lebih percaya diri dan diterima dengan baik di lingkungannya
--	--	--	--	--------------------------------------	--

Sumber: Hasil analisis peneliti

Penelitian terdahulu yang dijelaskan sebelumnya, dapat memberikan gambaran mengenai penelitian terkait penggunaan CBT yang telah dilakukan sebelumnya. Ketiga penelitian tersebut jika dibandingkan dengan penelitian yang dilakukan peneliti yaitu Implementasi *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Relapse Prevention Training* Terhadap Kecemasan Penyalahguna NAPZA di Yayasan Graha Prima Karya Nusantara memiliki persamaan dan perbedaan. Persamaan dengan penelitian terdahulu yaitu penggunaan terapi CBT dan *setting* masalah yaitu penyalahguna NAPZA. Perbedaan dengan penelitian terdahulu yaitu diantaranya metode penelitian, peneliti menggunakan *single subject design (SSD)* desain reversal A-B-A dan lokasi penelitian. Penelitian yang dilakukan peneliti saat ini juga berbeda dengan penelitian terdahulu karena dalam hal ini peneliti menambahkan satu terapi yaitu *Relapse Prevention Training* dalam mengatasi kecemasan terhadap penyalahguna NAPZA yang merupakan penelitian lanjutan dari praktikum yang sudah dilaksanakan sebelumnya.

Pada penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Nurul Qalbi, Arlin Adam, Reza Aril Ahril mengenai pengaruh *Cognitive Behaviour Therapy* dinilai dapat meningkatkan *self-esteem* serta kepercayaan diri pada pengguna *methamphetamine*. Perbedaan dengan penelitian terdahulu menggunakan metode *Quasi Experiment* dengan rancangan *Pretest-posttest with Control Group Design*. Sedangkan

penelitian implementasi *Cognitive Behaviour Therapy dan Relapse Prevention Training terhadap kecemasan penyalahguna NAPZA di Yayasan Graha Prima Karya Sejahtera* menggunakan metode *Singel Subjek Desain (SSD)*.

Penelitian terdahulu kedua yang dilakukan oleh Pani Syapitri mengenai penerapan *Cognitive Behaviour Therapy* dalam merehabilitasi kecanduan narkoba pada remaja di ABISEKA. Perbedaan dengan penelitian terdahulu yaitu penelitian terdahulu menambahkan teori Restrukturisasi Kognitif pada *Cognitive Behaviour Therapy*, sedangkan peneliti menambahkan satu terapi yaitu *Relapse Prevention Training* yang dalam hal ini untuk mengatasi permasalahan kecemasan. Adapun penelitian terdahulu ketiga yang dilakukan oleh Sutya Dewi dan Nurjanah mengenai Pendekatan *Cognitive Behaviour Therapy* dalam upaya pemulihan eks penyalahguna narkotika menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan deskriptif. Peneliti menggunakan metode kuantitatif dengan pendekatan *Single Subyek Desain (SSD)*.

Penelitian ini dianggap penting untuk dilakukan karena penelitian ini dapat mengefektifkan penggunaan CBT terhadap kecemasan penyalahguna NAPZA. Selain itu, penelitian terkait intervensi di bidang terapi psikososial yang mendorong dan mempertahankan perubahan perilaku pada terhadap penyalahguna NAPZA yang diperkuat dengan *Relapse Prevention Training*. Dengan demikian, hasil penelitian ini dapat menjadi pilihan *stakeholder* dalam upaya menanggulangi kecemasan terhadap penyalahgunaan NAPZA.

2.2 Kajian tentang NAPZA

2.2.1 Pengertian NAPZA

NAPZA merupakan singkatan dari Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif lainnya, meliputi zat alami atau sintesis yang bila dikonsumsi menimbulkan perubahan fungsi fisik dan psikis, serta menimbulkan ketergantungan. NAPZA adalah zat yang apabila masuk ke dalam tubuh manusia akan mempengaruhi sistem saraf pusat (SSP) sehingga menimbulkan perubahan aktivitas mental, emosional, dan perilaku penggunaannya dan sering menyebabkan ketagihan dan ketergantungan terhadap zat tersebut.

NAPZA adalah zat yang mempengaruhi struktur atau fungsi beberapa bagian tubuh orang yang mengkonsumsinya. Manfaat maupun resiko penggunaan NAPZA bergantung pada seberapa banyak, seberapa sering, cara penggunaan, dan bersamaan dengan obat atau NAPZA lain yang dikonsumsi. Adapun (Kemenkes RI, 2010) mendefinisikan NAPZA sebagai berikut:

NAPZA merupakan bahan/zat yang bila masuk ke dalam tubuh akan mempengaruhi tubuh terutama susunan saraf pusat/otak sehingga bilamana disalahgunakan akan menyebabkan gangguan fisik, psikis/jiwa, dan fungsi sosial. Pengaruh tersebut berupa pembiusan, hilangnya rasa sakit, rangsangan semangat, halusinasi atau timbulnya khayalan-khayalan yang menyebabkan efek ketergantungan bagi pemakainya.

Adapun Zastrow mendefinisikan NAPZA sebagai berikut:

In a social problems approach, a drug is any habit-forming substance that directly affects the brain and the nervous system. It is a chemical that affects moods, perceptions, body functions, or, consciousness, and that has the potential for misuse because it may be harmful to the user.

Narkoba atau NAPZA menurut Zastrow merupakan zat kimia pembentuk yang mempengaruhi sistem saraf otak yang juga mempengaruhi suasana hati,

persepsi, fungsi tubuh, atau kesadaran, dan berpotensi disalahgunakan yang menimbulkan bahaya bagi penggunanya.

Adapun UU No.35 Tahun 2009 tentang narkotika sebagai berikut:

Narkotika adalah zat atau obat yang dimaksud berasal dari tanaman atau bukan tanaman baik sintesis ataupun semi sintesis yang dapat menyebabkan penggunanya mengalami perubahan atau penurunan kesadaran, kehilangan rasa nyeri serta dapat menimbulkan ketergantungan. Psicotropika adalah zat atau obat baik alamiah atau sintesis bukan narkotika, yang bersifat psikoaktif melalui pengaruh selektif pada SSP (Sistem Syaraf Pusat) yang menyebabkan perubahan khas pada aktivitas mental dan perilaku) dan Zat adiktif lainnya adalah bahan lain yang tak termasuk kategori narkotika maupun psicotropika. Penggunaannya dapat menimbulkan ketergantungan.

Berdasarkan pengertian NAPZA tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa NAPZA adalah zat kimia baik alami maupun sintetik yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan pikiran, mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri, mengubah suasana hati, mengubah perilaku seseorang, dan juga menimbulkan ketergantungan.

2.2.2 Pengertian Korban Penyalahguna NAPZA

Menurut Jerry L. Johnson (2004:9), mengatakan bahwa "*Abuse: The use of drugs-legal or illegal-with some regularity or pattern, than the result in persons experiencing a pattern of negative life consequences resulting from their substance use*". Penyalahgunaan: Penggunaan obat legal atau illegal dengan beberapa keteraturan atau pola, yang menghasilkan orang-orang yang mengalami pola hidup yang negatif akibat konsekuensi dari penggunaan NAPZA mereka. Penyalahgunaan NAPZA menurut BNN RI (2007:4) adalah Penggunaan NAPZA yang dilakukan tidak untuk maksud pengobatan, tetapi karena ingin menikmati pengaruhnya, dalam jumlah berlebihan, secara lebih kurang teratur, dan

berlangsung cukup lama, sehingga menyebabkan gangguan kesehatan fisik, mental, dan kehidupan sosialnya.

Peraturan Menteri Sosial No 8 Tahun 2012 Korban Penyalahgunaan NAPZA adalah seseorang yang menggunakan narkotika, psikotropika, dan zat adiktif lainnya diluar pengobatan atau tanpa sepengetahuan dokter yang berwenang.

Adapun kriteria dari korban penyalahgunaan NAPZA, yaitu:

1. Seorang laki-laki atau perempuan yang pernah menyalahgunakan narkotika, psikotropika, dan zat-zat adiktif lainnya baik dilakukan sekali, lebih dari sekali atau dalam taraf coba-coba;
2. Secara medik sudah dinyatakan bebas dari ketergantungan obat oleh dokter yang berwenang; dan
3. Tidak dapat melaksanakan keberfungsian sosialnya.

Berdasarkan penjelasan tentang penyalahgunaan NAPZA, dapat disimpulkan bahwa penyalahgunaan NAPZA adalah seseorang yang menggunakan obat secara tetap yang bukan untuk tujuan pengobatan, digunakan tanpa mengikuti aturan yang dapat merusak fisik, mental, emosi, dan sikap dari seseorang sampai dengan tidak dapat melaksanakan keberfungsian sosialnya. Korban penyalahgunaan NAPZA merupakan seseorang yang dalam melakukan atau pemakaian sesuatu NAPZA tidak sebagaimana mestinya dan diluar indikasi medis. Sehingga tanpa ada dan mendapat pengarahan dari dokter secara teratur atau berkala dan perlu melakukan rehabilitasi untuk pemulihan kembali.

2.2.3 Penggolongan NAPZA

Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009, Narkotika dibagi ke dalam 3 golongan sebagai berikut:

1. Narkotika Golongan I, yakni narkotika yang hanya dapat digunakan untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan dan tidak digunakan

dalam terapi, serta mempunyai potensi yang sangat tinggi mengakibatkan ketergantungan. Narkotika yang masuk dalam kategori ini adalah candu, heroin, kokain, dan ganja.

2. Narkotika Golongan II, yakni narkotika yang berkhasiat pengobatan yang digunakan sebagai pilihan terakhir dan dapat digunakan dalam terapi dan/atau untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi tinggi mengakibatkan ketergantungan. Contohnya adalah morfin, pethidin, dan turunannya.
3. Narkotika Golongan III yaitu narkotika yang berkhasiat pengobatan dan banyak digunakan dalam terapi dan/atau untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi ringan menyebabkan ketergantungan. Contoh kodein, dan garam-garam narkotika dalam golongan tersebut. Kodein merupakan alkaloida alamiah yang terdapat pada opium mentah sebanyak 0,7-2,5%. Kodein yang paling banyak digunakan dalam pengobatan biasanya terbuat dari morfin. Kodein mempunyai efek analgesik lemah, tidak dapat menghilangkan rasa nyeri tetapi merupakan obat batuk yang kuat.

Psikotropika adalah zat atau obat baik alamiah maupun sintesis bukan narkotika, yang berkhasiat psikoaktif melalui pengaruh selektif pada SSP yang menyebabkan perubahan khas pada aktivitas mental dan perilaku. Psikotropika dapat dibedakan kedalam golongan-golongan (Undang-Undang RI Nomor 5 Tahun 1997) yaitu:

1. Psikotropika golongan I yaitu psikotropika yang hanya dapat digunakan untuk tujuan ilmu pengetahuan dan tidak digunakan untuk terapi, serta mempunyai potensi amat kuat mengakibatkan sindroma ketergantungan; contoh : MDMA, Ekstasi, Shabu
2. Psikotropika golongan II yaitu psikotropika yang berkhasiat pengobatan dan dapat digunakan untuk terapi dan atau pengembangan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi kuat mengakibatkan sindroma ketergantungan; contoh: amfetamin, fensiklidin, sekobartial, metakualon, metilfenidat.
3. Psikotropika golongan III yaitu psikotropika yang berkhasiat untuk pengobatan dan banyak digunakan dalam terapi dan atau untuk ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi sedang mengakibatkan sindroma ketergantungan; Contoh: fenobarbital, flunitrazepam.
4. Psikotropika golongan IV yaitu psikotropika yang berkhasiat untuk pengobatan dan banyak digunakan dalam terapi dan atau tujuan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi ringan mengakibatkan sindroma

ketergantungan; Contoh: diazepam, klobazepam, fenobarbital, pil koplo, megalon, Dum.

Berdasarkan beberapa kutipan tersebut, dapat diketahui bahwa psikotropika digolongkan berdasarkan efek yang ditimbulkannya. Penggolongan sendiri terdapat empat jenis golongan yang dimana psikotropika golongan 1 dengan efek paling kuat seperti sindroma ketergantungan yang membuat psikotropika golongan 1 dilarang dan hanya boleh digunakan untuk kepentingan ilmu pengetahuan saja. Sedangkan psikotropika golongan 2 memiliki efek yang lebih ringan dibandingkan golongan 1 sehingga psikotropika golongan 2 sendiri selain dapat digunakan untuk kepentingan ilmu pengetahuan juga dapat digunakan untuk terapi. Adapun psikotropika golongan 3 yang berguna untuk pengobatan dan banyak digunakan untuk terapi namun demikian psikotropika golongan 3 masih memiliki sindroma ketergantungan sama halnya dengan psikotropika golongan 1 dan 2 hanya saja efeknya lebih ringan. Sedangkan psikotropika golongan 4 sendiri memiliki efek yang paling ringan akan sindrom ketergantungannya dan sering digunakan untuk pengobatan. Sehingga banyak masyarakat yang dengan sengaja menggunakan psikotropika bukan untuk pengobatan melainkan untuk mencari sensasi dari psikoaktif yang muncul dari dampak penggunaan psikotropika itu sendiri.

Berdasarkan beberapa pengertian tersebut dapat disimpulkan psikotropika adalah zat atau obat yang bekerja menurunkan fungsi otak serta merangsang susunan saraf pusat sehingga menimbulkan reaksi seperti halusinasi, ilusi, gangguan cara berpikir, perubahan perasaan secara tiba-tiba dan menimbulkan rasa kecanduan bagi pemakainya. Efek kecanduan yang diberikan oleh psikotropika

memiliki kadar yang berbeda-beda, mulai dari berpotensi tinggi menimbulkan ketergantungan hingga ringan.

Pada zat adiktif, unsur paling penting pada zat adiktif ini adalah karena zat tersebut membuat pemakainya ketergantungan. Penggolongan zat atau bahan zat adiktif yaitu *alcohol*, kafein, nikotin, zat sedative (penenang), halusinogen, inhalansia. Contohnya minuman beralkohol, nikotin pada tembakau, jamur tahi sapi. Bahan adiktif berbahaya lainnya adalah bahan-bahan alamiah, semi sintetis maupun sintetis yang dapat dipakai sebagai pengganti morfina atau kokaina yang dapat mengganggu sistem saraf pusat, seperti alkohol yang mengandung ethyl etanol, inhalen/sniffing (bahan pelarut) berupa zat organik (karbon) yang menghasilkan efek yang sama dengan yang dihasilkan oleh minuman beralkohol atau obat anaestetik jika aromanya dihisap. Contohnya lem/perekat, acetone, dan ether.

Selain golongan tersebut, Phoenix House (2006) dalam Ambrosino (2008:246) menjelaskan golongan NAPZA terbagi menjadi golongan depresan, stimulant, dan inhalan.

1. Depresan, adalah obat penenang seperti pil tidur yang mempengaruhi sistem saraf pusat dan sering menyebabkan euphoria, dapat menimbulkan perilaku berbahaya dan seringkali kekerasan, dan infeksi lainnya yang mengancam jiwa.
2. Stimulan, adalah obat pusat yang merangsang sistem saraf, menciptakan *fly euphoria*, menyebabkan ketagihan, gangguan berfikir, dan kerusakan otak.
3. Inhalan, penggunaan inhalan berakibat seseorang tidak bertanggung jawab, bertingkah laku berbahaya, kerusakan otak permanen, dan kematian mendadak.

2.2.4 Faktor Penyebab Penyalahgunaan NAPZA

Jumayar Marbun (2017:143) faktor penyebab seseorang menggunakan NAPZA yaitu:

1. Faktor Dalam Diri

Faktor dalam diri penyalahgunaan NAPZA meliputi faktor kepribadian dan kecenderungan-kecenderungan pola tingkah laku tertentu seperti sikap anti sosial, suka menyakiti diri sendiri, dan atau orang lain (psikopatik), kecemasan yang berlebihan, keinginan yang ingin segera terpenuhi, mudah kecewa, dan mudah bosan/jenuh.

2. Faktor Luar Diri

Faktor luar diri penyalahgunaan NAPZA antara lain: keluarga, lingkungan teman sebaya, sekolah, maupun pekerjaan, faktor NAPZA itu sendiri, yaitu efek NAPZA yang dapat meyebabkan ketergantungan, pengaruh globalisasi, dan kemudahan untuk mendapatkan NAPZA.

Berdasarkan pengertian tersebut. dapat disimpulkan bahwa terdapat dua faktor penyebab penyalahguna NAPZA yaitu faktor dalam diri penyalahguna NAPZA itu sendiri dan faktor luar diri seperti keluarga yang tidak harmonis sehingga anak cenderung mencari pelarian kepada narkoba, faktor orang lain dalam hal ini lingkungan sosial (teman sebaya, sekolah, pekerjaan) yang buruk membuat seseorang mudah untuk terjerumus kedalam narkoba, terlebih seseorang dengan mudahnya mendapatkan NAPZA.

2.2.5 Dampak Penyalahguna NAPZA

(Willis dalam Dadang Hawari, 2008) menyatakan dampak penyalahguna NAPZA sebagai berikut:

Zat-zat NAPZA dapat merusak organ tubuh manusia, seperti lever, otak, paru, janin, otot, endokrin, pancreas, dan libido. Zat tersebut juga mengganggu nutrisi, metabolisme tubuh, dan menimbulkan infeksi virus. Menurutnya, orang yang bergantung pada napza, akan mengalami gangguan jiwa dalam hidupnya sehingga tidak lagi mampu berfungsi secara wajar di masyarakat.

Brown dan King (2004) dalam Amriel (2008:52) memilah obat-obatan dalam empat kelompok berdasarkan efek utamanya terhadap para pengguna:

1. Stimulan, meningkatkan kerja otak sehingga umumnya pengguna menjadi lebih waspada dan tidak merasa kelelahan, mengubah suasana hati menjadi lebih tenang. Contoh: kafein, kokain, amfetamin, dan ganja.
2. Depresan, menurunkan kerja otak sehingga pemakainya mengalami penurunan ketegangan dan merasa rileks. Pada saat yang sama, fungsi fisik dan mental serta kendali diri juga menjadi lebih turun tak terkendali. Contoh: alkohol, benzodiazepines (Valium, Librium, Megadon, dan Temazepam).
3. Analgesik, zat-zat yang dapat menurunkan rasa sakit seperti heroin, opium, pethidine, dan codeine. Efek penghilang rasa sakit dimunculkan dengan mereduksi kepekaan fisik dan emosional individu, serta memberikan penggunaanya rasa nyaman.
4. Halusinogen, mempertinggi apresiasi indrawi pengguna. Suasana hati semakin tajam dan persepsi pengguna terdistrosi, sehingga muncul halusinasi. Seperti LSD, dan ekstasi.

Sudiro (2000:26) menjelaskan dampak dan bahaya narkoba menjadi dua bagian yaitu:

1. Dampak secara umum
Setiap obat atau zat yang dimasukkan kedalam tubuh manusia tentu memiliki pengaruh pada salah satu atau lebih terhadap fungsi organisme manusia tersebut. Efek tersebut seperti gangguan fungsi pemikiran, perasaan, dan perilaku.

2. Dampak secara khusus

Ciri khusus penyalahguna napza diantara yaitu, jantung berdebar lebih kencang, rasa gembira berlebihan (euphoria), mengalami gangguan persepsi terhadap sekelilingnya dan dirinya sendiri (halusinasi), bersikap aneh serta merasakan waktu berjalan dengan lambat.

Priya (2011) persentase kriminalitas yang menjadi lebih besar ditimbulkan oleh penyalahguna zat psikoaktif yang dapat meningkatkan perilaku yang agresif seorang baik fisik maupun psikis. Selanjutnya (Barton 2005), memetakan dampak psikologis yang dimunculkan oleh pengguna napza secara illegal kedalam dua katategori, yaitu dampak terhadap perasaan (afektif) dan pikiran (kognisi). Gangguan stabilitas afektif dan kognitif antara lain akan menyebabkan pengguna napza menarik diri dari lingkungan sosial mereka. Mereka mengisolasi diri dengan kepercayaan bahwa perilaku kecanduan mereka sesungguhnya memalukan karena bertentangan dengan norma dan nilai yang dianut selama ini.

Amriel (2008: 49) seiring dengan *problem* emosional yang tak kunjung teratasi, pengaruh-pengaruh negatif napza terhadap penggunanya justru jauh lebih dahsyat. Beberapa ragam perasaan yang dialami pecandu, sebagai manifestasi jangka panjang penggunaan NAPZA:

Berdasarkan paradigma tersebut, dapat dipahami bahwa penggunaan napza juga memunculkan pengaruh terhadap pikiran pecandunya. Penyimpangan pola pikir juga merupakan pengaruh langsung kerusakan kimiawi yang diakibatkan oleh pengguna narkoba. Penyimpangan kognitif tersebut diantaranya:

1. Peningkaran terhadap realitas, meyakinkan diri sendiri dan pihak lain bahwa kecanduan yang mereka alami tidak seburuk kelihatannya.

2. Ketergantungan, meyakini bahwa pihak lain bertanggung jawab sekaligus dapat membantu
3. Obsesif, pemikiran yang terpusat dan repetitive seputar bagaimana mendapatkan napza
4. Waham kebesaran, penyalahguna napza berpendapat bahwa masalah yang ia hadapi jauh lebih kompleks daripada masalah orang lain.
5. Berandai-andai, adiksi merupakan kompensasi atas derasnya keinginan pecandu untuk mengubah dan mengatasi (memperbaiki) banyak hal.
6. Menyakiti diri sendiri, adiksi merupakan buah pemikiran untuk meredakan penderitaan.
7. Kemampuan mental, menurun bahkan menghilangnya konsentrasi dan daya ingat.

Dengan dinamika afektif dan kognitif seperti yang telah disebutkan di atas, beerapa perilaku tipikal para penyalahguna napza meliputi:

1. Menghindar, mengisolasi diri sendiri dan menolak tanggung jawab.
2. Mengendalikan pihak lain, termasuk perilaku manipulatif, hingga kekerasan.
3. Menyakiti diri, seperti melukai hingga usaha untuk bunuh diri.
4. Mengorbankan pihak lain, dilakukan sebagai upaya memenuhi kebutuhan akan narkoba.
5. Menipu, ditunjukkan untuk terus mendapatkan napza dan menyelubungi perilaku adiksi.

6. Sulit beradaptasi dengan lingkungan, seperti kekacauan rumah tangga, melakukan aksi kekerasan terhadap anak, kinerja yang buruk di lingkungan kerja, melanggar aturan dan sebagainya.

Adapun menurut (Willis 2008:157) mengatakan bahwa penyalahguna napza dapat mengganggu sinyal pengantar saraf pusat (otak). Gangguan ini akan mengganggu fungsi kognitif (daya pikir dan memori), fungsi afektif (perasaan dan mood), psikomotorik (perilaku dan gerak), komplikasi medis terhadap fisik seperti kelainan paru-paru, lever, jantung, ginjal, pancreas, dan gangguan fisik lainnya.

Berdasarkan beberapa pengertian tersebut, dapat disimpulkan bahwa penyalahgunaan NAPZA dapat berdampak pada gangguan fungsi pemikiran, perasaan, dan perilaku. Hal tersebut sejalan dengan *Cognitive Behaviour Therapy* yang merupakan salah satu terapi psikososial dengan tujuan memodifikasi fungsi berpikir, merasa dan bertindak, dengan menekankan peran otak dalam menganalisa, memutuskan, bertanya, dan berbuat serta memutuskan kembali.

2.3 Kajian tentang *Cognitive Behaviour Therapy*

2.3.1 Pengertian *Cognitive Behaviour Therapy*

Pendekatan *Cognitive Behaviour Therapy* (Oemarjoedi, 2003) pada dasarnya meyakini bahwa pola pemikiran manusia terbentuk melalui proses rangkaian stimulus-kognitif-respon (SKR), yang saling berkaitan dan membentuk semacam jaringan SKR dalam otak manusia, dimana proses kognitif akan menjadi faktor penentu dalam menjelaskan bagaimana manusia berfikir, merasa dan bertindak. Sementara dengan adanya keyakinan bahwa manusia memiliki potensi

untuk menyerap pemikiran yang rasional dan irasional, dimana pemikiran yang irasional dapat menimbulkan gangguan emosi dan tingkah laku, maka terapi *Cognitive Behaviour Therapy* diarahkan kepada modifikasi fungsi berpikir, merasa dan bertindak, dengan menekankan peran otak dalam menganalisa, memutuskan, bertanya, dan berbuat serta memutuskan kembali. Dengan mengubah status pikiran dan perasaannya, klien diharapkan dapat mengubah tingkah lakunya dari negatif menjadi positif.

Para ahli yang tergabung dalam *National Assosiation of Cognitive Behaviour Therapis* (NACBT), mengungkapkan bahwa definisi dari *cognitive behaviour therapy* yaitu suatu pendekatan psikoterapi yang menekankan peran penting berpikir bagaimana kita merasakan dan apa yang kita lakukan.

Bush (2003) mengungkapkan bahwa *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT) merupakan perpaduan dari dua pendekatan dalam psikoterapi yaitu *cognitive therapy* dan *behaviour therapy*. Terapi kognitif memfokuskan pada pikiran, asumsi dan kepercayaan. Terapi kognitif memfasilitasi individu belajar mengenali dan mengubah kesalahan. Terapi kognitif tidak hanya berkaitan dengan *positive thinking*, tetapi berkaitan pula dengan *happy thinking*. Sedangkan terapi tingkah laku membantu membangun hubungan antara situasi permasalahan dengan kebiasaan mereaksi permasalahan. Individu belajar mengubah perilaku, menenangkan pikiran dan tubuh sehingga merasa lebih baik, berpikir lebih jelas dan membantu membuat keputusan yang tepat. Ada beberapa pikiran negatif, perilaku negatif, dan perasaan tidak nyaman sehingga dapat membawa individu pada permasalahan psikologis yang lebih serius, seperti depresi, trauma, dan gangguan

kecemasan. Perasaan tidak nyaman atau negatif pada dasarnya diciptakan oleh pikiran dan perilaku yang disfungsional.

Spiegler & Guevermont menyatakan *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* merupakan psikoterapi yang berfokus pada kognisi yang dimodifikasi secara langsung, yaitu ketika individu mengubah pikiran mal adaptifnya (*maladaptive thought*) maka secara tidak langsung juga mengubah tingkah lakunya yang tamak (*over action*). Beck menyatakan bahwa salah satu tujuan utama *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* adalah untuk membantu individu dalam mengubah pemikiran atau kognisi yang irasional menjadi pemikiran yang lebih rasional.

Cognitive Behavior Therapy (CBT) merupakan pendekatan konseling yang didasarkan atas konseptualisasi atau pemahaman pada setiap konseli, yaitu pada keyakinan khusus konseli pada pola perilaku konseli. Proses konseling dengan cara memahami konseli didasarkan pada restrukturisasi kognitif yang menyimpang, keyakinan konseli untuk membawa perubahan emosi dan strategi perilaku ke arah yang lebih baik. Oleh sebab itu *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* merupakan salah satu pendekatan yang lebih *integrative* dalam konseling. *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* merupakan sebuah pendekatan yang memiliki pengaruh dari pendekatan *cognitive therapy* dan *behavior therapy*. Sehingga Langkah-langkah yang dilakukan oleh *cognitive therapy* dan *behavior therapy* ada dalam konseling yang dilakukan oleh *Cognitive Behavior Therapy (CBT)*. Karakteristik *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* yang tidak hanya menekankan pada perubahan pemahaman konseli dari sisi kognitif namun memberikan konseling pada perilaku

ke arah yang lebih baik dianggap sebagai pendekatan koseling yang tepat untuk diterapkan di Indonesia.

Sehubungan dengan hal tersebut, terapi, pikiran dan perilaku yang disfungsional harus direkonstruksi sehingga dapat kembali berfungsi secara normal. *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* didasarkan pada konsep mengubah pikiran dan perilaku negatif yang sangat mempengaruhi emosi. Melalui *Cognitive Behavior Therapy (CBT)*, klien terlibat aktivitas dan berpartisipasi dalam *training* untuk diri dengan cara membuat keputusan, penguatan diri dan strategi yang lain yang mengacu pada *self regulation*.

Teori *Cognitive Behavior* pada dasarnya meyakini pola pemikiran manusia terbentuk melalui proses stimulus-kognisi-respon (SKR) yang saling berkaitan dan membentuk semacam jaringan SKR dalam otak manusia, dimana proses kognitif menjadi faktor penentu dalam menjelaskan bagaimana manusia berpikir, merasa dan bertindak. Sementara dengan adanya keyakinan bahwa manusia memiliki potensi untuk menyerap pemikiran yang rasional dan irasional, dimana pemikiran yang irasional dapat menimbulkan gangguan emosi dan tingkah laku yang menyimpang, maka *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* diarahkan pada modifikasi fungsi berpikir, merasa, dan bertindak dengan menekankan peran otak dalam menganalisa, memutuskan, bertanya, bertindak, dan memutuskan kembali. Dengan mengubah status pikiran dan perasaan, diharapkan dapat mengubah tingkah lakunya dari negatif menjadi positif.

Berdasarkan paparan definisi mengenai *Cognitive Behavior Therapy (CBT)*, maka *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* adalah pendekatan terapi yang menitik

beratkan pada restruktisasi atau pembenahan kognitif yang menyimpang akibat kejadian yang merugikan dirinya baik secara fisik maupun psikis. *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* merupakan terapi yang dilakukan untuk meningkatkan dan merawat kesehatan mental. Terapi ini akan diarahkan kepada modifikasi fungsi berpikir, merasa dan bertindak dengan menekankan otak sebagai penganalisis pengambil keputusan, bertanya, bertindak, dan memutuskan kembali. Sedangkan, pendekatan pada aspek *behavior* diarahkan untuk membangun hubungan yang baik antara situasi permasalahan dengan kebiasaan mereaksi permasalahan.

2.3.2 Tujuan *Cognitive Behaviour Therapy*

Tujuan dari terapi *Cognitive Behavior* yaitu mengajak klien untuk menentang pikiran dan emosi yang salah dengan menampilkan bukti-bukti yang bertentangan dengan keyakinan mereka tentang masalah yang dihadapi. Konselor diharapkan mampu menolong klien untuk mencari keyakinan yang sifatnya dogmatis dalam diri klien dan secara kuat mencoba menguranginya. Dalam proses terapi, beberapa ahli *CBT* dalam Oemarjoedi (2003) berasumsi bahwa masa lalu tidak perlu menjadi fokus penting dalam terapi.

Oleh sebab itu *CBT* dalam pelaksanaan terapi lebih menekankan kepada masa kini dari pada masa lalu, akan tetapi bukan berarti mengabaikan masa lalu. *CBT* tetap menghargai masa lalu sebagai bagian dari hidup klien dan mencoba membuat klien menerima masa lalunya untuk tetap melakukan perubahan pada pola pikir masa kini untuk mencapai perubahan di waktu yang akan datang. Oleh sebab itu, *CBT* lebih banyak bekerja pada status kognitif saat ini untuk dirubah dari status kognitif negatif menjadi status kognitif positif.

Tujuan dari *CBT* yaitu mengajak individu untuk belajar mengubah perilaku, menenangkan pikiran dan tubuh sehingga merasa lebih baik, berpikir lebih jelas dan membantu membuat keputusan yang tepat hingga pada akhirnya dengan *CBT* diharapkan dapat membantu klien dalam menelaraskan pikiran, perasaan, dan tindakan.

2.3.3 Fokus *Cognitive Behavior Therapy*

Cognitive Behavior Therapy merupakan konseling yang menitik beratkan pada restrukturisasi atau pembenahan kognitif yang menyimpang akibat kejadian yang merugikan dirinya baik secara fisik maupun psikis dan lebih melihat ke masa depan dibanding masa lalu. Aspek kognitif dalam *CBT* antara lain mengubah cara berpikir, kepercayaan, sikap, asumsi, imajinasi, dan memfasilitasi konseli belajar mengenali dan mengubah kesalahan dalam aspek kognitif. Sedangkan aspek *behavioral* dalam *CBT* yaitu mengubah hubungan yang salah antara situasi permasalahan dengan kebiasaan meraksi permasalahan, belajar mengubah perilaku, menenangkan pikiran dan tubuh sehingga merasa lebih baik, serta berpikir lebih jelas.

2.3.4 Karakteristik *Cognitive Behavior Therapy*

CBT merupakan bentuk psikoterapi yang sangat memperhatikan aspek dalam berfikir, merasa, dan bertindak. Terdapat beberapa pendekatan psikoterapi *CBT* termasuk didalamnya pendekatan *Rational Emotive Behavior Therapy*, *Rational Behavior Therapy*, *Rational Living Therapy*, *Cognitive Therapy* dan *Dialectic Behavior Therapy*. Akan tetapi *CBT* memiliki karakteristik yang

membuat *CBT* lebih khas dari pendekatan lainnya, berikut akan disajikan mengenai karakteristik *CBT*:

1. *CBT* didasarkan pada model kognitif dari respon emosional. *CBT* didasarkan pada fakta ilmiah yang menyebabkan munculnya perasaan dan perilaku, situasi, dan peristiwa. Keuntungan dari fakta ini adalah seseorang dapat mengubah cara berpikir, cara merasa, dan cara berperilaku dengan lebih baik walaupun situasi tidak berubah.
2. *CBT* lebih cepat dan dibatasi waktu. *CBT* merupakan terapi yang memberikan bantuan dalam waktu yang relatif lebih singkat dibandingkan dengan pendekatan lainnya. Rata-rata sesi terbanyak yang diberikan kepada klien hanya 16 sesi. Berbeda dengan bentuk terapi lainnya, seperti psikoanalisa yang membutuhkan waktu satu tahun. *CBT* memungkinkan terapi yang lebih singkat dalam penanganannya.
3. Hubungan antara klien dan konselor atau pekerja sosial terjalin dengan baik. Hubungan ini bertujuan agar terapi dapat berjalan dengan baik. Konselor meyakni bahwa sangat penting untuk mendapatkan kepercayaan dari klien namun hal itu tidak cukup bila tidak diiringi dengan keyakinan bahwa klien dapat belajar mengubah cara pandang atau berpikir sehingga akhirnya klien dapat memberikan konseling bagi dirinya sendiri.
4. *CBT* merupakan terapi kolaboratif yang dilakukan konselor atau pekerja sosial dan klien. Konselor harus mampu memahami maksud dan tujuan yang diharapkan klien serta membantu klien dalam mewujudkannya. Peranan konselor yaitu menjadi pendengar, pengajar, dan pemberi semangat.

5. *CBT* didasarkan pada filosofi stoic (orang yang pandai menahan hawa nafsu). *CBT* tidak menginformasikan bagaimana seharusnya klien merasakan sesuatu, tapi menawarkan keuntungan perasaan yang tenang walaupun dalam keadaan sulit.
6. *CBT* menggunakan metode sokratik. Konselor atau pekerja sosial ingin memperoleh pemahaman yang baik terhadap hal-hal yang dipikirkan oleh klien. Hal ini menyebabkan konselor sering mengajukan pertanyaan dan memotivasi. Klien untuk bertanya dalam hati seperti “bagaimana saya tahu bahwa mereka sedang menertawakan saya?” “apakah mungkin mereka menertawakan hal lain”.
7. *CBT* memiliki program terstruktur dan terarah. Konselor *CBT* memiliki agenda khusus untuk setiap sesi atau pertemuan. *CBT* memfokuskan pada pemberian bantuan kepada klien untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Konselor *CBT* tidak hanya mengajarkan apa yang harus dilakukan oleh klien, tetapi bagaimana cara siswa melakukannya.
8. *CBT* merupakan teori dan teknik didasarkan atas metode induktif. Metode induktif mendorong klien untuk memperhatikan pemikirannya sebagai sebuah jawaban sementara yang dapat dipertanyakan dan diuji kebenarannya. Jika jawaban semmentaranya salah (disebabkan oleh informasi baru) maka klien dapat mengubah pikirannya sesuai dengan situasi yang sesungguhnya.
9. Tugas rumah merupakan bagian terpenting dari teknik *CBT*, karena dengan pemberian tugas, konselor memiliki informasi yang memadai tentang

perkembangan terapi yang akan dijalani oleh klien dalam Beck Judit S (2003:571).

2.3.5 Proses dan Tahapan *Cognitive Behaviour Therapy*

Dalam proses konseling, beberapa ahli *CBT* (NACBT, 2007); (Oemarjoedi, 2003) berasumsi bahwa masa lalu tidak perlu menjadi fokus penting dalam konseling. Oleh sebab itu *CBT* dalam pelaksanaan konseling lebih menekankan kepada masa kini dari pada masa lalu, akan tetapi bukan berarti mengabaikan masa lalu. *CBT* tetapi menghargai masa lalu sebagai bagian dari hidup konseli dan mencoba membuat konseli menerima masa lalunya, untuk tetapi melakukan perubahan pada pola pikir masa kini untuk mencapai perubahan di waktu yang akan datang. Oleh sebab itu, *CBT* lebih banyak bekerja pada status kognitif saat ini untuk dirubah dari status kognitif negatif menjadi status kognitif positif. *CBT* merupakan konseling yang menitik beratkan pada restrukturisasi atau pembenahan kognitif yang menyimpang akibat kejadian yang merugikan dirinya baik secara fisik maupun psikis dan lebih melihat ke masa depan dibanding masa lalu.

Aspek kognitif dalam *CBT* antara lain mengubah cara berpikir, kepercayaan, sikap, asumsi, imajinasi, dan memfasilitasi konseli belajar mengenali dan mengubah kesalahan dalam aspek kognitif. Sedangkan aspek *behavioral* dalam *CBT* yaitu mengubah hubungan yang salah antara situasi permasalahan dengan kebiasaan mereaksi permasalahan, belajar mengubah perilaku, menenangkan pikiran dalam tubuh sehingga merasa lebih baik, serta berpikir lebih jelas.

Menurut Aaron Temkin dalam Amin (2014) ada beberapa tahap dalam pendekatan *CBT* yaitu: 1) *Rapport*, mengembangkan hubungan baik dengan konseli, 2) *Assesment problem (interviews, self monitoring, thought sampling/record, scale* and kuesioner, 3) memandu konseli untuk menemukan pikiran yang tidak akurat, skema maladaptif dan distorsi kognitif, 4) menggunakan dialog Socrates dan teknik-teknik konseling untuk membantu konseli merevisi pikiran negatif, 5) menspesifikkan pikiran-pikiran otomatis yang muncul, 6) *treatment*, 7) *homework assignment* 8) menggali *feedback* dari konseli, 8) *termination*.

Dengan mempertimbangkan permasalahan subjek, kemampuan kognitif subjek, dan waktu pertemuan subjek, *CBT* bisa dilakukan dalam tiga sesi yang masing-masing berdurasi 60-120 menit. Pada sesi satu, terdiri dari beberapa bagian, yaitu psikoedukasi tentang *cognitive model*; mengidentifikasi *core belief*, mengidentifikasi distorsi kognitif; mengidentifikasi aturan dan asumsi serta mengidentifikasi pikiran otomatis. Sesi dua adalah merestrukturisasi kognisi. Sesi tiga adalah aktivitas untuk menemukan aspek positif dalam diri dan kegiatan yang dapat menguatkan perilaku positif. Di setiap akhir sesi, subjek diberikan kesempatan untuk melakukan evaluasi sehingga diketahui *insight* yang subjek peroleh. Subjek juga diberikan tugas yang dikerjakan di rumah dan dibawa kembali saat sesi berikutnya. Tahap terakhir adalah evaluasi keseluruhan intervensi yang dilakukan sepekan setelah intervensi. Subjek diminta untuk menceritakan pengalaman dan kesan yang dirasakan selama dan setelah intervensi. Subjek diminta untuk menceritakan penerapan teknik-teknik yang telah diajarkan selama

intervensi dalam kehidupan sehari-hari. Adapun proses terapi *CBT* yang lebih sederhana, yaitu:

Tabel 2.2 Proses Penerapan Terapi *CBT*

No.	Tahapan	Waktu
1	Asesmen	Sesi 1
2	Mencari emosi negatif, pikiran otomatis dan berhubungan dengan gangguan	Sesi 2
3	Menyusun Rencana Intervensi	Sesi 3
4	Fokus terapi perubahan <i>core belief</i> , intervensi tingkah laku	Sesi 4
5	Pencegahan <i>relapse</i>	Sesi 5

Dapat disimpulkan bahwa proses penerapan *CBT* bermacam-macam dengan tujuan untuk restrukturisasi atau pembenahan kognitif. Dari beberapa proses penerapan *CBT*, yang paling mudah dipahami dan bisa dilaksanakan adalah proses *CBT* yang memiliki 5 sesi. Sesi 1 asesmen dan diagnosa awal, Sesi 2 Mencari emosi negatif, pikiran otomatis dan keyakinan utama yang berhubungan dengan gangguan, Sesi 3 Menyusun rencana intervensi, Sesi 4 Fokus terapi perubahan *core belief*, intervensi tingkah laku dan Sesi 5 Pencegahan *relapse*.

Cognitive Behaviour Therapy (CBT) merupakan salah satu bentuk terapi psikososial yang mengintegrasikan modifikasi perilaku melalui pendekatan restrukturisasi kognitif. Terapi *CBT* merupakan gabungan dari beberapa intervensi yang dirancang untuk mengubah cara berpikir (Kadden, 2016). Keefektifan terapi *CBT* terhadap penyalahguna NAPZA akan menunjukkan peningkatan jika dikombinasikan dengan terapi psikososial lainnya. Salah satu terapi yang dapat digunakan adalah *Relapse Prevention Training (RPT)*. Terapi ini dikembangkan oleh Marlatt pada tahun 1985. Teori yang berdasar dari pengembangan pendekatan

behavioristik yaitu *cognitive behaviour therapy* dalam beberapa penelitian menunjukan hasil yang efektif terhadap penyalahguna NAPZA.

2.4 Kajian tentang *Relapse Prevention Training*

Relapse Prevention Training (RPT) merupakan terapi manajemen diri yang dibuat untuk mencegah *relapse* pada area perilaku adiksi dan fokus masalah penting dari membantu pecandu mengubah perilakunya untuk membantu pecandu untuk membantu perkembangan yang telah dibuat pecandu dalam proses perawatan atau perubahan diri. Area yang menjadi bagian dari intervensi oleh pekerja sosial adalah faktor-faktor interpersonal klien dihadapkan pada situasi-situasi resiko tinggi pemicu kekambuhan (*relapse*) dan juga mengajarkan strategi *coping* yang baru untuk mencegah *relapse*.

Tujuan dari *Relapse Prevention Training (RPT)* adalah pencegahan kekambuhan yang difokuskan pada proses kekambuhan yang alamiah dengan menggunakan keterampilan strategi *coping* yang berguna untuk mempertahankan perubahan serta untuk mempertahankan perubahan serta mendidik klien agar mencapai suatu gaya hidup yang seimbang dan mencegah kebiasaan yang tidak sehat.

(Marlatt dan Donovan, 2005) *Relapse Prevention Training (RPT)* terdiri dari 4 (empat) sesi

1. Pengkajian Riwayat ketergantungan dan kekambuhan, mengukur tingkat motivasi berubah dan faktor penyebab kekambuhan
2. Teknik meningkatkan kesadaran diri

3. Manajemen tanda atau sinyal peringatan kekambuhan
4. Evaluasi

(Marlatt dan Donovan, 2005) Indikasi psikoterapi ini dapat digunakan kepada klien dengan permasalahan sebagai berikut:

1. Ketergantungan NAPZA
2. Ketergantungan makanan (obesitas, diet)
3. Depresi
4. Kecemasan
5. Gangguan bipolar
6. Pencegahan kekambuhan.

Karakteristik klien menunjukkan potensi kepatuhan yang rendah dan potensi kekambuhan yang tinggi:

1. Klien tampak keluar masuk tempat pengobatan
2. Klien ketergantungan NAPZA
3. Klien secara verbal mengatakan sulit menolak godaan dan dorongan untuk tidak menggunakan ulang NAPZA
4. Klien memandang dan melepaskan diri dari ketergantungan NAPZA merupakan hal yang mustahil.

Bentuk psikoterapi individu RPT dalam hal ini adalah klien diajarkan untuk mengidentifikasi faktor penyebab kekambuhan dan berlatih beberapa teknik strategi *coping* mengatasi resiko kekambuhan, godaan (*urge*) dan dorongan menggunakan ulang. Pelaksanaan pemberian terapi ini disesuaikan dengan situasi

klien. Biasanya mengutamakan *privacy* klien. Waktu psikoterapi dibuat berdasarkan kesepakatan antara pekerja sosial dan klien.

Relapse Prevention Training (RPT) terdiri dari 4 sesi dengan rincian sebagai berikut: Sesi 1 *RPT* ini merupakan pengkajian riwayat ketergantungan NAPZA dan kekambuhan. Hal ini sudah dimulai dari sesi 1 *CBT*, maka pada sesi ini terapis mengkaji yang belum sempat terkaji pada *CBT* sesi 1. Sesi 2 *RPT* adalah teknik meningkatkan kesadaran diri, dimana subyek mengidentifikasi perubahan pola pikir, perasaan, sikap, perilaku kekambuhan, dan menuliskan tanda perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku tersebut sebagai tanda dan sinyal faktor pemicu. Sesi 3 *RPT* adalah manajemen tanda dan sinyal peringatan kekambuhan, dalam hal ini subyek diminta mengidentifikasi cara perubahan pola pikir agar tidak kambuh, mengidentifikasi cara mengatasi perubahan perasaan, sikap, dan perilaku agar tidak kambuh, melakukan latihan cara mengatasi pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku. Sesi 4 *RPT* adalah evaluasi, pada sesi ini subyek mampu menyampaikan perasaan setelah dilakukan terapi kepada keluarga, subyek mampu menyebutkan manfaat yang diperoleh, dan mampu menyebutkan tujuan dan rencana baik itu jangka pendek maupun jangka panjang.

Relapse Prevention Training (RPT) adalah program kendali diri yang didesain untuk mengedukasi seseorang yang berusaha untuk merubah perilakunya, mampu mengantisipasi dan mengatasi masalah kekambuhan. Berdasarkan uraian tersebut, dapat disimpulkan bahwa *RPT* merupakan terapi psikososial yang digunakan dalam membantu pecandu untuk mempertahankan perkembangan yang

telah dibuat dalam proses perawatan atau perubahan diri, salah satu indikasi psikoterapi ini dapat digunakan kepada klien dengan permasalahan kecemasan.

2.5 Kajian tentang Kecemasan

2.5.1 Pengertian Kecemasan

Kecemasan adalah kondisi psikologis seseorang yang penuh dengan rasa takut dan khawatir, dimana perasaan takut dan khawatir akan sesuatu hal yang belum pasti akan terjadi. Kecemasan berasal dari Bahasa Latin (*anxius*) dan dari Bahasa Jerman (*anst*), yaitu suatu kata yang digunakan untuk menggambarkan efek negatif dan rangsangan fisiologis (Musyaroh et al.2020). *American Psychological Association* (APA) dalam (Musyaroh et al. 2020), kecemasan merupakan keadaan emosi yang muncul saat individu sedang stress dan ditandai oleh perasaan tegang, pikiran yang membuat individu merasa khawatir dan disertai respon fisik (jantung berdetak kencang, naiknya tekanan darah dan lain sebagainya).

Gunarso dalam Wahyudi, Bahri dan Handayani (2019), kecemasan atau *anxietas* adalah rasa khawatir, takut yang tidak jelas sebabnya. Pengaruh kecemasan terhadap tercapainya kedewasaan, merupakan masalah penting dalam perkembangan kepribadian. Kecemasan merupakan kekuatan yang besar dalam menggerakkan, baik tingkah laku normal maupun tingkah laku yang menyimpang, yang terganggu, kedua-duanya merupakan pernyataan, penampilan, penjelmaan dari pertahanan terhadap kecemasan itu. Jelaslah bahwa pada gangguan emosi dan gangguan tingkah laku, kecemasan merupakan masalah pelik.

Nevid dkk (2005:163) mengatakan bahwa kecemasan adalah suatu keadaan emosional yang mempunyai ciri keterangsangan fisiologis, perasaan tegang yang tidak menyenangkan, dan kekhawatiran bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi. Priest dalam Safaria dan Nofrans (2012:49) menyebutkan bahwa kecemasan atau perasaan cemas adalah suatu keadaan yang dialami ketika berpikir tentang sesuatu yang tidak menyenangkan terjadi.

Freud dalam Safaria dan Nofrans (2012:49) menyebutkan bahwa kecemasan adalah reaksi terhadap ancaman dari rasa sakit maupun dunia luar yang tidak siap ditanggulangi dan berfungsi memperingatkan individu akan adanya bahaya. Calhoun dan Acocella dalam Pradipta Sarastika (2014:161) menjelaskan bahwa kecemasan adalah rasa takut, baik yang realistis maupun tidak, yang dibarengi dengan reaksi kejiwaan yang meningkat. Mereka juga mengatakan bahwa kecemasan bisa terjadi karena adanya pengalaman emosional yang tidak menyenangkan. Hilgard dalam Pradipta Sarastika (2014:161) mengatakan bahwa kecemasan adalah emosi yang tidak menyenangkan, yang ditandai dengan istilah-istilah kekhawatiran, keprihatinan, dan rasa takut yang kadang kita alami dalam tingkat yang berbeda-beda. Adapun menurut Kartini Kartono (2011:129) bahwa kecemasan adalah semacam kegelisahan, kekhawatiran, dan ketakutan terhadap sesuatu yang tidak jelas, difus atau baur, dan mempunyai ciri yang mengazab pada seseorang.

Berdasarkan beberapa pengertian tersebut maka dapat disimpulkan bahwa kecemasan merupakan suatu perasaan takut dan khawatir yang bersifat lama pada

sesuatu yang tidak jelas (subjektif) atau belum pasti akan terjadi pada situasi tertentu dan berhubungan dengan perasaan yang tidak menentu dan tidak berdaya.

2.5.2 Faktor Penyebab Kecemasan

Kecemasan sering kali berkembang selama jangka waktu dan sebagian besar tergantung pada seluruh pengalaman hidup seseorang. Peristiwa - peristiwa atau situasi khusus dapat mempercepat munculnya serangan kecemasan. Menurut Savitri Ramaiah (2003) dalam (Muyasaroh et al. 2020) ada beberapa faktor yang menunjukkan reaksi kecemasan, diantaranya yaitu :

1. Lingkungan

Lingkungan atau sekitar tempat tinggal mempengaruhi cara berfikir individu tentang diri sendiri maupun orang lain. Hal ini disebabkan karena adanya pengalaman yang tidak menyenangkan pada individu dengan keluarga, sahabat, ataupun dengan rekan kerja. Sehingga individu tersebut merasa tidak aman terhadap lingkungannya.

2. Emosi Yang Ditekan

Kecemasan bisa terjadi jika individu tidak mampu menemukan jalan keluar untuk perasaannya sendiri dalam hubungan personal ini, terutama jika dirinya menekan rasa marah atau frustrasi dalam jangka waktu yang sangat lama.

3. Sebab-sebab Fisik

Pikiran dan tubuh senantiasa saling berinteraksi dan dapat menyebabkan timbulnya kecemasan. Hal ini terlihat dalam kondisi seperti misalnya kehamilan semasa remaja dan sewaktu terkena suatu penyakit. Selama ditimpa kondisi-kondisi

ini, perubahan-perubahan perasaan lazim muncul, dan ini dapat menyebabkan timbulnya kecemasan.

Menurut (Patotisuro Lumban Gaol, 2004) dalam (Muyasaroh et al. 2020), kecemasan timbul karena adanya ancaman atau bahaya yang tidak nyata dan sewaktu-waktu terjadi pada diri individu serta adanya penolakan dari masyarakat menyebabkan kecemasan berada di lingkungan yang baru dihadapi. Sedangkan, menurut Blacburn & Davidson dalam (Ifdil and Anissa 2016), menjelaskan faktor-faktor yang menimbulkan kecemasan, seperti pengetahuan yang dimiliki seseorang mengenai situasi yang sedang dirasakannya, apakah situasi tersebut mengancam atau tidak memberikan ancaman, serta adanya pengetahuan mengenai kemampuan diri untuk mengendalikan dirinya (seperti keadaan emosi serta fokus ke permasalahannya).

2.5.3 Tanda dan Gejala Kecemasan

Menurut Jeffrey S. Nevid, dkk (2005: 164) dalam (Ifdil and Anissa 2016) ada beberapa tanda-tanda kecemasan, yaitu :

1. Tanda Fisik Kecemasan

Tanda fisik kecemasan diantaranya yaitu : kegelisahan, kegugupan, tangan atau anggota tubuh yang bergetar atau gemetar, sensasi dari pita ketat yang mengikat di sekitar dahi, kekencangan pada pori-pori kulit perut atau dada, banyak berkeringat, telapak tangan yang berkeringat, pening atau pingsan, mulut atau kerongkongan terasa kering, sulit berbicara, sulit bernafas, bernafas pendek, jantung yang berdebar keras atau berdetak kencang, suara yang bergetar, jari-jari atau anggota tubuh yang menjadi dingin, pusing, merasa lemas atau mati rasa, sulit

menelan, kerongkongan merasa tersekat, leher atau punggung terasa kaku, sensasi seperti tercekik atau tertahan, tangan yang dingin dan lembab, terdapat gangguan sakit perut atau mual, panas dingin, sering buang air kecil, wajah terasa memerah, diare, dan merasa sensitif atau “mudah marah”.

2. Tanda *Behavioral* Kecemasan

Tanda-tanda *behaviorial* kecemasan diantaranya yaitu: perilaku menghindar, perilaku melekat dan dependen, dan perilaku terguncang.

3. Tanda Kognitif Kecemasan

Tanda-tanda kognitif kecemasan diantaranya : khawatir tentang sesuatu, perasaan terganggu akan ketakutan atau aprehensi terhadap sesuatu yang terjadi di masa depan, keyakinan bahwa sesuatu yang mengerikan akan segera terjadi (tanpa ada penjelasan yang jelas), terpaku pada sensasi ketubuhan, sangat waspada terhadap sensasi ketubuhan, merasa terancam oleh orang atau peristiwa yang normalnya hanya sedikit atau tidak mendapat perhatian, ketakutan akan kehilangan kontrol, ketakutan akan ketidakmampuan untuk mengatasi masalah, berpikir bahwa dunia mengalami keruntuhan, berpikir bahwa semuanya tidak lagi bisa dikendalikan, berpikir bahwa semuanya terasa sangat membingungkan tanpa bisa di atasi, khawatir terhadap hal-hal yang sepele, berpikir tentang hal mengganggu yang sama secara berulang-ulang, berpikir bahwa harus bisa kabur dari keramaian (kalau tidak pasti akan pingsan), pikiran terasa bercampur aduk atau kebingungan, tidak mampu menghilangkan pikiran-pikiran terganggu, berpikir akan segera mati (meskipun dokter tidak menemukan sesuatu yang salah secara medis), khawatir akan ditinggal sendirian, dan sulit berkonsentrasi atau memfokuskan pikiran.

Dadang Hawari (2006: 65-66) dalam (Ifdil and Anissa 2016), mengemukakan gejala kecemasan diantaranya yaitu :

1. Cemas, khawatir, tidak tenang, ragu dan bimbang
2. Memandang masa depan dengan rasa was-was (khawatir)
3. Kurang percaya diri, gugup apabila tampil di muka umum (demam panggung)
4. Sering merasa tidak bersalah, menyalahkan orang lain
5. Tidak mudah mengalah
6. Gerakan sering serba salah, tidak tenang bila duduk, gelisah
7. Sering mengeluh ini dan itu (keluhan-keluhan somatik), khawatir berlebihan terhadap penyakit
8. Mudah tersinggung, membesar-besarkan masalah yang kecil (dramatisasi)
9. Dalam mengambil keputusan sering diliputi rasa bimbang dan ragu
10. Bila mengemukakan sesuatu atau bertanya seringkali diulang-ulang
11. Apabila sedang emosi sering kali bertindak histeris.

2.5.4 Dampak Kecemasan

Kecemasan yang dialami setiap individu memiliki beberapa dampak dalam kehidupannya. Blackburn dan Davidson dalam Safaria dan Nonfrans (2012:56) menyebutkan bahwa:

Reaksi kecemasan dapat mempengaruhi diantaranya yaitu suasana hati (kecemasan, mudah marah, perasan sangat tegang), pikiran (khawatir, sukar berkonsentrasi, pikiran kosong, membesar-besarkan ancaman, memandang diri tidak berdaya atau sensitif), motivasi (menghindari situasi, ketergantungan tinggi, ingin melarikan diri), perilaku (gelisah, gugup, waspada berlebihan), Gerakan biologis (gerakan otomatis meningkat, berkeringat, gemetar, pusing, berdebar-debar, mual, mulut kering).

Pendapat Blackburn dan Davidson tersebut dapat disimpulkan bahwa reaksi dari kecemasan itu dapat mempengaruhi adanya suasana hati, pikiran, konsentrasi, perilaku, dan gerakan biologis. Kecemasan merupakan reaksi dari seseorang terhadap situasi yang membuatnya merasa cemas. Reaksi tersebut dapat terwujud dalam bentuk perasaan, pikiran, dan tingkah laku. Reaksi yang ditujukan dapat

menimbulkan dampak yang akan berpengaruh terhadap diri sendiri maupun orang lain.

Ketakutan, kekhawatiran dan kegelisahan yang tidak beralasan pada akhirnya menghadirkan kecemasan, dan kecemasan ini tentu akan berdampak pada perubahan perilaku seperti, menarik diri dari lingkungan, sulit fokus dalam beraktivitas, susah makan, mudah tersinggung, rendahnya pengendalian emosi amarah, sensitive, tidak logis, susah tidur. (Jarnawi 2020).

2.5.5 Aspek Kecemasan

Gail W. Stuart (dalam Annisa & Ifdil, 2016) membagi kecemasan (*anxiety*) dalam respon perilaku, kognitif, dan afektif, diantaranya:

1. Perilaku, berupa gelisah, tremor, bicara cepat, kurang koordinasi, menghindar, lari dari masalah, waspada, ketegangan fisik, dan lain-lain.
2. Kognitif, berupa konsentrasi terganggu, kurang perhatian, mudah lupa, kreativitas menurun, produktivitas menurun, bingung, sangat waspada, takut kehilangan kendali, mengalami mimpi buruk, dan lain-lain.
3. Afektif, berupa tidak sabar, tegang, gelisah, tidak nyaman, gugup, waspada, ketakutan, kekhawatiran, mati rasa, merasa bersalah, malu, dan lain-lain.

Menurut Vye (dalam Purnamarini, Setiawan, & Hidayat, 2016) mengungkapkan bahwa gejala kecemasan dapat diidentifikasi melalui tiga komponen yaitu:

1. Komponen Kognitif

Cara individu memandang keadaan yaitu mereka berfikir bahwa terdapat kemungkinan-kemungkinan buruk yang siap mengintainya sehingga menimbulkan rasa ragu, khawatir dan ketakutan yang berlebih ketika hal tersebut terjadi. Mereka juga menganggap dirinya tidak mampu, sehingga mereka tidak percaya diri dan menganggap situasi tersebut sebagai suatu ancaman yang sulit dan kurang mampu untuk di atasi.

2. Komponen Fisik

Pada komponen fisik berupa gejala yang dapat dirasakan langsung oleh fisik atau biasa disebut sensasi fisiologis. Gejala yang dapat terjadi seperti sesak nafas, detak jantung yang lebih cepat, sakit kepala, sakit perut dan ketegangan otot. Gejala ini merupakan respon alami yang terjadi pada tubuh saat individu merasa terancam atau mengalami situasi berbahaya. Terkadang juga menimbulkan rasa takut pada saat sensasi fisiologis tersebut terjadi.

3. Komponen Perilaku

Pada komponen perilaku melibatkan perilaku atau tindakan seseorang yang *overcontrolling*.

Greenberger dan Padesky (dalam Fenn & Byrne, 2013) menjabarkan bahwa ada empat aspek kecemasan yaitu:

- a. *Physical Symptoms* atau reaksi fisik yang terjadi pada orang yang cemas, seperti telapak tangan yang berkeringat, otot tegang, jantung berdebar, sulit bernafas, sakit kepala ketika individu menghadapi kecemasan.

- b. *Thought*, yaitu pemikiran negatif dan irasional individu berupa perasaan tidak mampu, tidak siap, dan merasa tidak memiliki keahlian, seperti tidak siap dalam menghadapi wawancara kerja, atau tidak yakin dengan kemampuannya sendiri. Pemikiran ini cenderung akan menetap pada individu, jika individu tidak merubah pemikiran menjadi sesuatu yang lebih positif.
- c. *Behaviour*, individu dengan kecemasan akan cenderung menghindari situasi penyebab kecemasan tersebut dikarenakan individu merasa dirinya terganggu dan tidak nyaman seperti keringat dingin, mual, sakit kepala, leher kaku, dan mengalami gangguan tidur.
- d. *Feelings*, yaitu suasana hati individu dengan kecemasan cenderung meliputi perasaan marah, panik, gugup yang dapat memunculkan kesulitan untuk memutuskan sesuatu seperti perasaan gugup saat ada perbincangan dunia kerja.

Berdasarkan uraian tersebut, dapat diketahui bahwa aspek kecemasan meliputi aspek fisik, pemikiran, perilaku, dan suasana hati.

2.5.6 Ciri-ciri Kecemasan

(Jeffrey S. Nevid, dkk) kecemasan memiliki ciri-ciri tersendiri diantaranya:

1. Ciri fisik dari kecemasan meliputi kegelisahan, kegugupan, tangan atau anggota tubuh lain yang bergetar atau gemetar, sensasi dari pita ketat yang mengikat disekitar dahi, banyak berkeringat, pening atau pingsan, kesulitan bicara dan bernapas.
2. Ciri-ciri *behavioral* dari kecemasan meliputi perilaku menghindar, perilaku melekat dan dependen atau perilaku terguncang.

3. Ciri kognitif dari kecemasan meliputi khawatir mengenai sesuatu, perasaan terganggu dan ketakutan atau apphensi terhadap suatu yang terjadi di masa depan, keyakinan bahwa sesuatu yang mengerikan akan terjadi di masa depan, keyakinan bahwa sesuatu yang mengerikan akan terjadi tanpa ada penjelasan yang jelas, merasa terancam oleh orang atau peristiwa yang normalnya hanya sedikit, atau tidak mendapat perhatian, ketakutan akan ketidakmampuan untuk mengatasi masalah.

2.5.7 Jenis Kecemasan

Kecemasan dibagi menjadi beberapa jenis. Menurut Spilberger, jenis kecemasan terbagi dalam dua bentuk, yaitu:

1. *Trait anxiety*

Setiap individu mempunyai intensitas rasa cemas tersendiri. *Trait anxiety* adalah suatu respon terhadap situasi yang mempengaruhi tingkat kecemasannya. Individu yang memiliki *trait anxiety* tinggi, maka ia akan lebih cemas dibandingkan dengan individu yang *trait anxiety* rendah.

2. *State anxiety*

Kondisi emosional setiap dalam merespon suatu peristiwa berbeda. *State anxiety* adalah respon individu terhadap situasi yang secara sadar menimbulkan efek tegang dan khawatir yang bersifat subjektif.

Adapun Freud dalam Nida 2014, membagi kecemasan kedalam tiga bentuk, yaitu:

1. Kecemasan *neurosis*

Kecemasan *neurosis* dipengaruhi oleh tekanan id. Kecemasan ini muncul kerana pengalaman pada suatu objek yang menurutnya berbahaya sehingga menimbulkan bayangan-bayangan yang membuatnya terancam.

2. Kecemasan moral

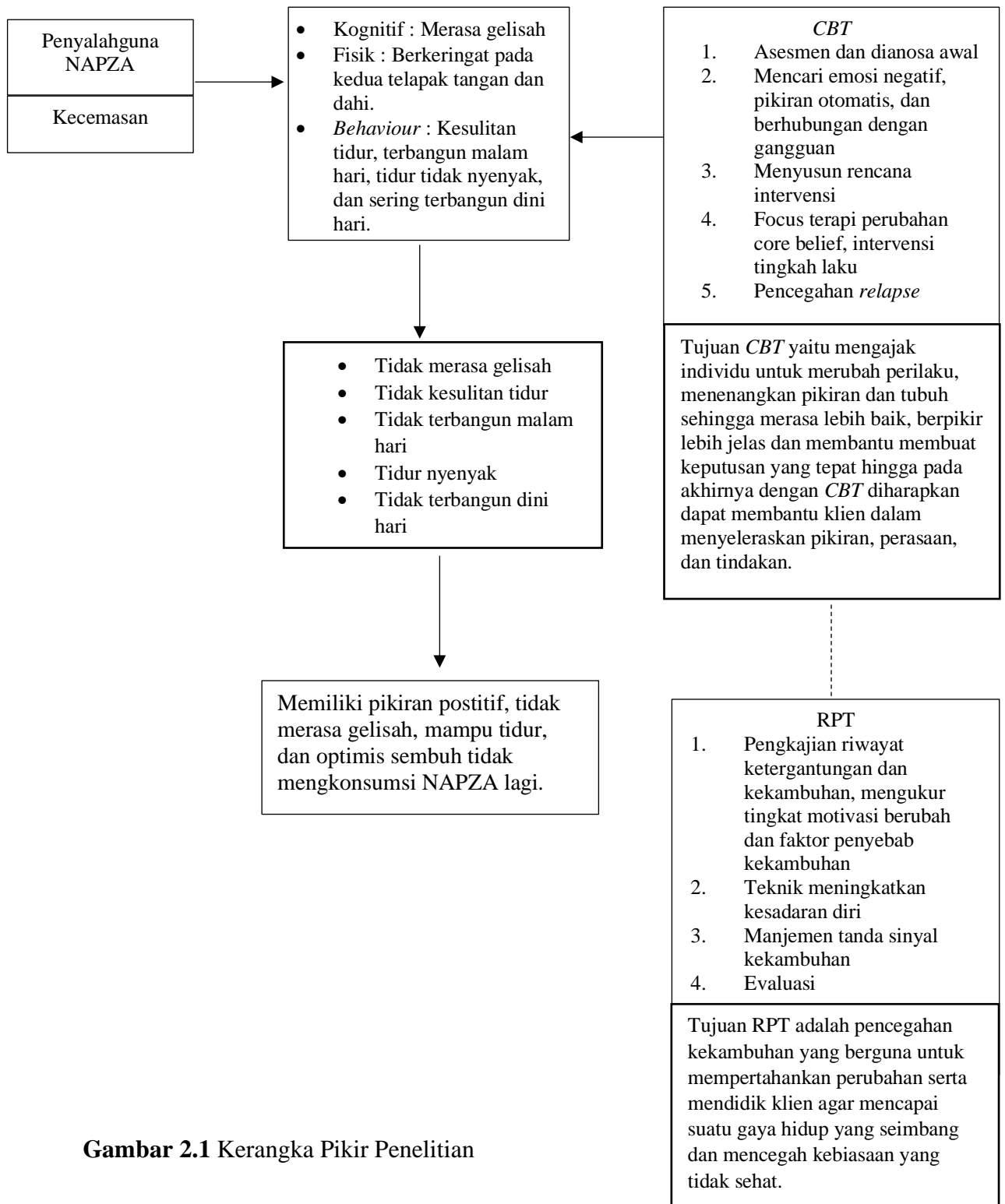
Moral *anxiety* adalah kecemasan yang disebabkan adanya konflik antara ego dan superego. Moral *anxiety* muncul ketika individu merasa bersalah, yaitu ketika ia melanggar norma moral ataupun tidak sama sesuai dengan nilai moral yang ada sehingga ia mendapatkan hukuman dari superego.

3. Kecemasan realistik

Kecemasan ini dikenal sebagai kecemasan yang objektif sebagai reaksi dari ego yang terjadi setelah ia mengalami situasi yang membahayakan. Kecemasan *realistic* merupakan rasa takut akan adanya bahaya-bahaya nyata yang berasal dari dunia luar.

2.6 Kerangka Pikir Penelitian

Berikut kerangka pikir dari penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 2.1 Kerangka Pikir Penelitian

Kecemasan yang dirasakan penyalahguna NAPZA merupakan manifestasi dari keyakinan irasional yang dimiliki, yaitu bahwa ia tidak dapat bertahan menghadapi stress dan kecemasan tanpa bantuan NAPZA. Keyakinan irasional tersebut membuat penyalahguna NAPZA memiliki toleransi stress yang rendah dan kecemasan yang tidak wajar. Perasaan yang tidak menentu tersebut akan disertai dengan perubahan fisiologis seperti berkeringat berlebih pada telapak tangan dan dahi, gugup serta panik ketika berbicara dengan orang lain dan perubahan pada tingkah laku (*behaviour*) seperti tidak mengikuti kegiatan rehabilitasi dan sulit tidur. Hal tersebut akan mengganggu aktivitas mereka dalam mengikuti program rehabilitasi.

Terapi dalam pendekatan psikososial yang digunakan dalam mengatasi kecemasan terhadap penyalahguna NAPZA adalah *Cognitive Behaviour Therapy* (*CBT*). Terapi ini bertujuan untuk membangun kembali kognisi klien yang menyimpang terhadap dirinya sendiri, orang lain, dan lingkungan. *Cognitive Behaviour Therapy* merupakan salah satu terapi psikososial yang digunakan dalam mengatasi kecemasan terhadap penyalahguna NAPZA. Secara *evidencebased CBT* dalam jangka waktu pendek merupakan terapi psikologis yang dapat merubah pemikiran negatif. Selain itu *CBT* dapat membantu individu merubah pikirannya dan membawanya ke perspektif baru, serta mengajarkan strategi perilaku baru.

Dari hasil asesmen yang dilakukan oleh peneliti dalam kegiatan praktikum capaian profil terapi psikososial, peneliti ingin mengembangkan model rekayasa teknologi yang memperkuat *CBT* yaitu dengan menambahkan terapi *Relapse Prevention Training* (*RPT*) kedalam proses intervensi penanganan masalah

kecemasan. *RPT* merupakan terapi manajemen diri yang dibuat untuk mencegah *relapse* pada area perilaku adiksi dan fokus pada masalah yang penting dari membantu pecandu mengubah perilakunya untuk membantu perkembangan yang telah dibuat pecandu dalam proses perawatan atau perubahan diri.

Cognitive Behavior Therapy (CBT) merupakan salah satu bentuk terapi psikososial yang mengintegrasikan modifikasi perilaku melalui pendekatan restrukturisasi kognitif. Terapi *CBT* merupakan gabungan dari beberapa intervensi yang dirancang untuk mengubah cara pikir (Kadden, 2016). Sedangkan *Relapse Prevention Training (RPT)* adalah program kendali diri yang didesain untuk mengedukasi seseorang yang berusaha untuk megubah perilakunya, mampu mengantisipasi dan mengatasi masalah kekambuhan.

Dalam penelitian ini, peneliti mengimplementasikan *CBT* dan *RPT* untuk menjawab permasalahan kecemasan terhadap penyalahguna NAPZA. Peneliti akan melakukan 5 proses konseling *CBT* seperti asesmen, mencari akar permasalahan yang berasal emosi, pola pikir, dan keyakinan yang salah, menyusun rencana intervensi, menata ulang emosi, pola pikir, dan keyakinan yang salah dan intervensi tingkah laku serta pencegahan. Adapu peneliti akan melakukan 6 sesi *RPT* seperti, pengkajian riwayat ketergantungan, teknik meningkatkan kesadaran diri, manajemen tanda sinyal atau peringatan kekambuhan, strategi kognitif, pelibatan keluarga, dan evaluasi.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan *Singel Subject Design* (SSD) dengan model ABA yang artinya ada beberapa fase yang harus dilakukan peneliti mulai dari pengukuran *baseline*, intervensi hingga pengukuran setelah intervensi. Rancangan penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan pengaruh implementasi *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT) dan *Relapse Prevention Training* (RPT) terhadap permasalahan kecemasan penyalahguna NAPZA di Yayasan Graha Karya Prima Sejahtera Kabupaten Bandung.

Pendekatan *Singel Subject Design* (SSD) dengan model A-B-A merupakan desain penelitian yang memiliki tiga fase. Mula-mula target *behaviour* diukur secara kontinyu pada kondisi *baseline* (A1) dengan periode waktu tertentu kemudian pada kondisi intervensi (B). Berbeda dengan desain A-B, desain A-B-A setelah pengukuran pada kondisi intervensi (B) pengukuran pada kondisi *baseline* kedua (A2) ini dimaksudkan sebagai kontrol untuk fase intervensi sehingga memungkinkan untuk menarik kesimpulan adanya hubungan fungsional antara variabel bebas dan variabel terikat.

3.2. Definisi Operasional

Definisi operasional dibuat dalam penelitian ini adalah untuk menghindari terjadinya kesalahan dalam memahami istilah-istilah yang digunakan. Definisi operasional tersebut sebagai berikut:

1. *Cognitive behavior therapy* yang dimaksud dalam penelitian ini merupakan model terapi yang bertujuan untuk menangani kecemasan responden klien Yayasan Graha Prima Karya Sejahtera berusia 24-30 tahun dan sudah menjalani rehabilitasi selama minimal 6 bulan.

Berdasarkan tahapan CBT, peneliti melakukan 5 tahapan CBT seperti asesmen, Mencari emosi negatif, pikiran otomatis dan berhubungan dengan gangguan, menyusun rencana intervensi, menata ulang emosi, pola pikir, dan keyakinan yang salah dan intervensi tingkah laku serta pencegahan.

2. *Relapse prevention training* yang dimaksud dalam penelitian ini merupakan model terapi yang bertujuan untuk mempertahankan perubahan serta komitmen yang telah dibuat oleh subyek yang merupakan klien Yayasan Graha Prima Karya Sejahtera yang berusia 24-30 tahun sudah menjalani rehabilitasi selama minimal 6 bulan.
3. Kecemasan adalah kondisi psikologis penyalahguna NAPZA klien AR yang mencakup merasa gelisah, kesulitan tidur, terbangun malam hari, tidur tidak nyenyak, dan sering terbangun dini hari.
4. Penyalahguna NAPZA adalah klien Yayasan Graha Prima Karya Sejahtera berusia 24-30 tahun, sudah menjalani rehabilitasi selama minimal 6 bulan, mengkonsumsi obat-obatan golongan narkotika, psikotropika, dan zat adiktif lainnya yang tidak sesuai dengan fungsinya, dan mengalami tanda kecemasan fisik, *behavioral*, maupun kognitif menjadi subyek penelitian.

5. Yayasan Graha Prima Karya Sejahtera dalam penelitian ini merupakan lokasi penelitian yang terletak di Komplek Bina Karya 1 Blok C No.56, Cimekar, Kecamatan Cileunyi Kabupaten Bandung, Provinsi Jawa Barat.

3.3. Subyek Penelitian

Subyek penelitian yang diteliti adalah klien penyalahguna NAPZA berjenis kelamin laki-laki berusia 24-30 tahun yang sedang menjalankan proses rehabilitasi rawat inap maupun rawat jalan selama minimal 6 bulan di Yayasan Graha Prima Karya Sejahtera. Subyek dinilai telah mengalami permasalahan kecemasan yang mencakup merasa gelisah, kesulitan tidur, terbangun malam hari, tidur tidak nyenyak, dan sering terbangun dini hari.

3.4. Alat Ukur Penelitian

Instrument alat ukur penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut

1. *Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)*

Kecemasan dapat diukur dengan pengukuran tingkat kecemasan menurut alat ukur kecemasan yang disebut *HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale)*. Skala *HARS* merupakan pengukuran kecemasan yang didasarkan pada munculnya *symptom* individu yang mengalami kecemasan. Menurut skala *HARS* terdapat 14 *symptom* yang nampak, setiap item yang di observasi diberi 5 tingkatan skor antara 0 (*Nol Persent*) sampai dengan 4 (*Severe*) (Hidayat: 2017).

Skala *HARS* pertama kali digunakan pada tahun 1959 yang diperkenalkan oleh Max Hamilton dan sekarang telah menjadi standar dalam pengukuran

kecemasan. Skala *HARS* telah dibuktikan memiliki validitas dan reliabilitas cukup tinggi untuk melakukan pengukuran kecemasan yaitu 0,93 dan 0,97. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa pengukuran dengan menggunakan skala *HARS* akan diperoleh hasil yang valid dan reliabel.

3.5. Uji Validitas dan Realibilitas Alat Ukur

1. Uji Validitas

Uji validitas yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji validitas muka (*face validity*) yang diperkuat dengan kesesuaian instrumen dan diuji secara statistik korelasi. Rumus korelasi yang digunakan adalah *product moment* yang dikemukakan oleh Pearson, dengan pengujian keberartian koefisien korelasi (*rb*) dilakukan dengan taraf signifikansi 5% (0,05). Rumus korelasi tersebut adalah sebagai berikut:

$$r = \frac{n \sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{[n \sum X^2 - (\sum X)^2][n \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

Keterangan:

- r : Koefisien korelasi antara X dan Y
- X : Skor yang diperoleh dari subjek dalam tiap item
- Y : Skor total yang diperoleh dari subjek seluruh item
- $\sum X$: Jumlah skor dalam distribusi X
- $\sum Y$: Jumlah skor dalam distribusi Y
- $\sum X^2$: Jumlah kuadrat pada masing-masing skor X
- $\sum Y^2$: Jumlah kuadrat pada masing-masing skor Y
- N : Ukuran Populasi

3.5.2 Uji Realibilitas

Uji reliabilitas pada penelitian ini akan digunakan untuk mengukur reliabilitas dari instrumen penelitian dengan teknik pengumpulan data

menggunakan kuesioner dan observasi. Rumus *Cronbach alfa* diterapkan secara digital menggunakan aplikasi SPSS versi 23 untuk mengukur reliabilitas instrumen pada data kuesioner. Adapun kriteria koefisien reliabilitas menurut Guilford di dalam Ruseffendi (2005) adalah sebagai berikut:

Tabel 2.3 Kriteria Koefisien Reliabilitas

Nilai	Keterangan
$r_{11} < 0,20$	Sangat Rendah
$0.20 \leq r_{11} < 0,40$	Rendah
$0.40 \leq r_{11} < 0,70$	Sedang
$0.70 \leq r_{11} < 0,90$	Tinggi
$0.90 \leq r_{11} < 1,00$	Sangat Tinggi

Sumber : Ruseffendi (2005)

Peneliti melakukan uji reliabilitas terlebih dahulu sebelum memberikan kuesioner kepada responden di Yayasan Grapiks. Langkah ini sangat diperlukan untuk mengetahui keandalan (reliabilitas) atau suatu kestabilan dan konsistensi responden dalam menjawab hal yang berkaitan dengan item-item pertanyaan terkait dengan kecemasan penyalahguna NAPZA. Selanjutnya, pada pengumpulan data dengan teknik observasi, akan dilakukan pengujian reliabilitas menggunakan metode persentase kesepakatan (*percent agreement*). Data penelitian dapat dikatakan reliabel jika *total percent agreement* lebih dari 50%, karena untuk mendapatkan data yang reliabel dibutuhkan kesepakatan yang sama atau hamper sama antara pengamat 1 dengan pengamat 2. *Total percent agreement* dapat dihitung dengan rumus:

$$\text{Total percent agreement} = \frac{O + N}{T} \times 100\%$$

Keterangan:

O = *occurance agreement*, yaitu interval dimana target behavior terjadi dan terjadi persamaan (*agreement*) antara observer 1 dan 2

N = *nonoccurance agreement*, yaitu interval dimana target behavior tidak terjadi menurut kedua observer

T = banyaknya interval yang digunakan

3.6. Sumber Data

Sumber data dalam penelitian ini terdiri atas sumber data primer dan sekunder, sebagai berikut:

3.6.1. Sumber Data Primer

Sumber data primer adalah data yang diperoleh secara langsung dari subyek melalui kegiatan observasi terhadap penyalahguna NAPZA dijadikan subyek penelitian.

3.6.2. Sumber Data Sekunder

Sumber data sekunder adalah data yang dikumpulkan untuk melengkapi data primer. Proses pengumpulan data sekunder melalui observasi yang melibatkan keluarga dalam hal ini adalah istri responden. Pengumpulan data sekunder lainnya peneliti mengkaji literatur, jurnal penelitian, dan studi dokumentasi sebagai referensi yang berhubungan dengan permasalahan dan karakteristik penyalahguna NAPZA.

3.7. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data sangat penting dalam penelitian dikarenakan tanpa adanya teknik dalam pengumpulan data atau informasi, maka penelitian tidak akan berjalan dengan baik. Dalam penelitian mengenai “Implementasi *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Relapse Prevention Training* Terhadap Kecemasan Penyalahguna NAPZA di Yayasan Graha Prima Karya Sejahtera”. Peneliti akan menggunakan teknik kuesioner atau angket dan observasi. Adapun teknik pengumpulan data yang akan digunakan oleh peneliti sebagai berikut:

1. Angket atau kuesioner

Menurut Soehartono (2008), mendefinisikan bahwa angket merupakan salah satu teknik pengumpulan data dengan menyerahkan atau mengirimkan daftar pertanyaan untuk diisi sendiri oleh responden. Kuesioner dalam penelitian ini digunakan untuk mengukur tingkat kecemasan yang terbagi dalam respon perilaku, kognitif, dan afektif. Angket ini diberikan kepada responden dengan tujuan agar memperoleh data sebelum dan sesudah intervensi observasi

2. Observasi

Observasi merupakan teknik pengumpulan data yang akan dilakukan dengan pengamatan secara langsung terhadap responden di lokasi penelitian. Proses observasi dilakukan dengan cara mengamati, merekam, menghitung dan mencatat kejadian yang berkaitan dengan *target behavior*. Peneliti akan menggunakan observasi sistemis yang dilakukan dengan menggunakan instrumen observasi untuk mengamati target perilaku responden. Adapun observasi yang dilakukan dengan melibatkan keluarga subyek.

3. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi adalah teknik pengumpulan data dengan cara peneliti menggunakan dokumen yang dapat dijadikan sebagai sumber data seperti dokumen-dokumen yang ada seperti arsip, buku, atau laporan ilmiah, bulletin, foto-foto, dan lain sebagainya yang berhubungan dengan responden penelitian.

3.8. Teknik Analisis Data

Teknik analisis data yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah analisa data kuantitatif yaitu mengukur selisih perbedaan antara perilaku pada fase *baseline* dan fase intervensi dengan menggunakan perbandingan *two standard deviation (2SD)*. Selain itu dalam desain penelitian *single subject design*, analisis data pada dasarnya terdiri dari 2 macam yaitu analisis dalam kondisi dan antar kondisi. Untuk analisis dalam kondisi, yang perlu dianalisis meliputi 1) panjang kondisi, 2) estimasi kecenderungan arah, 3) kecenderungan stabilitas, 4) jejak data, 5) level stabilitas dan rentang, serta 6) level perubahan.

Hal-hal yang perlu dianalisis dalam analisis antar kondisi meliputi 1) jumlah variabel, 2) perubahan trend dan efeknya, 3) perubahan stabilitas, 4) perubahan level, dan 5) persentase *overlap*. Analisis antar kondisi yang sama dilakukan terhadap hal-hal seperti pada analisis dalam kondisi. Analisa data dapat dilihat dari hasil pengolahan data yang sudah dicatat dalam kertas kerja yang telah ditentukan, serta dapat disajikan dalam bentuk grafik.

3.9. Langkah dan Jadwal Penelitian

Langkah-langkah yang peneliti lakukan dalam penelitian dengan menggunakan pendekatan subjek tunggal desain pengulangan A-B-A (Sunanto, 2005) adalah sebagai berikut:

1. Mendefinisikan target *behavior* sebagai perilaku yang dapat diukur secara akurat.
2. Mengukur dan mengumpulkan data pada kondisi *baseline* (A1) secara kontinyu sampai trend dan level data menjadi stabil.
3. Memberikan intervensi setelah trend data *baseline* stabil. Intervensi dilakukan dengan menggunakan terapi *Cognitive Behaviour Therapy* sebanyak 6 (enam) sesi diantaranya: sesi satu asesmen, sesi 2 mencari akar permasalahan, sesi 3 konselor bersama konseli menyusun rencana intervensi, sesi 4 menata kembali keyakinan yang menyimpang, sesi 5 intervensi tingkah laku, dan sesi 6 pencegahan. Adapun *Relapse Prevention Training* yang terbagi dalam enam sesi diantaranya: sesi 1 pengkajian riwayat ketergantungan NAPZA dan kekambuhan, sesi 2 teknik meningkatkan kesadaran diri (identifikasi perubahan pola pikir, perasaan, sikap, perilaku tersebut sebagai tanda atau sinyal faktor pemicu), sesi 3 manajemen tanda dan sinyal peringatan kekambuhan, sesi 4 evaluasi.
4. Mengukur dan mengumpulkan data pada fase intervensi (B) dengan periode waktu tertentu sampai data menjadi stabil.
5. Setelah kecenderungan dan level data pada fase intervensi (B) stabil, maka mengulang fase *baseline* (A2).

Secara keseluruhan penelitian ini dilakukan dengan jadwal sebagai berikut:

Tabel 3.1 Matriks Jadwal Penelitian

No	Kegiatan	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul
1	Bimbingan Proposal Tesis							
2	Ujian Proposal Tesis							
3	Bimbingan Penulisan Tesis							
4	Penelitian							
5	Seminar Hasil Penelitian							
6	Ujian Tesis							

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1. Gambaran Lokasi Penelitian

4.1.1 Sejarah Yayasan Graha Prima Karya Sejahtera

Yayasan Grapiks (Graha Prima Karya Sejahtera) berdiri secara legal tahun 1999, akan tetapi kegiatan sosial telah dilakukan sejak 1985, pada mulanya Yayasan Grapiks merupakan komunitas masyarakat pedesaan yang bergerak dibidang pendidikan. Kegiatan komunitas ini lebih banyak kearah bantuan beasiswa, bantuan tulis baca, dan bimbingan belajar anak desa.

Alasan didirikan Yayasan Grapiks pada tahun 1999 ialah karena pada waktu itu terjadi krisis ekonomi yang berkepanjangan, dan banyaknya anak-anak pada tahun 1998 sampai 1999 yang turun ke jalanan untuk membantu perekonomian keluarga menggerakkan hati komunitas desa ini (pada awalnya) untuk turut andil membantu mereka. Untuk mengakomodir keinginan ini, maka pada tanggal 09 Desember 1999 dibentuklah sebuah lembaga formal bernama Yayasan Graha Prima Karya Sejahtera (Yayasan Grapiks). Dengan dikeluarkannya undang-undang yayasan yang baru, maka Yayasan Grapiks melakukan penyesuaian, dan keluarlah SK MENHUKHAM No. AHA-4708.AH.01.04. Tahun 2009.

Berbekal pengalaman pemberdayaan dan interaksi dengan anak-anak pedesaan, maka pada tahun 2001 Yayasan Grapiks 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. Berdasarkan survey yang dilakukan, virus ini lebih banyak ditularkan melalui penggunaan narkoba yang disuntikan. Maka pada bulan Mei 2004, dengan dukungan dari AusAID dan IHPCP, Yayasan Grapiks mulai berkonsentrasi pada Upaya Pencegahan HIV-AIDS di Kalangan Pengguna Narkoba Suntik, program ini diberi nama dengan Program Implementasi IDU Harm Reduction. Pada awalnya kegiatan ini hanya difokuskan di Kota Bandung, namun seiring berjalannya waktu, sekarang kegiatan ini telah memasuki wilayah-wilayah lain seperti Cimahi, Kota Bekasi dan Kabupaten Bekasi.

Pada tahun 2017, Yayasan Grapiks memfasilitasi mantan penyalahguna narkoba untuk mengembangkan program rehabilitasi. “Saung Kawani” adalah “Branding” dari program rehabilitasi, dan “Narcotics Religious” adalah pendekatan yang dibuat sendiri, dikembangkan, dan diimplementasikan dalam program ini. Tahun 2018 Yayasan Grapiks ditetapkan oleh Kementerian Sosial Republik Indonesia sebagai salahsatu Institusi Penerima Wajib Lapor (IPWL) bagi para korban atau penyalahguna NAPZA.

4.1.2 Visi dan Misi Yayasan Graha Prima Karya Sejahtera

1. Visi

Terwujudnya kehidupan masyarakat yang sehat dan sejahtera di Indonesia

2. Misi

Mewujudkan kehidupan masyarakat yang sehat dan sejahtera melalui penguatan kemitraan

4.1.3 Program Program Yayasan Graha Prima Karya Sejahtera

1. Pencegahan HIV/AIDS

Merupakan kegiatan penjangkauan yang dilakukan oleh para petugas penjangkau kepada populasi beresiko terinfeksi HIV dari kalangan lelaki seks lelaki, waria, dan pengguna narkoba suntik. Tujuan utama dari program ini adalah untuk mencegah infeksi baru HIV pada populasi beresiko dan untuk melakukan perubahan perilaku terutama perilaku hidup sehat. Kegiatan dalam program ini berupa: Penjangkauan pada populasi kunci, Merujuk populasi kunci untuk mengakses layanan kesehatan, terutama yg terkait dengan kesehatan dasar dan HIV-AIDS, Focus Group Discussion dengan populasi kunci, Layanan kesehatan mobile bekerjasama dengan petugas Kesehatan dari puskesmas dan Pertemuan dengan stakeholders terkait

2. Rehabilitasi Sosial Penyalahgunaan NAPZA

Pendekatan rehabilitasi yang diterapkan di Yayasan Grapiks Bandung adalah Narcotics Religious (NR). NR adalah metode yang dikembangkan oleh Yayasan Grapiks dalam upaya merehabilitasi korban penyalahgunaan NAPZA. Metode *narcotics religious* hadir ditengah masyarakat mewarnai pola/jenis rehabilitasi yang sudah ada jauh sebelumnya, metode *narcotics religious* menggunakan pendekatan keagamaan dalam upaya mengembalikan korban penyalahgunaan Narkoba atau pecandu Narkoba, terdapat 7 langkah dalam metode ini, yaitu; Niat, Taubat, Do'a, Ikhtiar, Tawakal, Bersyukur dan Istiqmah. 7 (tujuh) Langkah ini diambil berdasarkan pengalaman pemulihan yang dilakukan oleh salah seorang mantan korban NAPZA dampingan Yayasan Grapiks, sekaligus pencetus

ide program rehabilitasi di Yayasan Grapiks. Berikut adalah beberapa kegiatan yang ada dalam program rehabilitasi di Yayasan Grapiks:

1) Sosialisasi dan konsultasi

Kegiatan pemberian informasi seputar narkoba dan rehabilitasi kepada masyarakat maupun komunitas korban penyalahgunaan napza yang dilakukan oleh konselor adiksi/pendamping. Kegiatan ini bertujuan untuk memberikan informasi layanan rehabilitasi kepada masyarakat dan komunitas korban penyalahgunaan NAPZA. Kegiatan ini dilakukan dalam bentuk ceramah, diskusi, dan tanya jawab.

2) Identifikasi

Kegiatan mencari, menemukan atau mengumpulkan informasi yang dilakukan oleh pendamping/pekerja sosial. Kegiatan ini bertujuan untuk mengetahui keberadaan korban/penyalahguna NAPZA di lingkungan Yayasan Grapiks. Kegiatan ini dilakukan dalam bentuk kunjungan lapangan, home visit, dan observasi.

3) Motivasi

Kegiatan di lapangan yang bersifat mendorong calon klien untuk dapat mengakses layanan rehabilitasi. Kegiatan ini bertujuan untuk menumbuhkan kesadaran dan minat korban/penyalahgunaan NAPZA untuk mengakses layanan rehabilitasi. Kegiatan ini dilakukan dengan menggunakan metode *Motivational Interviewing*.

4) Seleksi

Kegiatan screening awal yang dilakukan oleh pendamping/pekerja sosial terhadap calon klien yang datang ke tempat rehabilitasi. Kegiatan ini bertujuan

untuk memastikan bahwa klien yang datang memenuhi kualifikasi untuk mengikuti program rawat inap. Kegiatan ini dilakukan dalam bentuk wawancara dan tes urine.

5) Penerimaan

Proses administrasi yang harus dijalani oleh klien dan keluarganya sebelum mengikuti program rehabilitasi. Kegiatan ini bertujuan mendokumentasikan berbagai hak dan kewajiban yang melekat pada klien ataupun keluarga klien.

6) Asesmen

Proses penggalan masalah yang dilakukan oleh para konselor adiksi terhadap klien di tempat rehabilitasi. Kegiatan ini bertujuan untuk memetakan berbagai masalah klien sebagai bahan untuk membuat rencana intervensi. Kegiatan ini dilakukan dalam bentuk wawancara dengan menggunakan beberapa tools asesmen seperti ASI dan WHOQOL.

7) Rencana Intervensi

Proses menentukan rencana tindakan terhadap eks KPN yang dibuat oleh manajer program bersama para pendamping dan konselor berdasar hasil asesmen. Kegiatan ini bisa dilakukan dalam bentuk *case conference*.

8) Intervensi

Pelaksanaan seluruh rencana tindakan yang sudah dibuat dan disepakati oleh seluruh pihak, baik pengelola rehabilitasi maupun eks KPN. Kegiatan ini dalam bentuk bimbingan fisik dan kesehatan, bimbingan sosial, bimbingan kegamaan, bimbingan vokasional, dan konseling

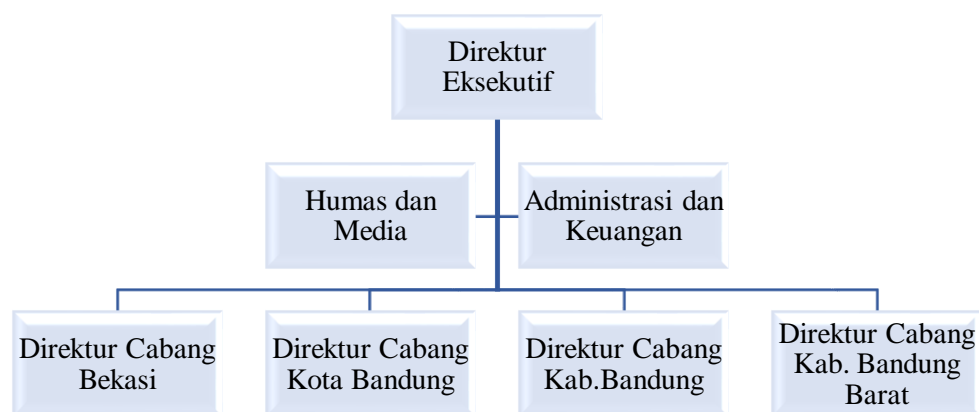
9) Resosialisasi

Kegiatan yang bertujuan agar eks KPN dapat menyesuaikan diri dalam lingkungan sosialnya dan mampu berbaaur dalam kehidupan sosialnya.

10) Terminasi

Proses administrasi yang menunjukkan eks KPN selesai menjalani Program Rehabilitasi di Yayasan Grapiks.

4.1.4 Struktur Organisasi



Gambar 4.1 Struktur Organisasi Yayasan Graha Prima Karya Sejahtera

4.2. Hasil Penelitian

4.2.1. Karakteristik Subyek Penelitian

1. Identitas Subyek

- 1) Nama : AR
- 2) Jenis Kelamin : 24 tahun
- 3) Umur : Laki-laki
- 4) Pendidikan : SD

- 5) Agama : Islam
- 6) Suku bangsa : Sunda
- 7) Alamat : Kabupaten Bandung Timur

2. Identitas Keluarga

Tabel 4.1 Identitas Keluarga Subyek

No.	Nama Inisial	Jenis Kelamin	Hubungan Keluarga
1.	AB	Laki-laki	Ayah
2.	ST	Perempuan	Ibu
3.	RR	Laki-laki	Kakak
4.	DC	Laki-laki	Kakak
5.	GA	Laki-laki	Kakak
6.	AR	Laki-laki	Klien AR
7.	SP	Perempuan	Adik

Berdasarkan tabel 4.1 diketahui bahwa subyek AR anak keempat dari lima bersaudara. Ayah AR berinisial AB bekerja sebagai buruh bangunan, ibu AR berinisial ST berkerja sebagai ibu rumah tangga. Kakak subyek AR yaitu RR dan DC tinggal dan bekerja diluar kota sebagai karyawan swasta. Sedangkan GA kakak dari subyek AR tinggal bersama kedua orang tua nya di bersama istri dan anaknya. Subyek AR memiliki satu orang adik perempuan berinisial SP yang masih duduk dibangku sekolah SMA. Subyek AR memiliki hubungan yang kurang baik dengan kakaknya yaitu GA. Subyek AR terbilang memiliki hubungan yang baik dengan orangtua nya terutama ibunya.

3. Dinamika Keberfungsian Sosial

Pada subbab ini dinamika keberfungsian sosial subjek akan dibahas untuk melihat bagaimana pelaksanaan dari keberfungsian sosial subjek yang mengalami kecemasan dilihat dari aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual.

1) Keberfungsian Biologis

Subjek adalah laki-laki berusia 24 tahun memiliki tinggi badan 160 Cm dan berat badan 50 Kg. Selain itu dari segi keberfungsian biologis (fisik), ia Nampak memiliki kulit berwarna sawo matang dan rambut ikal yang diwarnai dengan cat rambut warna kuning. Subjek memiliki beberapa *tattoo* di tubuhnya. Cara berbicara subyek normal dan jelas. Diketahui bahwa subyek adalah orang dengan HIV/AIDS.

2) Keberfungsian Intelektual

Subjek telah putus sekolah semenjak kelas 7 SMP. Subyek mengakui bahwa ia kerap kali bolos sekolah dan memilih untuk nongkrong dirumah temannya hingga akhirnya subjek memilih untuk tidak mau kembali bersekolah. Selama bersekolah ia sangat menggemari mata pelajaran seni budaya dan olahraga.

3) Keberfungsian Psikologis

Subyek memiliki kesulitan untuk mengatur pikirannya. Subyek kerap kali melamun dan tidak berkonsentrasi. Subyek mengalami kecemasan yang mencakup perasaan gelisah, kesulitan tidur, sering terbangun dini hari, dan tidur tidak nyenyak. Kecemasan subyek tersebut sudah telah dirasakan sebelum subyek mengikuti program rehabilitasi.

4) Keberfungsian Sosial

Keberfungsian sosial subyek dapat dilihat dari hasil asesmen dan observasi yang telah peneliti lakukan. Subyek memiliki hubungan yang kurang baik dengan kakak kandungnya dan subyek mengatakan bahwa ia cemburu dan iri terhadap kakaknya karena subyek merasa orangtua lebih menyayangi kakaknya. Subyek memiliki keberfungsian sosial yang baik dengan para klien lainnya dan para staff di Yayasan Graha Prima Karya Sejahtera.

5) Keberfungsian Spiritual

Subyek beragama islam namun subyek mengaku bahwa subyek tidak pernah melaksanakan ibadah sebagaimana yang diperintahkan dalam agama islam. Ketika peneliti mencoba menggali lebih dalam subyek menolak dengan alasan privasi dan tidak mau melanjutkan lebih jauh.

4.1.5 Kecemasan Subyek AR Sebelum Implementasi *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Relapse Prevention Training*

Peneliti melakukan pengukuran kecemasan menggunakan instrument kecemasan *Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)*. Berdasarkan pengukuran awal *HARS* kepada subyek memperoleh total skor 36 yang termasuk pada kategori kecemasan berat. Subyek mengalami kecemasan pada aspek ketegangan yang meliputi merasa gelisah, gangguan tidur yang meliputi kesulitan tidur, terbangun malam hari, dan tidak nyaman, serta pada aspek perasaan depresi yang meliputi sering terbangun dini hari. Adapun peneliti mengukur kecemasan menggunakan instrument yang terdiri dari 5 pertanyaan yang terbagi dalam tiga aspek kecemasan yaitu aspek ketegangan, aspek gangguan tidur, dan aspek perasaan depresi.

Tabel 4.2 Kecemasan Subyek Sebelum *Implementasi Cognitive Behaviour Therapy* dan *Relapse Prevention Training*

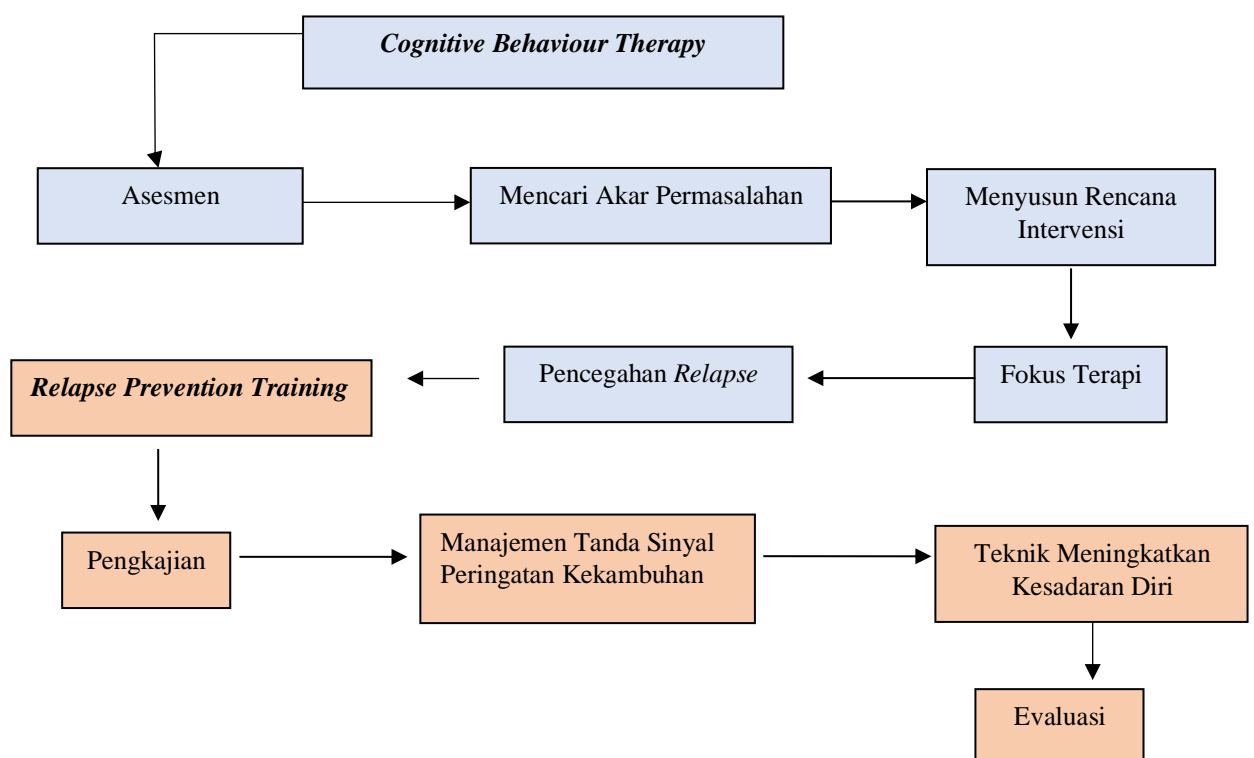
No.	Item yang Diukur	Skor				Total Skor
		SL	SR	KD	TP	
A	Ketegangan					2
1	Merasa Gelisah			2		
B	Gangguan Tidur					11
2	Kesulitan Tidur	4				
3	Terbangun Malam Hari	4				
4	Tidak Nyenyak		3			
C	Perasaan Depresi					4
5	Sering Terbangun Dini Hari	4				
Jumlah Skor						17

Berdasarkan tabel 4.2 diketahui bahwa subyek AR memperoleh skor 17 yang artinya subyek berada pada tingkat kecemasan berat sehingga diperlukan intervensi agar skor tersebut menurun. Adapun perhitungan kriteria skor sebagai berikut:

1. Kriteria Skor	
1) Skor Maksimal	: Nilai Tertinggi x Jumlah Soal : $4 \times 5 = 20$
2) Skor Minimal	: Nilai Terendah x Jumlah Soal : $1 \times 5 = 5$
3) Range (r)	: Skor Maksimal – skor minimal : $20 - 5 = 15$
2. Banyaknya kelas (k)	: 3 (rendah, sedang, tinggi)
Skor 1 – 5	: Rendah
Skor 6 – 10	: Sedang
Skor 11 – 15	: Tinggi

4.1.6 Implementasi *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Relapse Prevention Training* Terhadap Kecemasan Subyek AR

Proses implementasi *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Relapse Prevention Training* terhadap kecemasan subyek penelitian dilakukan setelah kondisi baseline A1 stabil dalam pengukuran perilaku. *Cognitive Behaviour Therapy* diberikan dengan mengikuti prosedur, yang kemudian diberikan *Relapse Prevention Training*, peneliti memberikan terapi tersebut untuk mengungkap pemikiran negatif subyek penelitian yang menyebabkan kecemasan pada penyalahguna NAPZA serta memberikan masukan-masukan positif dan memberikan arah berpikir yang benar sehingga kecemasan penyalahguna NAPZA berkurang.



Gambar 4.1 Bagan Alur Impelementasi *Cognitive Behaviour Therapy* dengan *Relapse Prevention Training* Terhadap Kecemasan Penyalahguna NAPZA

Tabel 4.3 Proses Tahapan *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Relapse Prevention Training* Terhadap Kecemasan Subyek AR

<i>Cognitive Behaviour Therapy</i>		
No.	Proses Tahapan	Hasil
1	Asesmen	1) Identitas klien 2) Identitas keluarga klien 3) Asesmen Biologis, Psikologis, Spritual, dan Sosial klien.
2	Mencari akar permasalahan yang bersumber dari emosi negatif, penyimpangan proses berfikir, dan keyakinan utama yang berhubungan dengan gangguan	1) Akar permasalahan dan penyebab kecemasan yang mencakup merasa gelisah, kesulitan tidur, terbangun malam hari, tidur tidak nyenyak, dan sering terbangun dini hari. 2) Pemikiran dan keyakinan negatif dan irasional klien yang menyebabkan kecemasan
3	Menyusun Rencana Intervensi	1) Membuat dan menyepakati komitmen untuk melakukan perubahan dan modifikasi terhadap pemikiran negatif dan irasional klien menjadi pemikiran positif dan rasional
4	Fokus terapi perubahan <i>core belief</i> , intervensi tingkah laku	1) Mengajak klien untuk mempelajari emosinya, bagaimana merespon emosinya dan bagaimana respon perilaku terhadap emosinya 2) Menawarkan dan mengajak klien untuk mencoba pemikiran dan perilaku baru 3) Klien bisa lebih yakin terhadap dirinya sendiri dan memulai <i>belief-belief</i> baru
5	Pencegahan <i>Relapse</i>	1) Mempraktekan pemikiran dan perilaku baru dalam kehidupan sehari-hari klien
<i>Relapse Prevention Training</i>		
No	Proses Tahapan	Hasil
1	Pengkajian	1) Diketuinya harapan klien
2	Teknik meningkatkan kesadaran diri	2) Klien dapat mengidentifikasi perubahan pola pikir, perasaan, dan perilaku terhadap kecemasan yang dirasakan yang mencakup perasaan gelisah, kesulitan tidur, terbangun malam hari, tidur tidak nyenyak, dan sering terbangun dini hari..
3	Manajemen tanda sinyal peringatan kekambuhan	3) Mengajarkan klien melakukan teknik relaksasi jika pemikiran negatif irasional yang menyebabkan kecemasan kembali muncul atau dirasakan 4) Klien dapat melakukan teknik relaksasi secara mandiri

4	Evaluasi	1) Identifikasi perubahan pola pikir dan perilaku klien
---	----------	---

4.1.7 Kecemasan Subyek AR Setelah Implementasi *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Relapse Prevention Training*

Pengumpulan data dengan menggunakan teknik kuesioner dilakukan oleh peneliti untuk mengukur kondisi kecemasan setelah intervensi. Adapun hasil pengukuran kecemasan subyek AR setelah intervensi adalah sebagai berikut:

Tabel 4.4 Kecemasan Subyek Setelah Implementasi *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Relapse Prevention Training*

No.	Item yang Diukur	Skor				Total Skor
		SL	SR	KD	TP	
A	Ketegangan					1
1	Merasa Gelisah				1	
B	Gangguan Tidur					7
2	Kesulitan Tidur		3			
3	Terbangun Malam Hari			2		
4	Tidak Nyenyak			2		
C	Perasaan Depresi					2
5	Sering Terbangun Dini Hari			2		
Jumlah Skor						10

Berdasarkan tabel 4.4 diketahui bahwa subyek AR memperoleh skor 10, yang artinya kecemasan subyek AR berada pada kategori kecemasan sedang. Hal tersebut menunjukkan bahwa pasca intervensi terdapat penurunan kecemasan subyek AR. Adapun penurunan skor kecemasan subyek AR menunjukkan keberhasilan dari pengembangan desain teknologi *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Relapse Prevention Training*.

4.3. Hasil Pengukuran Kecemasan Subyek AR Sebelum, Selama, dan Sesudah Implementasi *Cognitive Behaviour Therapy* dan Relapse Prevention

4.3.1. Hasil Pengukuran Terhadap Kecemasan Merasa Gelisah

Pengamatan dilakukan oleh peneliti dan kepada subyek penelitian pada kondisi *baseline* (A1) kecemasan merasa gelisah. Berikut ini merupakan hasil pengamatan kecemasan merasa gelisah *baseline* A1 subyek AR:

Tabel 4.5 Hasil Observasi A1 Subyek AR Merasa Gelisah

Hari/Tanggal	Waktu Pengamatan	Tally Terjadinya Perilaku	Total Kejadian
Selasa 13/06/2023	07.00-22.00	III	3
Rabu 14/06/2023	07.00-22.00	II	2
Kamis 15/06/2023	07.00-22.00	III	3
Jumat 16/06/2023	07.00-22.00	III	3
Sabtu 17/06/2023	07.00-22.00	III	3

Sumber: Hasil Observasi tahun 2023

Pada kondisi *baseline* A1 terdapat 5 data yaitu 3,2,3,3,3 mean data tersebut adalah 2,8. Peneliti menggunakan kriteria stabilitas 15% dalam menentukan kecenderungan stabilitas. Perhitungan untuk mengetahui rentang stabilitas data *baseline* A1 melalui cara sebagai berikut:

Skor Tertinggi	X	Kriteria Stabilitas	=	Rentang Stabilitas
3	X	0,15	=	0,45

Selanjutnya tentukan batas atas dengan cara menjumlahkan *mean level* (2,8) + setengah rentang stabilitas (0,225) = 3,025 dibulatkan menjadi 3. Kemudian, tentukan batas bawah dengan cara mengurangi *mean level* (2,8) - setengah dari rentang stabilitas (0,225) = 2,575 dibulatkan menjadi 3, sehingga stabilitas data pada kondisi *baseline* A1 sebesar 80%.

Jika persentase stabilitas sebesar 85% - 90% dikatakan stabil, sedangkan dibawah itu dikatakan tidak stabil (*variable*). Maka dapat disimpulkan bahwa data sepanjang periode pengukuran *baseline* (A1) dapat dikatakan tidak stabil (*variable*). Pengukuran untuk mengetahui *persentase* stabilitas melalui cara sebagai berikut:

Banyaknya data point yang ada dalam rentang	:	Banyaknya data point	=	<i>Persentase Stabilitas</i>
4	:	5	=	80 %

Setelah pengukuran *baseline* (A1) stabil, dilanjutkan dengan pengukuran kondisi intervensi (B). Pengamatan dilakukan sepanjang subjek AR diberikan intervensi, dengan hasil sebagai berikut:

Tabel 4.6 Hasil Observasi Intervensi (B) Subyek AR Merasa Gelisah

Hari/Tanggal	Waktu Pengamatan	Tally Terjadinya Perilaku	Total Kejadian
Senin 19/06/2023	07.00-22.00	III	3
Selasa 20/06/2023	07.00-22.00	III	3
Rabu 21/06/2023	07.00-22.00	II	2
Kamis 22/06/2023	07.00-22.00	III	3
Jumat 17/06/2023	07.00-22.00	III	3
Sabtu 18/06/2023	07.00-22.00	II	2
Senin 26/06/2023	07.00-22.00	II	2
Selasa 27/06/2023	07.00-22.00	II	2
Rabu 28/06/2023	07.00-22.00	II	2

Sumber: Hasil Observasi Tahun 2023

Pada kondisi Intervensi (B) terdapat 9 data yaitu 3,3,2,3,3,2,2,2,2 mean data tersebut adalah 2,44. Peneliti menggunakan kriteria stabilitas 15% dalam menentukan kecenderungan stabilitas. Perhitungan untuk mengetahui rentang stabilitas data Intervensi (B) melalui cara sebagai berikut:

Skor Tertinggi	X	Kriteria Stabilitas	=	Rentang Stabilitas
3	X	0,15	=	0,45

Selanjutnya, tentukan batas atas dengan cara menjumlahkan *mean level* (2,4) + setengah dari rentang stabilitas (0,225) = 2,665 dibulatkan menjadi 3. Kemudian, tentukan batas bawah dengan cara mengurangi *mean level* (2,44) - setengah dari rentang stabilitas (0,225) = 2,215 dibulatkan menjadi 2, sehingga stabilitas data pada kondisi *baseline* A1 sebesar 100%.

Jika persentase stabilitas sebesar 85% - 90% dikatakan stabil, sedangkan dibawah itu dikatakan tidak stabil (*variable*). Maka dapat disimpulkan bahwa data sepanjang periode pengukuran intervensi (B) dapat dikatakan tetap stabil atau konsisten. Pengukuran untuk mengetahui persentase stabilitas melalui cara sebagai berikut:

Banyaknya data point yang ada dalam rentang	:	Banyaknya data point	=	Persentase Stabilitas
9	:	9	=	100 %

Setelah pengukuran perilaku sasaran merasa gelisah pada kondisi intervensi (B), kemudian pengukuran kembali dilakukan pada kondisi setelah intervensi atau *baseline* (A2). Berikut hasil pengamatan pada kondisi *baseline* (A2):

Tabel 4.7 Hasil Observasi A2 Subyek AR Merasa Gelisah

Hari/Tanggal	Waktu Pengamatan	Tally Terjadinya Perilaku	Total Kejadian
Kamis 29/06/2023	07.00-22.00	II	2
Jumat 30/06/2023	07.00-22.00	I	1
Sabtu 1/07/2023	07.00-22.00	I	1

Senin 3/07/2023	07.00-22.00	I	1
Selasa 4/07/2023	07.00-22.00	I	1

Sumber: Hasil Observasi Tahun 2023

Pada kondisi *baseline A2* terdapat 5 data yaitu 2,1,1,1,1 mean data tersebut adalah 1,2. Peneliti menggunakan kriteria stabilitas 15% dalam menentukan kecenderungan stabilitas. Perhitungan untuk mengetahui rentang stabilitas data *baseline A2* melalui cara sebagai berikut:

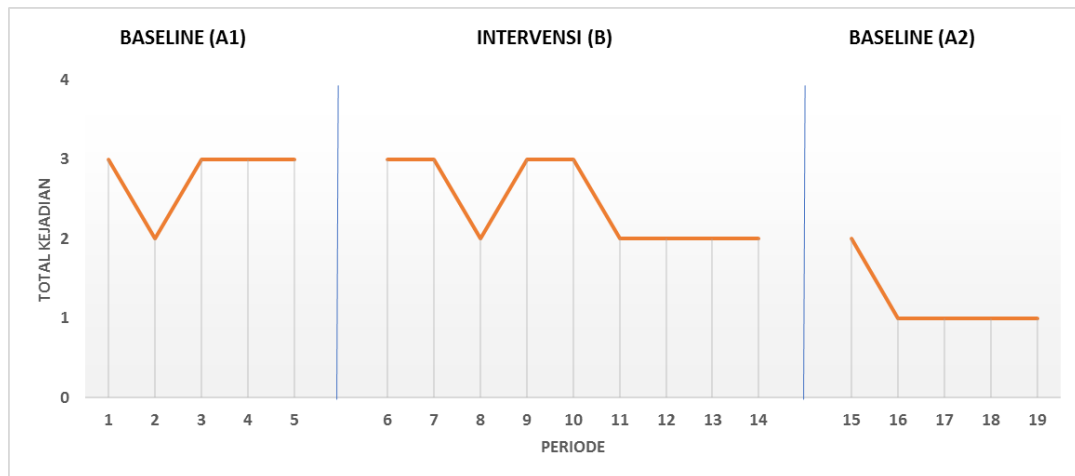
Skor Tertinggi	X	Kriteria Stabilitas	=	Rentang Stabilitas
2	X	0,15	=	0,3

Selanjutnya, tentukan batas atas dengan cara menjumlahkan *mean level* (1,2) + setengah rentang stabilitas (0,15) = 1,35 dibulatkan menjadi 1. Kemudian, tentukan batas bawah dengan cara mengurangi *mean level* (1,2) – setengah rentang stabilitas (0,15) = 1, sehingga stabilitas data pada kondisi *baseline A1* sebesar 80%.

Jika persentase stabilitas sebesar 85% - 90% dikatakan stabil, sedangkan dibawah itu dikatakan tidak stabil (*variable*). Maka dapat disimpulkan bahwa data sepanjang periode pengukuran *baseline (A2)* dapat dikatakan tidak stabil (*variable*). Pengukuran untuk mengetahui *persentase* stabilitas melalui cara sebagai berikut:

Banyaknya data point yang ada dalam rentang	:	Banyaknya data point	=	Persentase Stabilitas
4	:	5	=	80 %

Berikut ini merupakan hasil grafik perilaku merasa gelisah dari subjek AR pada tiga fase, yaitu *baseline (A1)*, intervensi (B) dan *baseline (A2)*.



Gambar 4.2 Grafik Perilaku Merasa Gelisah Subyek AR pada Fase A1, B, dan A2

Grafik 4.2 menunjukkan perolehan data hasil pengukuran kecemasan merasa gelisah subyek AR pada fase *baseline* A1, B dan A2. Berdasarkan grafik 4.2 diperoleh lima data pada *baseline* A1 yaitu 3,2,3,3,3, kemudian pada *baseline* B Intervensi diperoleh 9 data yaitu 3,3,2,3,3,2,2,2,2 adapun data *baseline* A2 setelah intervensi diperoleh 5 data yaitu 2,1,1,1,1. Berdasarkan data tersebut Grafik 4.2 menunjukkan adanya penurunan kecemasan merasa gelisah subyek AR.

4.3.2. Hasil Pengukuran Terhadap Kecemasan Kesulitan Tidur

Pengamatan dilakukan oleh peneliti dan kepada subyek penelitian pada kondisi *baseline* (A1) kecemasan kesulitan tidur. Berikut ini merupakan hasil pengamatan kecemasan kesulitan tidur *baseline* A1 subyek AR :

Tabel 4.8 Hasil Observasi A1 Subyek AR Kesulitan Tidur

Hari/Tanggal	Waktu Pengamatan	Tally Terjadinya Perilaku	Total Kejadian
Selasa 13/06/2023	07.00-22.00	III	3
Rabu 14/06/2023	07.00-22.00	III	3
Kamis 15/06/2023	07.00-22.00	II	2
Jumat 16/06/2023	07.00-22.00	III	3
Sabtu 17/06/2023	07.00-22.00	III	3

Sumber: Hasil Observasi Tahun 2023

Pada kondisi *baseline* A1 terdapat 5 data yaitu 3,3,2,3,3. Mean data tersebut adalah 2,8. Peneliti menggunakan kriteria stabilitas 15% dalam menentukan kecenderungan stabilitas. Perhitungan untuk mengetahui rentang stabilitas data *baseline* A1 melalui cara sebagai berikut:

Skor Tertinggi	X	Kriteria Stabilitas	=	Rentang Stabilitas
3	X	0,15	=	0,45

Selanjutnya tentukan batas atas dengan cara menjumlahkan *mean level* (2,8) + setengah rentang stabilitas (0,225) = 3,025 dibulatkan menjadi 3. Kemudian, tentukan batas bawah dengan cara mengurangi *mean level* (2,8) - setengah dari rentang stabilitas (0,225) = 2,575 dibulatkan menjadi 6, sehingga stabilitas data pada kondisi *baseline* A1 sebesar 80%.

Jika persentase stabilitas sebesar 85% - 90% dikatakan stabil, sedangkan dibawah itu dikatakan tidak stabil (*variable*). Maka dapat disimpulkan bahwa data sepanjang periode pengukuran *baseline* (A1) dapat dikatakan tidak stabil (*variable*). Pengukuran untuk mengetahui *persentase* stabilitas melalui cara sebagai berikut:

Banyaknya data point yang ada dalam rentang	:	Banyaknya data point	=	<i>Persentase Stabilitas</i>
4	:	5	=	80 %

Setelah pengukuran *baseline* (A1) stabil, dilanjutkan dengan pengukuran kondisi intervensi (B). Pengamatan dilakukan sepanjang subjek AR diberikan intervensi, dengan hasil sebagai berikut:

Tabel 4.9 Hasil Observasi Intervensi (B) Subyek AR Kesulitan Tidur

Hari/Tanggal	Waktu Pengamatan	Tally Terjadinya Perilaku	Total Kejadian
Senin 19/06/2023	07.00-22.00	III	3
Selasa 20/06/2023	07.00-22.00	III	3
Rabu 21/06/2023	07.00-22.00	III	3
Kamis 22/06/2023	07.00-22.00	II	2
Jumat 17/06/2023	07.00-22.00	II	2
Sabtu 18/06/2023	07.00-22.00	III	3
Senin 26/06/2023	07.00-22.00	II	2
Selasa 27/06/2023	07.00-22.00	II	2
Rabu 28/06/2023	07.00-22.00	II	2

Sumber: Hasil Observasi Tahun 2023

Pada kondisi Intervensi (B) terdapat 9 data yaitu 3,3,3,2,2,3,2,2,2 mean data tersebut adalah 2,44. Peneliti menggunakan kriteria stabilitas 15% dalam menentukan kecenderungan stabilitas. Perhitungan untuk mengetahui rentang stabilitas data *baseline* A1 melalui cara sebagai berikut:

Skor Tertinggi	X	Kriteria Stabilitas	=	Rentang Stabilitas
3	X	0,15	=	0,45

Selanjutnya, tentukan batas atas dengan cara menjumlahkan *mean level* (2,44) + setengah dari rentang stabilitas (0,45) = 2,66 dibulatkan menjadi 3. Kemudian, tentukan batas bawah dengan cara mengurangi *mean level* (2,44) - setengah dari rentang stabilitas (0,45) = 2,215 dibulatkan menjadi 2, sehingga stabilitas data pada kondisi *baseline* A1 sebesar 100%.

Jika persentase stabilitas sebesar 85% - 90% dikatakan stabil, sedangkan dibawah itu dikatakan tidak stabil (*variable*). Maka dapat disimpulkan bahwa data

sepanjang periode pengukuran intervensi (B) dapat dikatakan tetap stabil atau konsisten. Pengukuran untuk mengetahui persentase stabilitas melalui cara sebagai berikut:

Banyaknya data point yang ada dalam rentang	:	Banyaknya data point	=	Persentase Stabilitas
9	:	9	=	100 %

Setelah pengukuran perilaku sasaran kesulitan pada kondisi intervensi (B), kemudian pengukuran kembali dilakukan pada kondisi setelah intervensi atau *baseline* (A2). Berikut hasil pengamatan pada kondisi *baseline* (A2):

Tabel 4.10 Hasil Observasi A2 Subyek AR Kesulitan Tidur

Hari/Tanggal	Waktu Pengamatan	Tally Terjadinya Perilaku	Total Kejadian
Kamis 29/06/2023	07.00-22.00	II	2
Jumat 30/06/2023	07.00-22.00	II	2
Sabtu 1/07/2023	07.00-22.00	I	1
Senin 3/07/2023	07.00-22.00	I	1
Selasa 4/07/2023	07.00-22.00	I	1

Sumber: Hasil Observasi Tahun 2023

Pada kondisi *baseline* A2 terdapat 5 data yaitu 2,2,1,1,1. Mean data tersebut adalah 1,4. Peneliti menggunakan kriteria stabilitas 15% dalam menentukan kecenderungan stabilitas. Perhitungan untuk mengetahui rentang stabilitas data *baseline* A2 melalui cara sebagai berikut:

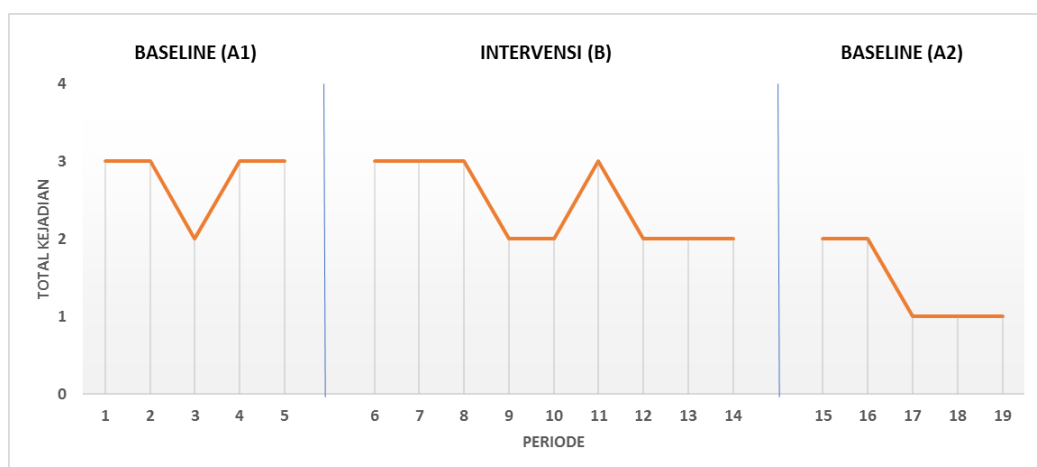
Skor Tertinggi	X	Kriteria Stabilitas	=	Rentang Stabilitas
2	X	0,15	=	0,3

Selanjutnya, tentukan batas atas dengan cara menjumlahkan *mean level* (1,4) + setengah rentang stabilitas (0,3) = 1,55, dibulatkan menjadi 2. Kemudian, tentukan batas bawah dengan cara mengurangi *mean level* (1,4) – setengah rentang stabilitas (0,3) = 1,25, dibulatkan menjadi 1, sehingga stabilitas data pada kondisi *baseline* A1 sebesar 100%.

Jika persentase stabilitas sebesar 85% - 90% dikatakan stabil, sedangkan dibawah itu dikatakan tidak stabil (*variable*). Maka dapat disimpulkan bahwa data sepanjang periode pengukuran *baseline* (A2) dapat dikatakan stabil atau konsisten. Pengukuran untuk mengetahui *persentase* stabilitas melalui cara sebagai berikut:

Banyaknya data point yang ada dalam rentang	:	Banyaknya data point	=	Persentase Stabilitas
5	:	5	=	100 %

Berikut ini merupakan hasil grafik perilaku kesulitan tidur dari subjek AR pada tiga fase, yaitu *baseline* (A1), intervensi (B) dan *baseline* (A2).



Gambar 4.3 Grafik Perilaku Kesulitan Tidur Subyek AR pada Fase A1, B, dan A2

Grafik 4.3 menunjukkan perolehan data hasil pengukuran kecemasan kesulitan tidur subyek AR pada fase *baseline* A1, B dan A2. Berdasarkan grafik 4.3 diperoleh lima data pada *baseline* A1 yaitu 3,3,2,3,3. Adapun *baseline* B intervensi diperoleh sembilan data yaitu 3,3,3,2,2,3,2,2,2. *Baseline* A2 diperoleh lima data yaitu 2,2,1,1,1. Berdasarkan data tersebut grafik 4.3 menunjukkan adanya penurunan kecemasan kesulitan tidur subyek AR.

4.3.3. Hasil Pengukuran Terhadap Kecemasan Terbangun Malam Hari

Pengamatan dilakukan oleh peneliti dan kepada subyek penelitian pada kondisi *baseline* (A1) kecemasan terbangun malam hari. Berikut ini merupakan hasil pengamatan kecemasan terbangun malam hari *baseline* A1 subyek AR :

Tabel 4.11 Hasil Observasi A1 Subyek AR Terbangun Malam Hari

Hari/Tanggal	Waktu Pengamatan	Tally Terjadinya Perilaku	Total Kejadian
Selasa 13/06/2023	07.00-22.00	III	3
Rabu 14/06/2023	07.00-22.00	III	3
Kamis 15/06/2023	07.00-22.00	III	3
Jumat 16/06/2023	07.00-22.00	II	2
Sabtu 17/06/2023	07.00-22.00	II	2

Pada kondisi *baseline* A1 terdapat 5 data yaitu 3,3,3,2,2. Mean data tersebut adalah 2,6. Peneliti menggunakan kriteria stabilitas 15% dalam menentukan kecenderungan stabilitas. Perhitungan untuk mengetahui rentang stabilitas data *baseline* A1 melalui cara sebagai berikut:

Skor Tertinggi	X	Kriteria Stabilitas	=	Rentang Stabilitas
3	X	0,15	=	0,45

Selanjutnya tentukan batas atas dengan cara menjumlahkan *mean level* (2,6) + setengah rentang stabilitas (0,45) = 2,825, dibulatkan menjadi 3. Kemudian, tentukan batas bawah dengan cara mengurangi *mean level* (2,6) – setengah rentang stabilitas (0,45) = 2,375, dibulatkan menjadi 2, sehingga stabilitas data pada kondisi *baseline* A1 sebesar 100%.

Jika persentase stabilitas sebesar 85% - 90% dikatakan stabil, sedangkan dibawah itu dikatakan tidak stabil (*variable*). Maka dapat disimpulkan bahwa data sepanjang periode pengukuran *baseline* (A1) dapat dikatakan stabil atau konsisten. Pengukuran untuk mengetahui *persentase* stabilitas melalui cara sebagai berikut:

Banyaknya data point yang ada dalam rentang	:	Banyaknya data point	=	<i>Persentase Stabilitas</i>
5	:	5	=	100 %

Setelah pengukuran *baseline* (A1) stabil, dilanjutkan dengan pengukuran kondisi intervensi (B). Pengamatan dilakukan sepanjang subjek AR diberikan intervensi, dengan hasil sebagai berikut:

Tabel 4.12 Hasil Observasi B Subyek AR Terbangun Malam Hari

Hari/Tanggal	Waktu Pengamatan	Tally Terjadinya Perilaku	Total Kejadian
Senin 19/06/2023	07.00-22.00	II	2
Selasa 20/06/2023	07.00-22.00	II	2
Rabu 21/06/2023	07.00-22.00	III	3
Kamis 22/06/2023	07.00-22.00	III	3
Jumat 17/06/2023	07.00-22.00	III	3
Sabtu 18/06/2023	07.00-22.00	II	2
Senin 26/06/2023	07.00-22.00	II	2
Selasa 27/06/2023	07.00-22.00	II	2
Rabu 28/06/2023	07.00-22.00	II	2

Pada kondisi *Intervensi (B)* terdapat 9 data yaitu 2,2,3,3,3,2,2,2,2. Mean data tersebut adalah 6. Peneliti menggunakan kriteria stabilitas 15% dalam menentukan kecenderungan stabilitas. Perhitungan untuk mengetahui rentang stabilitas data *Intervensi (B)* melalui cara sebagai berikut:

Skor Tertinggi	X	Kriteria Stabilitas	=	Rentang Stabilitas
3	X	0,15	=	0,45

Selanjutnya, tentukan batas atas dengan cara menjumlahkan *mean level* (2,83) + setengah dari rentang stabilitas (2,225) = 2,555, dibulatkan menjadi 3. Kemudian, tentukan batas bawah dengan cara mengurangi *mean level* (2,83) - setengah dari rentang stabilitas (2,225) = 2,105, dibulatkan menjadi 2, sehingga stabilitas data pada kondisi *baseline A1* sebesar 100%.

Jika persentase stabilitas sebesar 85% - 90% dikatakan stabil, sedangkan dibawah itu dikatakan tidak stabil (*variable*). Maka dapat disimpulkan bahwa data sepanjang periode pengukuran intervensi (B) dapat dikatakan tetap stabil atau konsisten. Pengukuran untuk mengetahui persentase stabilitas melalui cara sebagai berikut:

Banyaknya data point yang ada dalam rentang	:	Banyaknya data point	=	Persentase Stabilitas
9	:	9	=	100 %

Setelah pengukuran perilaku sasaran kesulitan pada kondisi intervensi (B), kemudian pengukuran kembali dilakukan pada kondisi setelah intervensi atau *baseline (A2)*. Berikut hasil pengamatan pada kondisi *baseline (A2)*:

Tabel 4.13 Hasil Observasi A2 Subyek AR Terbangun Malam Hari

Hari/Tanggal	Waktu Pengamatan	Tally Terjadinya Perilaku	Total Kejadian
Kamis 29/06/2023	07.00-22.00	I	1
Jumat 30/06/2023	07.00-22.00	II	2
Sabtu 1/07/2023	07.00-22.00	I	1
Senin 3/07/2023	07.00-22.00	I	1
Selasa 4/07/2023	07.00-22.00	I	1

Pada kondisi *baseline A2* terdapat 5 data yaitu 1,2,1,1,1. Mean data tersebut adalah 1,2. Peneliti menggunakan kriteria stabilitas 15% dalam menentukan kecenderungan stabilitas. Perhitungan untuk mengetahui rentang stabilitas data *baseline A1* melalui cara sebagai berikut:

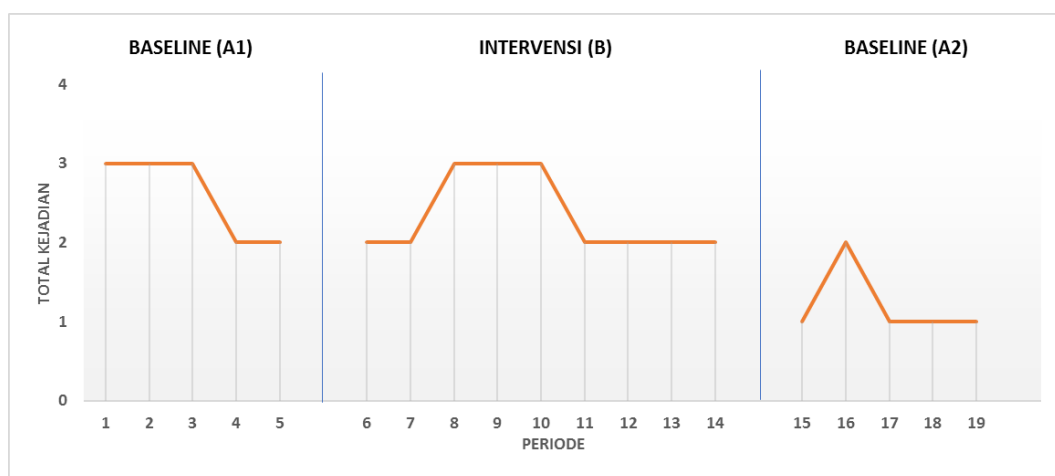
Skor Tertinggi	X	Kriteria Stabilitas	=	Rentang Stabilitas
2	X	0,15	=	0,3

Selanjutnya, tentukan batas atas dengan cara menjumlahkan *mean level* (1,2) + setengah rentang stabilitas (0,3) = 1,35, dibulatkan menjadi 1. Kemudian, tentukan batas bawah dengan cara mengurangi *mean level* (1,2) – setengah rentang stabilitas (0,3) = 1,05, dibulatkan menjadi 1, sehingga stabilitas data pada kondisi *baseline A2* sebesar 80%.

Jika persentase stabilitas sebesar 85% - 90% dikatakan stabil, sedangkan dibawah itu dikatakan tidak stabil (*variable*). Maka dapat disimpulkan bahwa data sepanjang periode pengukuran *baseline (A1)* dapat dikatakan Tidak Stabil (*variable*). Pengukuran untuk mengetahui *persentase* stabilitas melalui cara sebagai berikut:

Banyaknya data point yang ada dalam rentang	:	Banyaknya data point	=	Persentase Stabilitas
4	:	5	=	80 %

Berikut ini merupakan hasil grafik perilaku terbangun malam hari dari subjek AR pada tiga fase, yaitu *baseline* (A1), intervensi (B) dan *baseline* (A2).



Gambar 4.4 Grafik Perilaku Terbangun di Malam Hari Subyek AR pada Fase A1, B, dan A2

Grafik 4.4 menunjukkan perolehan data hasil pengukuran kecemasan kesulitan tidur subyek AR pada fase *baseline* A1, B dan A2. Pada grafik 4.4 diperoleh lima data pada *baseline* A1 yaitu 3,3,3,2,2. Adapun *baseline* B intervensi diperoleh sembilan data yaitu 2,2,3,3,3,2,2,2,2. *Baseline* A2 diperoleh lima data yaitu 1,2,1,1,1. Berdasarkan data tersebut grafik 4.4 menunjukkan adanya penurunan kecemasan terbangun malam hari subyek AR.

4.3.4. Hasil Pengukuran Terhadap Kecemasan Tidur Tidak Nyenyak

Pengamatan dilakukan oleh peneliti dan kepada subyek penelitian pada kondisi *baseline* (A1) kecemasan tidur tidak nyenyak. Berikut ini merupakan hasil pengamatan kecemasan tidur tidak nyenyak *baseline* A1 subyek AR:

Tabel 4.14 Hasil Observasi A1 Subyek AR Tidur Tidak Nyenyak

Hari/Tanggal	Waktu Pengamatan	Tally Terjadinya Perilaku	Total Kejadian
Selasa 13/06/2023	07.00-22.00	III	3
Rabu 14/06/2023	07.00-22.00	III	3
Kamis 15/06/2023	07.00-22.00	III	3
Jumat 16/06/2023	07.00-22.00	II	2
Sabtu 17/06/2023	07.00-22.00	II	2

Sumber: Hasil Observasi Tahun 2023

Pada kondisi *baseline* A1 terdapat 5 data yaitu 3,3,3,2,2. Mean data tersebut adalah 2,6. Peneliti menggunakan kriteria stabilitas 15% dalam menentukan kecenderungan rentang stabilitas data *baseline* A1 melalui cara sebagai berikut:

Skor Tertinggi	X	Kriteria Stabilitas	=	Rentang Stabilitas
3	X	0,15	=	0,45

Selanjutnya tentukan batas atas dengan cara menjumlahkan *mean* level (2,6) + setengah rentang stabilitas (0,45) = 2,825, dibulatkan menjadi 3. Kemudian, tentukan batas bawah dengan cara mengurangi *mean* level (2,6) – setengah rentang stabilitas (0,45) = 2,375, dibulatkan menjadi 2, sehingga stabilitas data pada kondisi *baseline* A1 sebesar 100%.

Jika persentase stabilitas sebesar 85% - 90% dikatakan stabil, sedangkan dibawah itu dikatakan tidak stabil (*variable*). Maka dapat disimpulkan bahwa data sepanjang periode pengukuran *baseline* (A1) dapat dikatakan stabil atau konsisten. Pengukuran untuk mengetahui *persentase* stabilitas melalui cara sebagai berikut:

Banyaknya data point yang ada dalam rentang	:	Banyaknya data point	=	<i>Persentase</i> Stabilitas
5	:	5	=	100 %

Setelah pengukuran *baseline* (A1) stabil, dilanjutkan dengan pengukuran kondisi intervensi (B). Pengamatan dilakukan sepanjang subjek AR diberikan intervensi, dengan hasil sebagai berikut:

Tabel 4.15 Hasil Observasi Intervensi (B) Subyek AR Tidur Tidak Nyenyak

Hari/Tanggal	Waktu Pengamatan	Tally Terjadinya Perilaku	Total Kejadian
Senin 19/06/2023	07.00-22.00	III	3
Selasa 20/06/2023	07.00-22.00	III	3
Rabu 21/06/2023	07.00-22.00	II	2
Kamis 22/06/2023	07.00-22.00	III	3
Jumat 17/06/2023	07.00-22.00	II	2
Sabtu 18/06/2023	07.00-22.00	II	2
Senin 26/06/2023	07.00-22.00	III	3
Selasa 27/06/2023	07.00-22.00	II	2
Rabu 28/06/2023	07.00-22.00	II	2

Sumber: Hasil Observasi Tahun 2023

Pada kondisi Intervensi (B) terdapat 9 data yaitu 3,3,2,3,2,2,3,2,2. Mean data tersebut adalah 2,44. Peneliti menggunakan kriteria stabilitas 15% dalam menentukan kecenderungan stabilitas. Perhitungan untuk mengetahui rentang stabilitas data *Intervensi (B)* melalui cara sebagai berikut:

Skor Tertinggi	X	Kriteria Stabilitas	=	Rentang Stabilitas
3	X	0,15	=	0,45

Selanjutnya, tentukan batas atas dengan cara menjumlahkan *mean level* (2,4) + setengah dari rentang stabilitas (0,225) = 2,665 dibulatkan menjadi 3. Kemudian, tentukan batas bawah dengan cara mengurangi *mean level* (2,44) - setengah dari rentang stabilitas (0,225) = 2,215 dibulatkan menjadi 2. Dengan demikian, berdasarkan berdasarkan perhitungan tersebut maka batas atas adalah 3

dan batas bawah adalah 2, sehingga stabilitas data pada kondisi *baseline* A1 sebesar 78%.

Jika persentase stabilitas sebesar 85% - 90% dikatakan stabil, sedangkan dibawah itu dikatakan tidak stabil (*variable*). Maka dapat disimpulkan bahwa data sepanjang periode pengukuran intervensi (B) dapat dikatakan tidak stabil (*variable*). Pengukuran untuk mengetahui persentase stabilitas melalui cara sebagai berikut:

Banyaknya data point yang ada dalam rentang	:	Banyaknya data point	=	Persentase Stabilitas
7	:	9	=	78 %

Setelah pengukuran perilaku sasaran kesulitan pada kondisi intervensi (B), kemudian pengukuran kembali dilakukan pada kondisi setelah intervensi atau *baseline* (A2). Berikut hasil pengamatan pada kondisi *baseline* (A2):

Tabel 4. 16 Hasil Observasi A2 Subyek AR Terbangun Malam Hari

Hari/Tanggal	Waktu Pengamatan	Tally Terjadinya Perilaku	Total Kejadian
Kamis 29/06/2023	07.00-22.00	I	1
Jumat 30/06/2023	07.00-22.00	I	1
Sabtu 1/07/2023	07.00-22.00	I	1
Senin 3/07/2023	07.00-22.00	I	1
Selasa 4/07/2023	07.00-22.00	I	1

Pada kondisi *baseline* A2 terdapat 5 data yaitu 1,1,1,1,1. Mean data tersebut adalah 1. Peneliti menggunakan kriteria stabilitas 15% dalam menentukan kecenderungan stabilitas. Perhitungan untuk mengetahui rentang stabilitas data *baseline* A2 melalui cara sebagai berikut:

Skor Tertinggi	X	Kriteria Stabilitas	=	Rentang Stabilitas
1	X	0,15	=	0,15

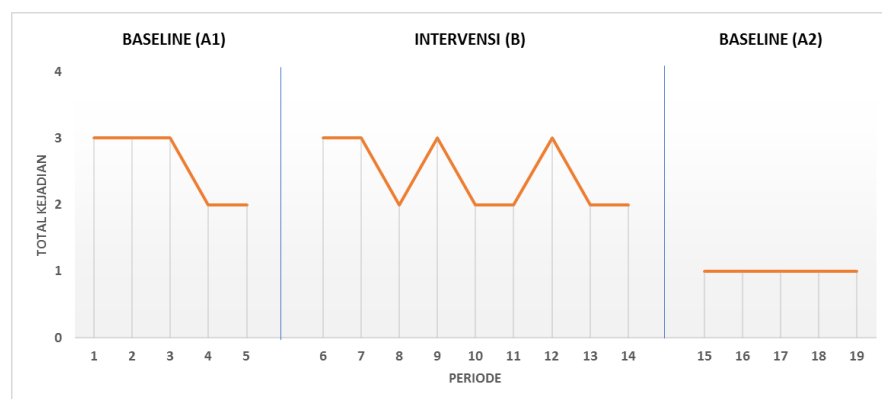
Selanjutnya, tentukan batas atas dengan cara menjumlahkan *mean* level 1) + setengah rentang stabilitas $(0,15) = 1,075$, dibulatkan menjadi 1. Kemudian, tentukan batas bawah dengan cara mengurangi *mean* level (1) – setengah rentang stabilitas $(0,075) = 0,925$, dibulatkan menjadi 1, sehingga stabilitas data pada kondisi *baseline* A2 sebesar 100%.

Jika persentase stabilitas sebesar 85% - 90% dikatakan stabil, sedangkan dibawah itu dikatakan tidak stabil (*variable*). Maka dapat disimpulkan bahwa data sepanjang periode pengukuran *baseline* (A2) dapat dikatakan stabil atau konsisten. Pengukuran untuk mengetahui *persentase* stabilitas melalui cara sebagai berikut:

Banyaknya data point yang ada dalam rentang	:	Banyaknya data point	=	<i>Persentase</i> Stabilitas
5	:	5	=	100 %

Berikut ini merupakan hasil grafik perilaku terbangun malam hari dari

subjek AR pada tiga fase, yaitu *baseline* (A1), intervensi (B) dan *baseline* (A2).



Gambar 4.5 Grafik Perilaku Tidak Tidur Nyenyak Subyek AR pada Fase A1, B, dan A2

Grafik 4.5 menunjukkan perolehan data hasil pengukuran kecemasan kesulitan tidur subyek AR pada fase *baseline* A1, B dan A2. Grafik 4.5 menunjukkan adanya penurunan kecemasan terbangun malam hari subyek AR.

4.3.5. Hasil Pengukuran Terhadap Kecemasan Sering Terbangun Dini Hari

Pengamatan dilakukan oleh peneliti dan kepada subyek penelitian pada kondisi *baseline* (A1) kecemasan sering terbangun dini hari. Berikut ini merupakan hasil pengamatan kecemasan sering terbangun dini hari *baseline* A1 subyek AR :

Tabel 4.17 Hasil Observasi A1 Subyek AR Sering Terbangun Dini Hari

Hari/Tanggal	Waktu Pengamatan	Tally Terjadinya Perilaku	Total Kejadian
Selasa 13/06/2023	07.00-22.00	III	3
Rabu 14/06/2023	07.00-22.00	II	2
Kamis 15/06/2023	07.00-22.00	III	3
Jumat 16/06/2023	07.00-22.00	II	2
Sabtu 17/06/2023	07.00-22.00	II	2

Sumber: Hasil Observasi Tahun 2023

Pada kondisi *baseline* A1 terdapat 5 data yaitu 3,2,3,2,2 mean data tersebut adalah 2,4. Peneliti menggunakan kriteria stabilitas 15% dalam menentukan kecenderungan rentang stabilitas data *baseline* A1 melalui cara sebagai berikut:

Skor Tertinggi	X	Kriteria Stabilitas	=	Rentang Stabilitas
3	X	0,15	=	0,45

Selanjutnya tentukan batas atas dengan cara menjumlahkan *mean* level (2,4) + setengah rentang stabilitas (0,45) = 2,625, dibulatkan menjadi 3. Kemudian, tentukan batas bawah dengan cara mengurangi *mean* level (2,4) – setengah rentang stabilitas (0,45) = 2,175, dibulatkan menjadi 2, sehingga stabilitas data pada kondisi *baseline* A1 sebesar 100%.

Jika persentase stabilitas sebesar 85% - 90% dikatakan stabil, sedangkan dibawah itu dikatakan tidak stabil (*variable*). Maka dapat disimpulkan bahwa data sepanjang periode pengukuran *baseline* (A1) dapat dikatakan stabil atau konsisten. Pengukuran untuk mengetahui *persentase* stabilitas melalui cara sebagai berikut:

Banyaknya data point yang ada dalam rentang	:	Banyaknya data point	=	<i>Persentase Stabilitas</i>
5	:	5	=	100 %

Setelah pengukuran *baseline* (A1) stabil, dilanjutkan dengan pengukuran kondisi intervensi (B). Pengamatan dilakukan sepanjang subjek AR diberikan intervensi, dengan hasil sebagai berikut:

Tabel 4.18 Hasil Observasi Intervensi (B) Subyek AR Sering Terbangun Dini Hari

Hari/Tanggal	Waktu Pengamatan	Tally Terjadinya Perilaku	Total Kejadian
Senin 19/06/2023	07.00-22.00	II	2
Selasa 20/06/2023	07.00-22.00	II	2
Rabu 21/06/2023	07.00-22.00	II	2
Kamis 22/06/2023	07.00-22.00	III	3
Jumat 17/06/2023	07.00-22.00	II	2
Sabtu 18/06/2023	07.00-22.00	II	2
Senin 26/06/2023	07.00-22.00	II	2
Selasa 27/06/2023	07.00-22.00	II	2
Rabu 28/06/2023	07.00-22.00	I	1

Pada kondisi *Intervensi (B)* terdapat 9 data yaitu 2,2,2,3,2,2,2,2,2,. Mean data tersebut adalah 2. Peneliti menggunakan kriteria stabilitas 15% dalam menentukan kecenderungan stabilitas. Perhitungan untuk mengetahui rentang stabilitas data *Intervensi (B)* melalui cara sebagai berikut:

Skor Tertinggi	X	Kriteria Stabilitas	=	Rentang Stabilitas
3	X	0,15	=	0,45

Selanjutnya, tentukan batas atas dengan cara menjumlahkan *mean level* (2) + setengah dari rentang stabilitas (0,45) = 2,25, dibulatkan menjadi 2. Kemudian, tentukan batas bawah dengan cara mengurangi *mean level* (2) – setengah rentang stabilitas (0,45) = 1,775, dibulatkan menjadi 2. Dengan demikian, berdasarkan perhitungan tersebut, batas atas adalah 2 dan batas bawah adalah 2.

Setelah pengukuran perilaku sasaran kesulitan pada kondisi intervensi (B), kemudian pengukuran kembali dilakukan pada kondisi setelah intervensi atau *baseline* (A2). Berikut hasil pengamatan pada kondisi *baseline* (A2):

Tabel 4.19 Hasil Observasi A2 Subyek AR Sering Terbangun Dini Hari

Hari/Tanggal	Waktu Pengamatan	Tally Terjadinya Perilaku	Total Kejadian
Kamis 29/06/2023	07.00-22.00	I	1
Jumat 30/06/2023	07.00-22.00	I	1
Sabtu 1/07/2023	07.00-22.00	II	2
Senin 3/07/2023	07.00-22.00	I	1
Selasa 4/07/2023	07.00-22.00	I	1

Pada kondisi *baseline* A2 terdapat 5 data yaitu 1,1,3,1,1. Mean data tersebut adalah 6. Peneliti menggunakan kriteria stabilitas 15% dalam menentukan kecenderungan stabilitas. Perhitungan untuk mengetahui rentang stabilitas data *baseline* A1 melalui cara sebagai berikut:

Skor Tertinggi	X	Kriteria Stabilitas	=	Rentang Stabilitas
2	X	0,15	=	0,3

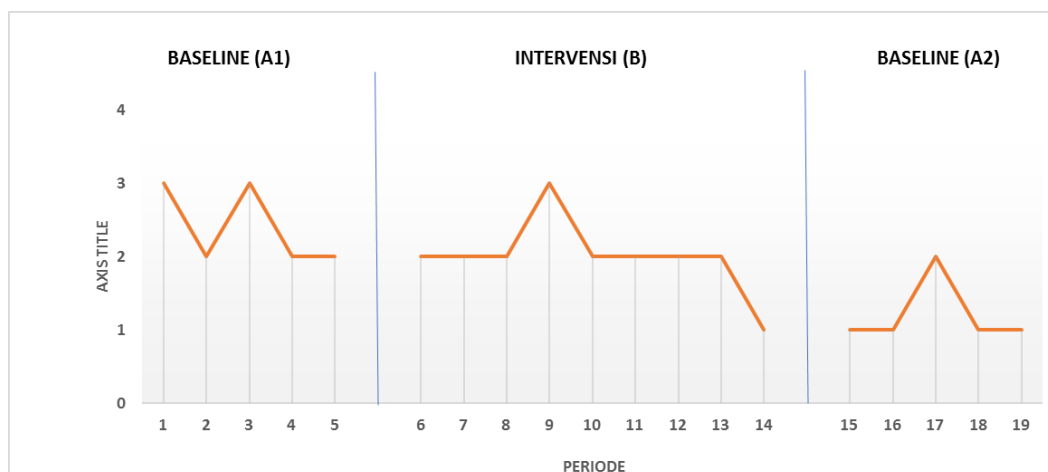
Selanjutnya, tentukan batas atas dengan cara menjumlahkan *mean level* (1,2) + setengah rentang stabilitas (0,3) = 1,35, dibulatkan menjadi 1. Kemudian, tentukan batas bawah dengan cara mengurangi *mean level* (1,2) - setengah rentang

stabilitas $0.3) = 1,05$, dibulatkan menjadi 1 sehingga stabilitas data pada kondisi *baseline* A2 sebesar 80%.

Jika persentase stabilitas sebesar 85% - 90% dikatakan stabil, sedangkan dibawah itu dikatakan tidak stabil (*variable*). Maka dapat disimpulkan bahwa data sepanjang periode pengukuran *baseline* (A2) dapat dikatakan tidak stabil (*variable*). Pengukuran untuk mengetahui *persentase* stabilitas melalui cara sebagai berikut:

Banyaknya data point yang ada dalam rentang	:	Banyaknya data point	=	<i>Persentase</i> Stabilitas
4	:	5	=	80 %

Berikut ini merupakan hasil grafik perilaku sering terbangun dini dari subjek AR pada tiga fase, yaitu *baseline* (A1), intervensi (B) dan *baseline* (A2).



Gambar 4.6 Grafik Perilaku Kecemahan Serin terbangun Dina Hari AR pada Fase A1, B, dan A2

Grafik 4.6 menunjukkan perolehan data hasil pengukuran kecemasan kesulitan tidur subyek AR pada fase *baseline* A1, B dan A2. Grafik 4.6 menunjukkan adanya penurunan kecemasan sering terbangun dini hari subyek AR.

4.4. Pengujian Hipotesis

Berikut merupakan data keseluruhan hasil penelitian implementasi *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Relapse Prevention Training* terhadap kecemasan yang mencakup merasa gelisah, kesulitan tidur, terbangun malam hari, tidur tidak nyenyak dan sering terbangun dini hari subyek AR dengan menggunakan pendekatan penelitian SSD desain A-B-A:

H A R I	A1					H A R I	B					H A R I	A2				
	M G	K T	T M H	T T N	S T M H		M G	K T	T M H	T T N	S T M H		M G	K T	T M H	T T N	S T M H
1	3	3	3	3	3	1	3	3	2	3	2	1	2	2	1	1	1
2	2	3	3	3	2	2	3	3	2	3	2	2	1	2	2	1	1
3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	1	1	1	1	2
4	3	3	2	2	2	4	3	2	3	3	3	4	1	1	1	1	1
5	3	3	2	2	2	5	3	2	3	2	2	5	1	1	1	1	1
						6	2	3	2	2	2						
						7	2	2	2	3	2						
						8	2	2	2	2	2						
						9	2	2	2	2	1						

Keterangan:

MG : Merasa Gelisah

KT : Kesulitan Tidur

TMH : Terbangun Malam Hari

TTN : Tidur Tidak Nyenyak

STMH: Sering Terbangun Dini Hari







4.5. Hasil Analisis Data

Seperti yang telah dikemukakan pada bab metode penelitian, tujuan utama dari analisis data hasil penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh dari intervensi *Cognitive Behavior Therapy* dan *Relapse Prevention Training* terhadap kecemasan penyalahguna NAPZA. Analisis yang dilakukan oleh peneliti terdiri dari dua analisis, yaitu analisis dalam kondisi dan analisis antar kondisi.

1. Hasil Analisis Data Terhadap Kecemasan Merasa Gelisah

Analisis dalam kondisi dilakukan dengan menganalisis perubahan data yang terjadi pada setiap kondisi atau fase. Analisis dalam kondisi dilakukan dengan menganalisis perubahan data pada fase *baseline* (A1), dan *baseline* (A2). Berikut adalah hasil analisis dalam kondisi pada pengukuran kecemasan merasa gelisah subjek AR:

Tabel 4.20 Hasil Analisis Data dalam Kondisi Kecemasan Merasa Gelisah Subyek AR

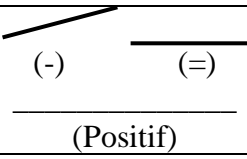
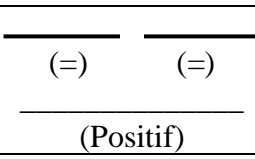
KONDISI	A1	B	A2
Panjang Kondisi	5	9	5
Kecenderungan Arah	 (-)	 (=)	 (=)
Kecenderungan Stabilitas	100 % (Stabil)	80 % (Variable)	80 % (Variable)
Jejak Data	 (-)	 (=)	 (=)
Level Stabilitas dan Rentang	<u>Stabil</u> 2 – 3	<u>Stabil</u> 2 – 3	<u>Variable</u> 1 – 1
Perubahan Level	<u>3 – 3</u> (= 0) Tidak Ada Perubahan	<u>3 – 2</u> (+ 1) Membaik	<u>2 – 1</u> (+ 1) Tidak Ada Perubahan

Berdasarkan tabel 4.20 diketahui panjang fase *baseline* A1 = 5 dan fase *Intervensi* (B) = 9 dan fase *baseline* A2 = 5. Estimasi kecenderungan arah dari fase *baseline* (A1) menunjukkan kecenderungan arah yang meningkat, dan pada fase *intervensi* (B) dan *baseline* (A2) menunjukkan kecenderungan arah yang sama atau mendatar. Estimasi kecenderungan stabilitas pada fase *baseline* (A1) sebesar 100% yang menunjukkan data stabil, sedangkan stabilitas pada fase *intervensi* (B) dan *baseline* (A2) sebesar 80% menunjukkan data tidak stabil (*variable*). Adapun jejak data pada fase *baseline* (A1) menunjukkan jejak data yang menurun, dan pada fase *intervensi* (B) dan *baseline* (A2) menunjukkan jejak data yang sama atau mendatar.

Level stabilitas dan rentang pada kondisi *baseline* (A1) yaitu stabil dengan rentang 2 – 3. Level stabilitas dan rentang pada kondisi *intervensi* (B) yaitu stabil dengan rentang 2 – 3. Level variabel dan rentang pada kondisi *baseline* (A2) yaitu stabil dengan rentang 1 – 1. Level perubahan pada fase *baseline* (A1) menunjukkan kondisi tetap atau tidak ada perubahan, sedangkan pada fase *intervensi* (B), dan *baseline* (A2), menunjukkan peningkatan atau membaik. Berdasarkan hasil analisis dalam kondisi tersebut, dapat disimpulkan bahwa *intervensi* yang diberikan pada subjek AR memberikan pengaruh positif dalam menangani kecemasan rasa gelisah.

Setelah melakukan analisis data dalam kondisi *baseline* A1 dan A2, selanjutnya dilakukan analisis data antar kondisi yaitu kondisi *baseline* A1 dan kondisi *baseline* A2. Analisis data antar kondisi dilakukan untuk melihat pengaruh dari implementasi *cognitive behaviour therapy* dan *relapse prevention training* terhadap kecemasan subyek merasa gelisah subyek AR. Berikut tabel hasil analisis data antar kondisi *baseline* A1 dan *baseline* A2 adalah sebagai berikut:

Tabel 4.21 Hasil Analisis Data antar Kondisi Kecemasan Merasa Gelisah Subyek AR

No	Perbandingan Kondisi	A1/B	B/A2
1	Jumlah variabel yang diubah	1	1
2	Perubahan arah dan efeknya	 (-) (=) (Positif)	 (=) (=) (Positif)
3	Perubahan kecenderungan stabilitas	Stabil ke Stabil	Stabil ke <i>Variable</i>
4	Perubahan level	$(3 - 3)$ $= 0$ Tidak Ada Perubahan	$(2 - 2)$ $= 0$ Tidak Ada Perubahan
5	Presentase overlap	44 %	20 %
<i>Catatan: Semakin kecil persentase overlap semakin baik pengaruh intervensi terhadap target behaviour</i>			

Tabel 4.21 menunjukkan hasil analisis antar kondisi Kecemasan Merasa Gelisah Subyek AR. Jumlah variabel yang dibandingkan yaitu satu variabel. Perubahan arah dan efek dari kondisi *baseline* (A1) dibandingkan dengan kondisi intervensi (B) menunjukkan perubahan arah yang meningkat atau negatif, sedangkan perubahan arah dan efek dari kondisi intervensi (B) dibandingkan dengan kondisi *baseline* (A2) menunjukkan perubahan arah yang sama atau positif.

Perubahan kecenderungan stabilitas pada kondisi *baseline* (A1) dengan kondisi intervensi (B) yaitu stabil ke stabil, sedangkan perubahan kecenderungan stabilitas pada kondisi intervensi (B1) dengan kondisi *baseline* (A2) yaitu Stabil ke *variable*. Adapun perubahan level tidak ada pada kondisi *baseline* (A1) dibandingkan dengan kondisi intervensi (B), dan level pada kondisi intervensi (B) dengan kondisi *baseline* (A2) juga tidak ada perubahan.

Data overlap pada kondisi *baseline* (A1) dibandingkan dengan kondisi intervensi (B) adalah 44 % yang menunjukkan bahwa intervensi memberikan pengaruh besar pada kecemasan merasa gelisah subyek AR. Adapun data overlap pada kondisi intervensi (B) dibandingkan dengan kondisi *baseline* (A2) adalah 20 % yang menunjukkan bahwa intervensi memberikan pengaruh besar pada kecemasan merasa gelisah subyek AR.

2. Hasil Analisis Data Terhadap Kecemasan Kesulitan Tidur

Analisis dalam kondisi dilakukan dengan menganalisis perubahan data yang terjadi pada setiap kondisi atau fase. Analisis dalam kondisi dilakukan dengan menganalisis perubahan data pada fase *baseline* (A1), *baseline* (B), dan *baseline* (A2). Berikut adalah hasil analisis dalam kondisi pada pengukuran kecemasan kesulitan tidur subjek AR:

Tabel 4.22 Hasil Analisis Data dalam Kondisi Kecemasan Kesulitan Tidur Subyek AR

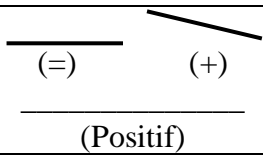
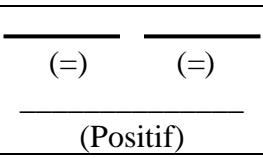
KONDISI	A1	B	A2
Panjang Kondisi	5	9	5
Kecenderungan Arah	———— (=)	———— (+)	———— (+)
Kecenderungan Stabilitas	80 % (<i>variable</i>)	100 % (Stabil)	100 % (Stabil)
Jejak Data	———— (=)	———— (+)	———— (+)
Level Stabilitas dan Rentang	———— Stabil 2 – 3	———— Stabil 2 – 3	———— Stabil 1 – 2
Perubahan Level	———— 3 – 3 (= 0) Tidak Ada Perubahan	———— 3 – 2 (+ 1) Membaik	———— 2 – 1 (+ 1) Membaik

Berdasarkan tabel 4.22 diketahui panjang fase *baseline* A1 = 5 dan fase *Intervensi* (B) = 9 dan fase *baseline* A2 = 5. Estimasi kecenderungan arah dari fase *baseline* (A1) menunjukkan kecenderungan arah yang sama atau mendatar, dan pada fase *intervensi* (B) dan *baseline* (A2) menunjukkan kecenderungan arah menurun. Estimasi kecenderungan stabilitas pada fase *baseline* (A1) menunjukkan data tidak stabil (*variable*), sedangkan *intervensi* (B) dan *baseline* (A2) sebesar 100% yang menunjukkan data stabil. Adapun jejak data pada fase *baseline* (A1) menunjukkan jejak yang sama atau mendatar, dan pada fase *intervensi* (B) dan *baseline* (A2) menunjukkan kecenderungan arah menurun.

Level stabilitas dan rentang pada kondisi *baseline* (A1) yaitu stabil dengan rentang 2 – 3. Level stabilitas dan rentang pada kondisi *intervensi* (B) yaitu stabil dengan rentang 2 – 3. Level variabel dan rentang pada kondisi *baseline* (A2) yaitu stabil dengan rentang 1 – 1. Level perubahan pada fase *baseline* (A1) menunjukkan kondisi tidak ada perubahan, sedangkan pada fase *intervensi* (B), dan *baseline* (A2), menunjukkan peningkatan atau membaik. Berdasarkan hasil analisis dalam kondisi tersebut, dapat disimpulkan bahwa *intervensi* yang diberikan pada subjek AR memberikan pengaruh positif dalam menangani kecemasan kesulitan tidur.

Setelah melakukan analisis data dalam kondisi *baseline* A1 dan A2, selanjutnya dilakukan analisis data antar kondisi yaitu kondisi *baseline* A1 dan kondisi *baseline* A2. Analisis data antar kondisi dilakukan untuk melihat pengaruh dari implementasi *cognitive behaviour therapy* dan *relapse prevention training* terhadap kecemasan subyek merasa gelisah subyek AR. Berikut tabel hasil analisis data antar kondisi *baseline* A1 dan *baseline* A2 adalah sebagai berikut:

Tabel 4.23 Hasil Analisis Data antar Kondisi Kecemasan Kesulitan Tidur Subyek AR

No	Perbandingan Kondisi	A1/B	B/A2
1	Jumlah variabel yang diubah	1	1
2	Perubahan arah dan efeknya		
3	Perubahan kecenderungan stabilitas	Variable ke Stabil	Stabil ke Stabil
4	Perubahan level	$(3 - 3)$ $= 0$ Tidak Ada Perubahan	$(2 - 2)$ $= 0$ Tidak Ada Perubahan
5	Presentase overlap	44 %	40 %
<i>Catatan: Semakin kecil persentase overlap semakin baik pengaruh intervensi terhadap target behaviour</i>			

Tabel 4.23 menunjukkan hasil analisis antar kondisi kecemasan kesulitan tidur subyek AR. Jumlah variabel yang dibandingkan yaitu satu variabel. Perubahan arah dan efek dari kondisi *baseline* (A1) dibandingkan dengan kondisi intervensi (B) menunjukkan perubahan arah yang menurun atau positif, sedangkan perubahan arah dan efek dari kondisi intervensi (B) dibandingkan dengan kondisi *baseline* (A2) menunjukkan perubahan arah yang sama atau positif.







Perubahan kecenderungan stabilitas pada kondisi *baseline* (A1) dengan kondisi intervensi (B) yaitu stabil ke stabil, sedangkan perubahan kecenderungan stabilitas pada kondisi intervensi (B1) dengan kondisi *baseline* (A2) yaitu Stabil ke *variable*. Adapun perubahan level tidak ada pada kondisi *baseline* (A1) dibandingkan dengan kondisi intervensi (B), dan level pada kondisi intervensi (B) dengan kondisi *baseline* (A2) juga tidak ada perubahan.

Data *overlap* pada kondisi *baseline* (A1) dibandingkan dengan kondisi intervensi (B) adalah 44 % yang menunjukkan bahwa intervensi memberikan pengaruh besar pada kecemasan kesulitan tidur subyek AR. Adapun data *overlap* pada kondisi intervensi (B) dibandingkan dengan kondisi *baseline* (A2) adalah 40% yang menunjukkan bahwa intervensi memberikan pengaruh besar pada kecemasan kesulitan tidur subyek AR.

3. Hasil Analisis Data Terhadap Kecemasan Terbangun di Malam Hari

Analisis dalam kondisi dilakukan dengan menganalisis perubahan data yang terjadi pada setiap kondisi atau fase. Analisis dalam kondisi dilakukan dengan menganalisis perubahan data pada fase *baseline* (A1), *baseline* (B), dan *baseline* (A2). Berikut adalah hasil analisis dalam kondisi pada pengukuran kecemasan terbangun di Malam Hari subjek AR:

Tabel 4.24 Hasil Analisis Data dalam Kondisi Kecemasan Terbangun di Malam Hari Subyek AR

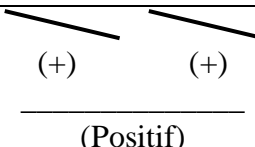
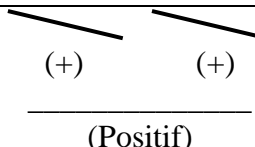
KONDISI	A1	B	A2
Panjang Kondisi	5	9	5
Kecenderungan Arah	 (+)	 (+)	 (+)
Kecenderungan Stabilitas	100 % (Stabil)	100 % (Stabil)	80 % (<i>variable</i>)
Jejak Data	 (+)	 (+)	 (+)
Level Stabilitas dan Rentang	<u>Stabil</u> 2 – 3	<u>Stabil</u> 2 – 3	<u><i>variable</i></u> 1 – 1
Perubahan Level	<u>3 – 2</u> (+ 1) Membaik	<u>3 – 2</u> (+ 1) Membaik	<u>1 – 1</u> (= 0) Tidak Ada Perubahan

Berdasarkan tabel 4.24 diketahui panjang fase *baseline* A1 = 5 dan fase *Intervensi* (B) = 9 dan fase *baseline* A2 = 5. Estimasi kecenderungan arah dari fase *baseline* (A1), *intervensi* (B) dan *baseline* (A2) menunjukkan kecenderungan arah menurun. Estimasi kecenderungan stabilitas pada fase *baseline* (A1) dan *intervensi* (B) sebesar 100% menunjukkan data stabil, sedangkan pada fase *baseline* (A2) sebesar 80% yang menunjukkan data tidak stabil (*variable*). Adapun jejak data pada fase *baseline* (A1), *intervensi* (B) dan *baseline* (A2) menunjukkan jejak kecenderungan arah menurun.

Level stabilitas dan rentang pada kondisi *baseline* (A1) yaitu stabil dengan rentang 2 – 3. Level stabilitas dan rentang pada kondisi *intervensi* (B) yaitu stabil dengan rentang 2 – 3. Level variabel dan rentang pada kondisi *baseline* (A2) yaitu stabil dengan rentang 1 – 1. Level perubahan pada fase *baseline* (A1) dan *intervensi* (B) menunjukkan kondisi peningkatan atau membaik, sedangkan pada *baseline* (A2) menunjukkan tidak ada perubahan. Berdasarkan hasil analisis dalam kondisi tersebut, dapat disimpulkan bahwa *intervensi* yang diberikan pada subjek AR memberikan pengaruh positif dalam menangani kecemasan terbangun di malam hari.

Setelah melakukan analisis data dalam kondisi *baseline* A1 dan A2, selanjutnya dilakukan analisis data antar kondisi yaitu kondisi *baseline* A1 dan kondisi *baseline* A2. Analisis data antar kondisi dilakukan untuk melihat pengaruh dari implementasi *cognitive behaviour therapy* dan *relapse prevention training* terhadap kecemasan subyek merasa gelisah subyek AR. Berikut tabel hasil analisis data antar kondisi *baseline* A1 dan *baseline* A2 adalah sebagai berikut:

Tabel 4.25 Hasil Analisis Data antar Kondisi Kecemasan Terbangun di Malam Hari Subyek AR

No	Perbandingan Kondisi	A1/B	B/A2
1	Jumlah variabel yang diubah	1	1
2	Perubahan arah dan efeknya	 (+) (+) (Positif)	 (+) (+) (Positif)
3	Perubahan kecenderungan stabilitas	Stabil ke Stabil	Stabil ke <i>Variable</i>
4	Perubahan level	$(2 - 2)$ $= 0$ Tidak Ada Perubahan	$(2-1)$ $= +1$ Membaik
5	Presentase overlap	100 %	20 %
<i>Catatan: Semakin kecil persentase overlap semakin baik pengaruh intervensi terhadap target behaviour</i>			

Tabel 4.25 menunjukkan hasil analisis antar kondisi terbangun di malam hari subyek AR. Jumlah variabel yang dibandingkan yaitu satu variabel. Perubahan arah dan efek dari kondisi *baseline* (A1) dibandingkan dengan kondisi intervensi (B) menunjukkan perubahan arah yang menurun atau positif, sedangkan perubahan arah dan efek dari kondisi intervensi (B) dibandingkan dengan kondisi *baseline* (A2) menunjukkan perubahan arah yang sama.







Perubahan kecenderungan stabilitas pada kondisi *baseline* (A1) dengan kondisi intervensi (B) yaitu stabil ke stabil, sedangkan perubahan kecenderungan stabilitas pada kondisi intervensi (B1) dengan kondisi *baseline* (A2) yaitu Stabil ke *variable*. Adapun perubahan level tidak ada pada kondisi *baseline* (A1) dibandingkan dengan kondisi intervensi (B), dan level pada kondisi intervensi (B) dengan kondisi *baseline* (A2) juga tidak ada perubahan.

Data *overlap* pada kondisi *baseline* (A1) dibandingkan dengan kondisi intervensi (B) adalah 100 % yang menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh. Adapun data *overlap* pada kondisi intervensi (B) dibandingkan dengan kondisi *baseline* (A2) adalah 20 % yang menunjukkan bahwa intervensi memberikan pengaruh besar pada terbangun di malam hari subyek AR.

4. Hasil Analisis Data Terhadap Kecemasan Tidur Tidak Nyenyak

Analisis dalam kondisi dilakukan dengan menganalisis perubahan data yang terjadi pada setiap kondisi atau fase. Analisis dalam kondisi dilakukan dengan menganalisis perubahan data pada fase *baseline* (A1), *baseline* (B), dan *baseline* (A2). Berikut adalah hasil analisis dalam kondisi pada pengukuran kecemasan kesulitan tidur subjek AR:

Tabel 4.26 Hasil Analisis Data dalam Kondisi Kecemasan Tidur Tidak Nyenyak Subyek AR


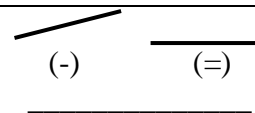
KONDISI	A1	B	A2
Panjang Kondisi	5	9	5
Kecenderungan Arah	 (-)	 (-)	 (=)
Kecenderungan Stabilitas	100 % (Stabil)	100 % (Stabil)	100 % (Stabil)
Jejak Data	 (+)	 (-)	 (=)
Level Stabilitas dan Rentang	<u>Stabil</u> 2 – 3	<u>Stabil</u> 2 – 3	<u>Stabil</u> 1 – 1
Perubahan Level	<u>3 – 2</u> (- 1) Memburuk	<u>3 – 2</u> (+ 1) Membaik	<u>1 – 1</u> (= 0) Tidak Ada Perubahan

Berdasarkan tabel 4.26 diketahui panjang fase *baseline* A1 = 5 dan fase *Intervensi* (B) = 9 dan fase *baseline* A2 = 5. Estimasi kecenderungan arah dari fase *baseline* (A1) menurun, *intervensi* (B) meningkat, dan *baseline* (A2) menunjukkan kecenderungan arah mendatar. Estimasi kecenderungan stabilitas pada fase *baseline* (A1), *intervensi* (B) dan *baseline* (A2) sebesar 100% menunjukkan data stabil, Adapun jejak data pada fase *baseline* (A1) menurun, *intervensi* (B) meningkat, dan *baseline* (A2) menunjukkan jejak kecenderungan arah mendatar.

Level stabilitas dan rentang pada kondisi *baseline* (A1) yaitu stabil dengan rentang 2 – 3. Level stabilitas dan rentang pada kondisi *intervensi* (B) yaitu stabil dengan rentang 2 – 3. Level variabel dan rentang pada kondisi *baseline* (A2) yaitu stabil dengan rentang 1 – 1. Level perubahan pada fase *baseline* (A1) menunjukkan kondisi memburuk, pada fase *intervensi* (B) menunjukkan kondisi membaik, sedangkan fase *baseline* (A2) menunjukkan tidak ada perubahan. Berdasarkan hasil analisis dalam kondisi tersebut, dapat disimpulkan bahwa *intervensi* yang diberikan pada subjek AR memberikan pengaruh positif dalam menangani kecemasan tidak tidur nyenyak.

Setelah melakukan analisis data dalam kondisi *baseline* A1 dan A2, selanjutnya dilakukan analisis data antar kondisi yaitu kondisi *baseline* A1 dan kondisi *baseline* A2. Analisis data antar kondisi dilakukan untuk melihat pengaruh dari implementasi *cognitive behaviour therapy* dan *relapse prevention training* terhadap kecemasan subyek merasa gelisah subyek AR. Berikut tabel hasil analisis data antar kondisi *baseline* A1 dan *baseline* A2 adalah sebagai berikut:

Tabel 4.27 Hasil Analisis Data antar Kondisi Kecemasan Tidur Tidak Nyenyak Subyek AR

No	Perbandingan Kondisi	A1/B	B/A2
1	Jumlah variabel yang diubah	1	1
2	Perubahan arah dan efeknya	 (-) (-) (Negatif)	 (-) (=) (Positif)
3	Perubahan kecenderungan stabilitas	Stabil ke Stabil	Stabil ke Stabil
4	Perubahan level	$(3 - 3)$ $= 0$ Tidak Ada Perubahan	$(2-1)$ $= +1$ Membaik
5	Presentase overlap	100 %	0 %
<i>Catatan: Semakin kecil persentase overlap semakin baik pengaruh intervensi terhadap target behaviour</i>			

Tabel 4.27 menunjukkan hasil analisis antar kondisi kecemasan tidur tidak nyenyak subyek AR. Jumlah variabel yang dibandingkan yaitu satu variabel. Perubahan arah dan efek dari kondisi *baseline* (A1) dibandingkan dengan kondisi intervensi (B) menunjukkan perubahan arah yang negatif, sedangkan perubahan arah dan efek dari kondisi intervensi (B) dibandingkan dengan kondisi *baseline* (A2) menunjukkan perubahan arah yang positif.

Perubahan kecenderungan stabilitas pada kondisi *baseline* (A1) dengan kondisi intervensi (B) dan kondisi intervensi (B1) dengan kondisi *baseline* (A2) yaitu stabil ke stabil. Adapun perubahan level tidak ada pada kondisi *baseline* (A1) dibandingkan dengan kondisi intervensi (B), sedangkan level pada kondisi intervensi (B) dengan kondisi *baseline* (A2) menunjukkan adanya perubahan membaik.

Data *overlap* pada kondisi *baseline* (A1) dibandingkan dengan kondisi intervensi (B) adalah 100 % yang menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh. Adapun data *overlap* pada kondisi intervensi (B) dibandingkan dengan kondisi *baseline* (A2) adalah 0 % yang menunjukkan bahwa intervensi memberikan pengaruh besar pada terbangun di malam hari subyek AR.

5. Hasil Analisis Data Terhadap Kecemasan Sering Terbangun Dini Hari

Analisis dalam kondisi dilakukan dengan menganalisis perubahan data yang terjadi pada setiap kondisi atau fase. Analisis dalam kondisi dilakukan dengan menganalisis perubahan data pada fase *baseline* (A1), *baseline* (B), dan *baseline* (A2). Berikut adalah hasil analisis dalam kondisi pada pengukuran kecemasan sering terbangun dini hari subjek AR:

Tabel 4.28 Hasil Analisis Data dalam Kondisi Kecemasan Sering Terbangun Dini Hari Subyek AR

KONDISI	A1	B	A2
Panjang Kondisi	5	9	5
Kecenderungan Arah	———— (=)	———— (=)	———— (=)
Kecenderungan Stabilitas	78 % (<i>variable</i>)	80 % (<i>variable</i>)	100 % (Stabil)
Jejak Data	———— (=)	———— (=)	———— (=)
Level Stabilitas dan Rentang	<u><i>variable</i></u> 2 – 3	<u><i>variable</i></u> 2 – 2	<u>Stabil</u> 1 – 1
Perubahan Level	<u>3 – 2</u> (- 1) Memburuk	<u>2-1</u> (+ 1) Membaik	<u>1 – 1</u> (= 0) Tidak Ada Perubahan

Berdasarkan tabel 4.28 diketahui panjang fase *baseline* A1 = 5 dan fase *Intervensi* (B) = 9 dan fase *baseline* A2 = 5. Estimasi kecenderungan arah dari fase

baseline (A1), intervensi (B), dan *baseline* (A2) menunjukkan kecenderungan arah mendatar. Estimasi kecenderungan stabilitas pada fase *baseline* (A1) sebesar 78% dan intervensi (B) sebesar 80 % menunjukkan data tidak stabil (*variable*), sedangkan pada fase *baseline* (A2) sebesar 100% menunjukkan data stabil. Adapun jejak data pada fase *baseline* (A1), intervensi (B), dan *baseline* (A2) menunjukkan jejak kecenderungan arah mendatar.

Level stabilitas dan rentang pada kondisi *baseline* (A1) yaitu *variable* dengan rentang 2 – 3, pada kondisi intervensi (B) yaitu *variable* dengan rentang 2 – 1, pada kondisi *baseline* (A2) yaitu stabil dengan rentang 1 – 1. Level perubahan pada fase *baseline* (A1) menunjukkan kondisi memburuk, pada fase intervensi (B) menunjukkan kondisi membaik, sedangkan fase *baseline* (A2) menunjukkan tidak ada perubahan. Berdasarkan hasil analisis dalam kondisi tersebut, dapat disimpulkan bahwa intervensi yang diberikan pada subjek AR memberikan pengaruh positif dalam menangani kecemasan sering terbangun dini hari.

Setelah melakukan analisis data dalam kondisi *baseline* A1 dan A2, selanjutnya dilakukan analisis data antar kondisi yaitu kondisi *baseline* A1 dan kondisi *baseline* A2. Analisis data antar kondisi dilakukan untuk melihat pengaruh dari implementasi *cognitive behaviour therapy* dan *relapse prevention training* terhadap kecemasan sering terbangun dini hari subyek AR. Berikut tabel hasil analisis data antar kondisi *baseline* A1 dan *baseline* A2 adalah sebagai berikut:

Tabel 4.29 Hasil Analisis Data antar Kondisi Kecemasan Sering Terbangun Dini Hari Subyek AR

No	Perbandingan Kondisi	A1/B	B/A2
1	Jumlah variabel yang diubah	1	1
2	Perubahan arah dan efeknya	$\frac{(-)}{(-)}$ (Tetap)	$\frac{(-)}{(-)}$ (Tetap)
3	Perubahan kecenderungan stabilitas	Variable ke Variable	Variable ke Stabil
4	Perubahan level	$(2 - 2)$ $= 0$ Tidak Ada Perubahan	$(2-1)$ $= +1$ Membaik
5	Presentase overlap	100 %	20 %
<i>Catatan: Semakin kecil persentase overlap semakin baik pengaruh intervensi terhadap target behaviour</i>			

Tabel 4.29 menunjukkan hasil analisis antar kondisi kecemasan sering terbangun dini hari subyek AR. Jumlah variabel yang dibandingkan yaitu satu variabel. Perubahan arah dan efek dari kondisi *baseline* (A1) dibandingkan dengan kondisi intervensi (B) dan perubahan arah dan efek dari kondisi intervensi (B) dibandingkan dengan kondisi *baseline* (A2) menunjukkan perubahan arah yang tetap atau tidak ada perubahan.

Perubahan kecenderungan stabilitas pada kondisi *baseline* (A1) dengan kondisi intervensi (B) yaitu *variable* ke *variabel*, sedangkan kondisi intervensi (B1) dengan kondisi *baseline* (A2) yaitu *variable* ke stabil. Adapun perubahan level tidak ada pada kondisi *baseline* (A1) dibandingkan dengan kondisi intervensi (B), sedangkan level pada kondisi intervensi (B) dengan kondisi *baseline* (A2) menunjukkan adanya perubahan membaik.

Data *overlap* pada kondisi *baseline* (A1) dibandingkan dengan kondisi intervensi (B) adalah 100 % yang menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh. Adapun data *overlap* pada kondisi intervensi (B) dibandingkan dengan kondisi *baseline* (A2) adalah 20 % yang menunjukkan bahwa intervensi memberikan pengaruh besar pada kecemasan sering terbangun dini hari subyek AR.

4.6. Pembahasan

Cognitive Behavior Therapy (CBT) adalah pendekatan terapi yang menitik beratkan pada restruktisasi atau pembenahan kognitif yang menyimpang akibat kejadian yang merugikan dirinya baik secara fisik maupun psikis. *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* merupakan terapi yang dilakukan untuk mengatasi permasalahan kecemasan. Terapi ini akan diarahkan kepada modifikasi fungsi berpikir, merasa dan bertindak dengan menekankan otak sebagai penganalisis pengambil keputusan, bertanya, bertindak, dan memutuskan kembali. Sedangkan, pendekatan pada aspek *behavior* diarahkan untuk membangun hubungan yang baik antara situasi permasalahan dengan kebiasaan mereaksi permasalahan. Tujuan dari *CBT* yaitu mengajak individu untuk belajar mengubah perilaku, menenangkan pikiran dan tubuh sehingga merasa lebih baik, berpikir lebih jelas dan membantu membuat keputusan yang tepat hingga pada akhirnya dengan *CBT* diarpkan dapat membantu klien dalam menyalurkan pikiran, perasaan, dan tindakan.

Cognitive Behaviour Therapy (CBT) merupakan salah satu bentuk terapi psikososial yang mengintegrasikan modifikasi perilaku melalui pendekatan restrukturisasi kognitif. Terapi *CBT* merupakan gabungan dari beberapa intervensi

yang dirancang untuk mengubah cara berpikir (Kadden, 2016). Keefektifan terapi *CBT* terhadap penyalahguna NAPZA akan menunjukkan peningkatan jika dikombinasikan dengan terapi psikososial lainnya. Salah satu terapi yang dapat digunakan adalah *Relapse Prevention Training (RPT)*. Terapi ini dikembangkan oleh Marlatt pada tahun 1985. Teori yang berdasar dari pengembangan pendekatan *behavioristik* yaitu *cognitive behaviour therapy* dalam beberapa penelitian menunjukan hasil yang efektif terhadap kecemasan penyalahguna NAPZA.

Oleh karena itu, peneliti mencoba mengembangkan *Cognitive Behavior Therapy* dengan membuat rekayasa teknologi yang memadukannya dengan *Relapse Prevention Training* dalam mengatasi permasalahan kecemasan terhadap subyek penelitian. Subyek dalam penelitian ini adalah klien Yayasan Graha Prima Karya Sejahtera yaitu subyek AR yang mengalami kecemasan. Berdasarkan hasil kuesioner *HARS* dan observasi, bentuk kecemasan dari subyek AR adalah merasa gelisah, kesulitan tidur, terbangun malam hari, tidur tidak nyenyak, dan sering terbangun dini hari.

Dalam mengetahui pengaruh dari implementasi *Cognitive Behavior Therapy* dan *Relapse Prevention Training* terhadap kecemasan subyek AR, peneliti melakukan pengukuran kecemasan yang mencakup merasa gelisah, kesulitan tidur, terbangun malam hari, tidur tidak nyenyak, dan sering terbangun dini hari. Pengukuran dilakukan sebelum dan sesudah implementasi *Cognitive Behavior Therapy* dan *Relapse Prevention Training*. Selain itu peneliti juga melakukan pengukuran perubahan perilaku dengan menggunakan pendekatan

penelitian subyek tunggal desain A-B-A yang telah dijelaskan sebelumnya. Dalam penelitian ini terdapat dua hipotesis yang diujikan, yaitu:

1. Tidak ada pengaruh implementasi terapi *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Relapse Prevention Training* terhadap kecemasan penyalahguna NAPZA di Yayasan Graha Prima Karya Sejahtera (Grapiks).
2. Ada pengaruh implementasi terapi *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Relapse Prevention Training* terhadap kecemasan penyalahguna NAPZA di Yayasan Graha Prima Karya Sejahtera (Grapiks).

Berdasarkan hasil analisis data penelitian serta hasil analisis pada grafik pengukuran perubahan kecemasan yang mencakup merasa gelisah, kesulitan tidur, terbangun malam hari, tidur tidak nyenyak, dan sering terbangun dini hari menunjukkan adanya penurunan kecemasan terhadap subyek AR. Penurunan kecemasan juga didukung oleh analisis antar kondisi dan dalam kondisi pada setiap perilaku subyek AR yang sudah dijelaskan sebelumnya pada tabel dan grafik yang sudah digambarkan tersebut menjelaskan bahwa adanya pengaruh dari hasil intervensi yang dilakukan kepada subyek AR.

BAB V

IMPLIKASI HASIL PENELITIAN

Implikasi hasil penelitian adalah hasil lebih lanjut dari hasil penelitian yang menghasilkan berbagai temuan. Temuan tersebut memberikan kontribusi bagi penguatan, perbaikan, pengembangan teori maupun praktik pekerjaan sosial. Bab V ini berisikan implikasi teori dan praktis mengenai Implementasi *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Relapse Prevention Training* Terhadap Kecemasan Penyalahguna NAPZA Di Yayasan Graha Prima Karya Sejahtera Kabupaten Bandung.

5.1 Implikasi Teori

Penelitian ini memberikan kontribusi bagi perkembangan teori pekerjaan sosial. Penelitian ini membuktikan beberapa variabel pendukung penelitian terhadap serta teori-teori yang mendasari penelitian yang berkaitan dengan kecemasan penyalahguna NAPZA, hasilnya berpengaruh terhadap pengurangan kecemasan penyalahguna NAPZA. Intervensi terapi psikososial ini didasarkan pada kebutuhan subyek penyalahguna NAPZA yang mengalami kecemasan di Yayasan Graha Prima Karya Sejahtera Kabupaten Bandung.

Spiegler & Guevermont (2003) menyatakan *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) merupakan psikoterapi yang berfokus pada kognisi yang dimodifikasi secara langsung, yaitu ketika individu mengubah pikiran mal adaptifnya (*maladaptive though*) maka secara tidak langsung juga mengubah tingkah lakunya yang tamak (*over action*). Beck menyatakan bahwa salah satu tujuan utama *Cognitive Behavior*

Therapy (CBT) adalah untuk membantu individu dalam mengubah pemikiran atau kognisi yang irasional menjadi pemikiran yang lebih rasional.

Kebaruan model *Cognitive Behaviour Therapy (CBT)* dengan dilengkapi terapi *Relapse Prevention Training (RPT)* dalam mengurangi kecemasan penyalahguna NAPZA, mampu menjadi pemecah permasalahan kecemasan penyalahguna NAPZA. Keefektifan terapi *CBT* terhadap penyalahguna NAPZA menunjukkan peningkatan jika dikombinasikan dengan terapi psikososial lainnya dalam penelitian ini dengan *Relapse Prevention Training (RPT)*. *Relapse Prevention Training* dikembangkan oleh Marlatt pada tahun 1985. Teori yang berdasar dari pengembangan pendekatan *behavioristik* yaitu *cognitive behaviour therapy* dalam beberapa penelitian menunjukan hasil yang efektif terhadap penyalahguna NAPZA. Beck (dalam Spiegler & Guevermont, 2003).

Tidak setiap individu mampu merefleksikan apa yang menjadi tujuan hidupnya secara spesifik dan terukur dalam rencana tindak ini. Oleh karena itu diperlukan pengembangan pada permasalahan kecemasan penyalahguna NAPZA agar dapat menyentuh aspek kognitif dan emosional penyalahguna NAPZA. Permasalahan kecemasan ini diketahui juga merupakan akibat dari adanya pemikiran-pemikiran negatif (distorsi kognitif) yang berdampak pada kecemasan penyalahguna NAPZA. Sejalan dengan pemikiran Burns bahwa reaksi emosional tidak menyenangkan yang dialami individu dapat digunakan sebagai tanda bahwa apa yang dipikirkan mengenai dirinya sendiri mungkin tidak rasional, untuk selanjutnya individu belajar membangun pikiran yang objektif dan rasional terhadap peristiwa yang dialami. Bentuk-bentuk distorsi kognitif menurut Burns

(2004) yaitu *over generalization, personalization, dichotomous thinking, mind reading, magnification, minimization, penalaran emosional, must statement dan ketergantungan*.

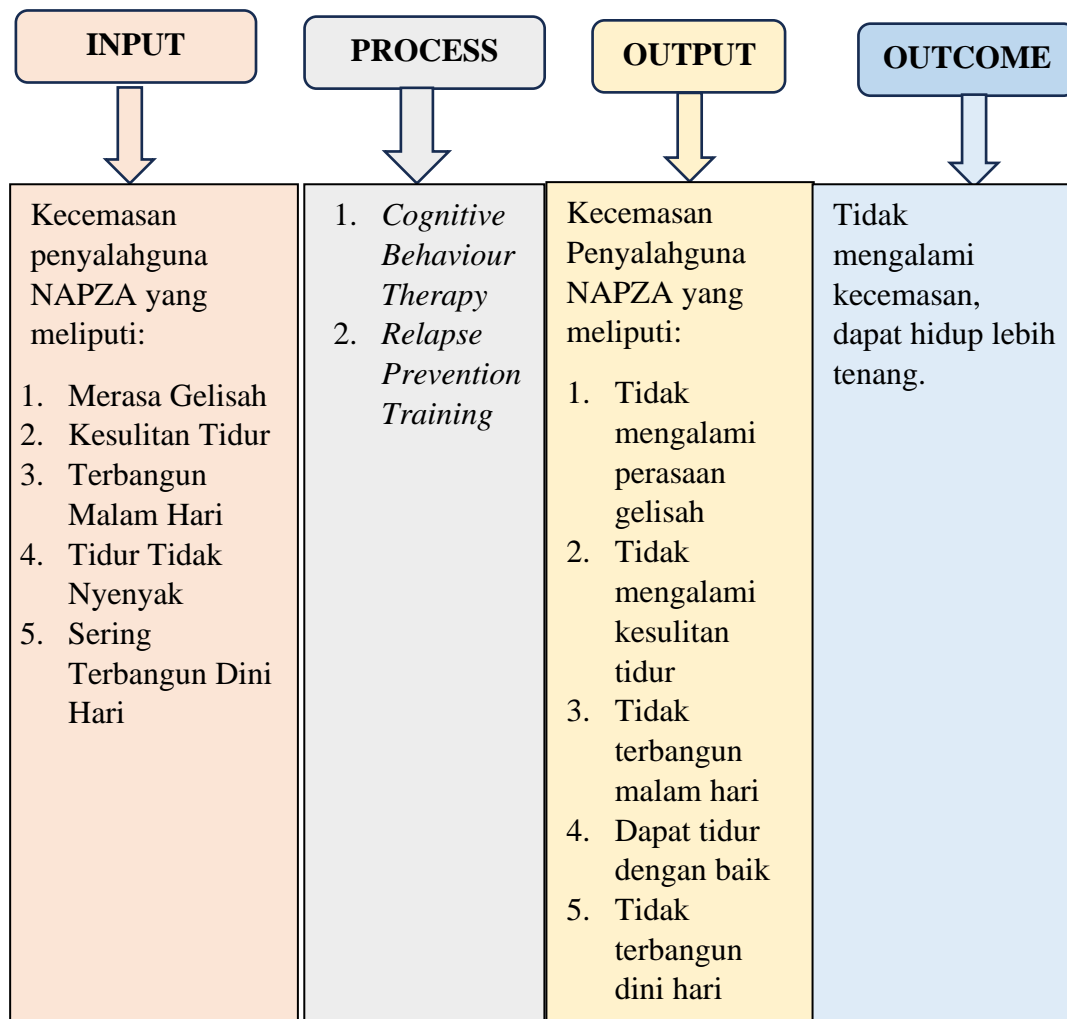
Relapse Prevention Training ini merupakan rekayasa teknologi untuk menambah khasanah pembahasan mengenai intervensi pemecahan masalah kecemasan terhadap penyalahguna NAPZA. Serta menambah *literature* baru mengenai terapi psikososial untuk pemecahan masalah kecemasan pada penyalahguna NAPZA yang sudah ada.

Relapse Prevention Training (RPT) adalah program kendali diri yang didesain untuk mengedukasi seseorang yang berusaha untuk merubah perilakunya, mampu mengantisipasi dan mengatasi masalah kekambuhan. Berdasarkan uraian tersebut, dapat disimpulkan bahwa *RPT* merupakan terapi psikososial yang digunakan dalam membantu penyalahguna NAPZA untuk mempertahankan perkembangan yang telah dibuat dalam proses perawatan atau perubahan diri, salah satu indikasi psikoterapi ini dapat digunakan kepada klien dengan permasalahan kecemasan.

5.2 Implikasi Praktis

Implikasi praktis dari penelitian mengenai implementasi *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Relapse Prevention Training* terhadap kecemasan penyalahguna NAPZA di Kabupaten Bandung menunjukkan bahwa terapi *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Relapse Prevention Training* adalah dampak dari pelaksanaan masalah kecemasan penyalahguna NAPZA. Berdasarkan penelitian

ini, menghasilkan perubahan (pengurangan) pada kecemasan penyalahguna NAPZA yang meliputi merasa gelisah, kesulitan tidur, terbangun malam hari, tidur tidak nyenyak, dan sering terbangun dini hari.



Gambar 5.1 Penerapan *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Relapse Prevention Training* Terhadap Kecemasan Penyalahguna NAPZA

Relapse Prevention Training merupakan model rekayasa teknologi baru dari *Cognitive Behaviour Therapy*. Pelaksanaan *Relapse Prevention Training* dilaksanakan setelah *Cognitive Behaviour Therapy*. *Relapse Prevention Training*

ini digunakan sebagai pelengkap *Cognitive Behaviour Therapy* agar tidak hanya berfokus pada aspek perilaku saja namun juga menyentuh aspek kognitif subyek.

Pada penerapan *Relapse Prevention Training* pekerja sosial juga melibatkan pihak ketiga sebagai mediator yaitu istri dari subyek sebagai orang terdekat subyek. Pelibatan ini bertujuan untuk memfasilitasi subyek ketika menerapkan program perilaku baru serta memotivasi klien bahwa pemikirannya yang berkaitan dengan kecemasan yang dirasakan subyek yang mencakup perasaan gelisah, kesulitan tidur, terbangun malam hari, tidur tidak nyenyak, dan sering terbangun dini hari tidaklah benar.

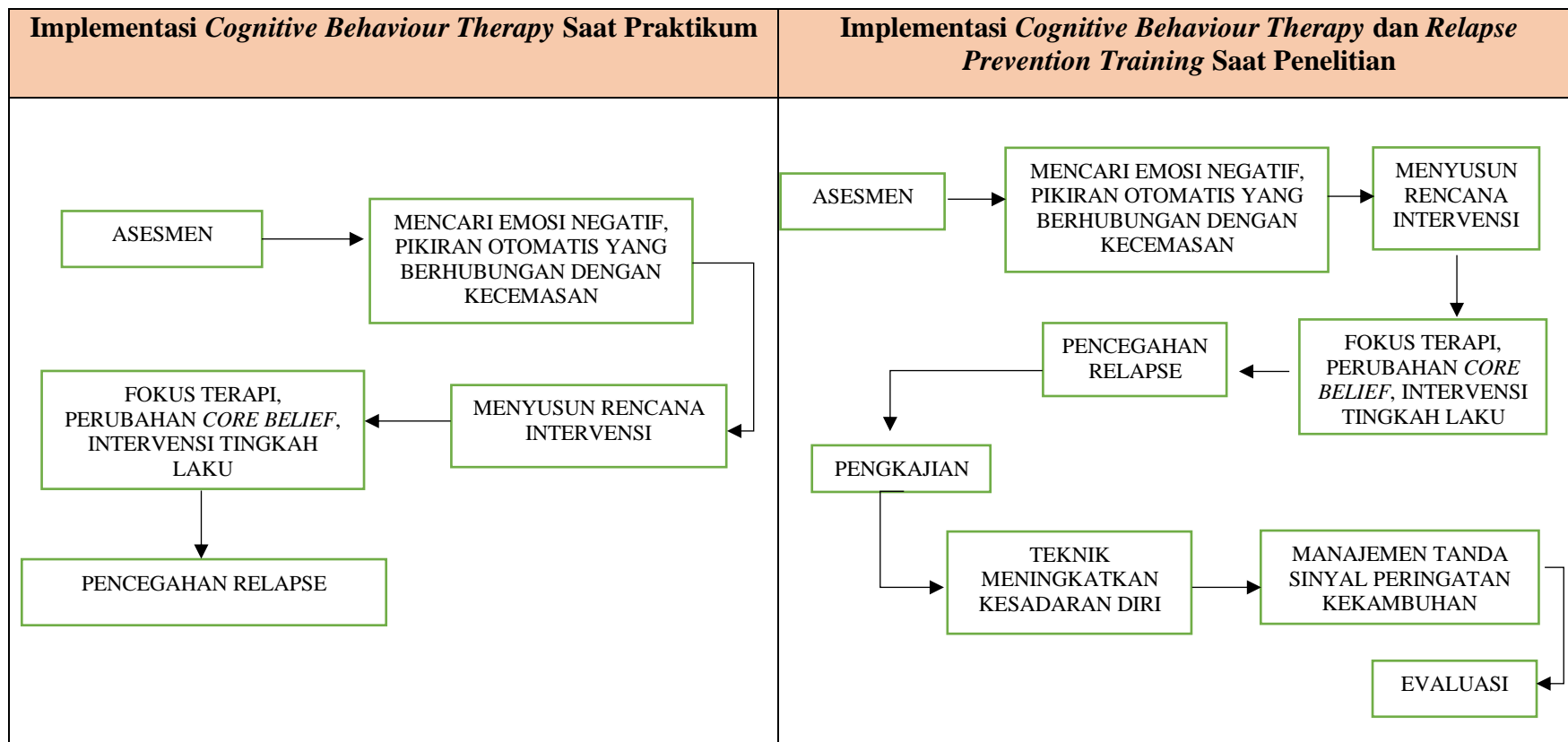
Impikasi praktis dalam penelitian ini merupakan rekayasa pengembangan model terapi *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Relapse Prevention Training* untuk intervensi yang lebih dalam menangani kecemasan penyalahguna NAPZA. Oleh karena itu penggunaan model ini perlu memperhatikan hal-hal penting dan standar operasional penggunaan antara lain:

1. .Pelaksanaan *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Relapse Prevention Training* perlu persetujuan antara klien dan pekerja sosial. Pelaksanaan terapi psikososial ini tidak bersifat pemaksaan. Hal ini perlu diperhatikan karena dalam pelaksanaan intervensi klien harus menyadari permasalahannya, memiliki motivasi untuk berubah, serta mau bekerja sama dengan baik saat pelaksanaan intervensi.
2. Proses pelaksanaan *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Relapse Prevention Training* tergantung pada karakteristik subjek. Terdapat beberapa tahapan terapi yang perlu teknik berbeda pada setiap subjek. Sehingga perlu

penyesuaian dari pekerja sosial untuk menggunakan teknik apa saja agar subjek dapat melaksanakan tahapan *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Relapse Prevention Training* dengan baik.

3. Penggunaan *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Relapse Prevention Training* perlu dilakukan pengawasan lebih lanjut apabila digunakan pada lintas variabel. Apakah teknologi ini dapat diterapkan untuk berbagai jenis sikap atau perilaku atau hanya untuk perilaku-perilaku tertentu saja.
4. Teknologi ini belum tentu dapat digunakan dengan hasil yang maksimal apabila diterapkan penyalahguna NAPZA yang memiliki kebutuhan khusus dengan permasalahan yang sama.

REKAYASA TEKNOLOGI *COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY* DENGAN *RELAPSE PREVENTION TRAINING* TERHADAP KECEMASAN PENYALAHGUNA NAPZA



Keefektifan terapi untuk mengatasi kecemasan terhadap penyalahguna NAPZA akan menunjukkan peningkatan jika dikombinasikan dengan terapi psikososial lainnya. Salah satu terapi yang dapat digunakan adalah *Relapse Prevention Training* (RPT). Terapi ini dikembangkan oleh Marlatt pada tahun 1985. Teori yang berdasar dari pengembangan pendekatan behavioristik yaitu *cognitive behaviour therapy* dalam beberapa penelitian menunjukkan hasil yang efektif terhadap klien penyalahguna NAPZA.

RPT merupakan terapi manajemen diri yang dibuat untuk mencegah *relapse* pada area perilaku adiksi dan fokus masalah yang penting dari membantu penyalahguna NAPZA mengubah perilakunya untuk membantu perkembangan yang telah dibuat penyalahguna NAPZA dalam proses perawatan atau perubahan diri. (Marlatt dan Donovan, 2005). Konsep yang digunakan oleh RPT adalah dengan proses *problem solving* dan orientasi ulang dari nilai dan perilaku hidup individu. RPT mempunyai tujuan utama memberikan keterampilan pada klien untuk mencegah *relapse* seutuhnya dan dapat terlepas dari situasi atau faktor resiko yang dapat memicu *relapse* di masa yang akan datang. Tidak hanya tujuan utama, RPT juga memiliki dua tujuan spesifik yaitu mencegah penggunaan awal dan menjaga klien pada tahap *abstinence* atau sebagai tujuan dari pengurangan dampak buruk (*harm reduction*) dan memberikan pengelolaan jika terjadi *lapse* dan mencegah terjadinya lanjutan *lapse* ke arah *relapse* sepenuhnya.

Dalam literatur konseling dan psikoterapi, program RPT ditempatkan sebagai salah satu teknik atau strategi bantuan dari pendekatan terapi perilaku. Sebagai suatu strategi terapi, RPT digunakan atau direkomendasikan untuk

mengurangi dan menghilangkan gangguan kecemasan dan meningkatkan kemampuan (kompetensi) interpersonal individu. Teknik ini dapat digunakan untuk kelompok maupun individu. Padamulanya, RPT merupakan suatu intervensi yang fundamental yang dikembangkan dari aplikasi klinis dan nonklinis dengan berbagai sindrom, usia dan populasi. Sejak kelahirannya sebagai aplikasi klinis teori *conditioning* Pavlov untuk gangguan *neurotic*, ruang lingkup, rasional, dan prosedurnya telah berkembang jauh melebihi dasar teoretis (Nursalim, 2013).

Kecemasan erat hubungannya dengan kondisi pola pikir seseorang, dan pola pikir merupakan proses sentral untuk menghubungkan peristiwa-peristiwa di luar (eksternal) dan di dalam (internal) melalui persepsi diri individu. Boeree (2006). Menurut pemikiran Burns (2004) bahwa reaksi emosional tidak menyenangkan yang dialami individu dapat digunakan sebagai tanda bahwa apa yang dipikirkan mengenai dirinya sendiri mungkin tidak rasional, untuk selanjutnya individu belajar membangun pikiran yang objektif dan rasional terhadap peristiwa yang dialami.

1. Nama Teknologi

Pengembangan Model *Cognitive Behaviour Therapy* dengan *Relapse Prevention Training* Terhadap Kecemasan Penyalahguna NAPZA.

2. Tujuan

Tujuan dari model pengembangan terapi *Cognitive Behaviour Therapy* dengan *Relapse Prevention Training* adalah mengurangi kecemasan penyalahguna NAPZA khususnya subyek penelitian yaitu klien AR yang merupakan klien di Yayasan Graha Prima Karya Sejahtera Kabupaten Bandung.

3. Sasaran

Sasaran dari model pengembangan terapi *Cognitive Behaviour Therapy* dengan *Relapse Prevention Training* adalah penyalahguna NAPZA yang memiliki permasalahan kecemasan. Pada penelitian ini yang menjadi sasaran dari model pengembangan terapi *Cognitive Behaviour Therapy* dengan *Relapse Prevention Training* adalah AR.

4. Penerapan *Cognitive Behaviour Therapy* Terhadap Kecemasan Penyalahguna NAPZA

Berdasarkan hasil asesmen peneliti, diketahui bahwa kecemasan yang dirasakan penyalahguna NAPZA meliputi perasaan gelisah, kesulitan tidur, terbangun malam hari, tidur tidak nyenyak, dan sering terbangun dini hari. Dalam penelitian ini, peneliti menerapkan *Cognitive Behaviour Therapy* yang terbagi dalam 5 sesi sebagai berikut:

Tabel 5.1 Tahapan Implementasi *Cognitive Behaviour Therapy*

No.	Tahapan	Waktu
1	Asesmen	Sesi 1
2	Mencari emosi negatif, pikiran otomatis dan berhubungan dengan gangguan	Sesi 2
3	Menyusun Rencana Intervensi	Sesi 3
4	Fokus terapi perubahan <i>core belief</i> , intervensi tingkah laku	Sesi 4
5	Pencegahan <i>relapse</i>	Sesi 5

Adapun sesi pertama adalah asesmen dan pengkajian yang bertujuan untuk mengetahui identitas klien AR, menggali perasaan-perasaan dan pikiran-pikiran terdalam klien mengenai kecemasan yang mencakup merasa gelisah, kesulitan tidur, terbangun malam hari, tidur tidak nyenyak, dan sering terbangun dini hari dan riwayat penggunaan NAPZA. Pada sesi pertama peneliti menjelaskan tujuan dan

prosedur terapi serta membuat komitmen bersama klien, memberikan pengetahuan dasar mengenai kecemasan, dan memberikan dukungan dan semangat untuk melakukan perubahan.

Sesi kedua adalah mencari emosi negatif, pikiran otomatis, dan keyakinan utama yang berhubungan dengan gangguan kecemasan yang bertujuan untuk mencari akar permasalahan kecemasan yang dirasakan klien yang mencakup merasa gelisah, kesulitan tidur, terbangun malam hari, tidur tidak nyenyak, dan sering terbangun dini hari. Peneliti membantu membantu klien untuk mengidentifikasi pemikiran irasional dan pemikiran negatifnya yang menyebabkan kecemasan yang mencakup merasa gelisah, kesulitan tidur, terbangun malam hari, tidur tidak nyenyak, dan sering terbangun dini hari. Peneliti bersama klien menyepakati untuk membuat komitmen dalam melakukan modifikasi secara menyeluruh terhadap pemikiran irasional terkait perasaan gelisah, kesulitan tidur, terbangun malam hari, tidur tidak nyenyak, dan sering terbangun dini hari menjadi pemikiran yang rasional atau positif.

Sesi ketiga adalah menyusun rencana intervensi terhadap kecemasan yang dirasakan yang mencakup merasa gelisah, kesulitan tidur, terbangun malam hari, tidur tidak nyenyak, dan sering terbangun dini hari. Sesi keempat adalah formulasi status, fokus terapi, intervensi tingkah laku untuk mengetahui kemajuan dan perkembangan terapi CBT. Peneliti mengajak klien untuk merubah pemikiran negatif dan melakukan konfrontasi sehingga klien dapat berpikir positif dan rasional.

Sesi kelima adalah pencegahan *relapse* yang bertujuan untuk mencegah kekambuhan kecemasan. Pada sesi ini klien sudah memiliki pengetahuan dan pengalaman tentang cognitive behaviour therapy sehingga dapat mencegah jika suatu saat kecemasan tersebut kembali dirasakan klien. Peneliti memberikan dukungan kepada klien terhadap perubahan dan perkembangan yang telah dibuat terkait kecemasan yang dirasakan yang mencakup merasa gelisah, kesulitan tidur, terbangun malam hari, tidur tidak nyenyak, dan sering terbangun dini hari.

5. Penerapan *Relapse Prevention Training* Terhadap Kecemasan Penyalahguna NAPZA

Setelah selesai terapi CBT, maka dilanjutkan dengan terapi kedua yaitu *Relapse Prevention Training* yang terbagi dalam 4 sesi sebagai berikut:

Tabel 5.2 Tahapan Implementasi *Relapse Prevention Training*

No.	Tahapan	Waktu
1.	Pengkajian	Sesi 6
2.	Teknik Meningkatkan Kesadaran Diri	Sesi 7
3.	Manajemen Tanda Sinyal Pengirangan Kekambuhan	Sesi 8
4.	Evaluasi	Sesi 9

Adapun sesi pertama adalah pengkajian. Hal ini sudah dimulai dari CBT sesi 1, maka pada sesi ini peneliti mengkaji yang belum sempat terkaji pada CBT sesi 1. Sesi kedua RPT adalah teknik meningkatkan kesadaran diri, dimana klien mengidentifikasi perubahan pola pikir, perasaan, sikap, dan tingkah laku mengenai kecemasan yang dirasakan yang mencakup perasaan gelisah, kesulitan tidur, terbangun malam hari, tidur tidak nyenyak, dan sering terbangun dini hari.

Sesi ketiga RPT adalah manajemen tanda sinyal peringatan kekambuhan, pada sesi ini klien diminta untuk mengidentifikasi dan melakukan latihan cara

mengatasi kecemasan yang dirasakan yang mencakup perasaan gelisah, kesulitan tidur, terbangun malam hari, tidur tidak nyenyak, dan sering terbangun dini hari agar tidak terjadinya kekambuhan.

Sesi keempat adalah evaluasi, pada sesi ini klien dapat mampu membuat tujuan jangka panjang maupun jangka pendek dan mampu menyampaikan perasaan serta manfaat setelah dilakukannya terapi kepada pekerja sosial dan keluarga klien. Pada sesi ini peneliti kembali mengukur kecemasan yang mencakup merasa gelisah, kesulitan tidur, terbangun malam hari, tidur tidak nyenyak, dan sering terbangun dini hari dan melakukan observasi kembali kepada klien.

Berdasarkan uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa rekayasa teknologi *cognitive behaviour therapy* dapat dilakukan dengan optimal dengan menambahkan terapi *Relapse Prevention Training* dalam mengatasi kecemasan terhadap penyalahguna NAPZA yang mencakup merasa gelisah, kesulitan tidur, terbangun malam hari, tidur tidak nyenyak, dan sering terbangun dini hari. Hasil tersebut dapat terlihat bahwa adanya penurunan kecemasan yang dirasakan oleh penyalahguna NAPZA yang mencakup perasaan gelisah, kesulitan tidur, terbangun malam hari, tidur tidak nyenyak dan sering terbangun dini hari.

6. Indikator Keberhasilan

- 1) Berkurangnya perasaan gelisah AR
- 2) Berkurangnya kesulitan tidur AR
- 3) Berkurangnya terbangun malam hari AR
- 4) Berkurangnya tidur tidak nyenyak AR
- 5) Berkurangnya terbangun dini hari AR

7. Analisis Kelayakan Model

Berdasarkan analisis yang telah dijelaskan desain terapi psikososial *Cognitive Behaviour Therapy* dengan *Relapse Prevention Training*, dengan rekayasa teknologi tersebut maka diperlukan analisis yang baik agar tujuan yang diharapkan dapat tercapai, analisis yang dilakukan praktikan salah satunya menggunakan *SWOT*. Berikut adalah Tabel *SWOT* tentang Rekayasa Teknologi *Cognitive Behaviour Therapy* dengan *Relapse Prevention Training*. Berikut adalah uraian mengenai analisis *SWOT* pada Rekayasa Teknologi Terapi *Cognitive Behaviour Therapy* dengan *Relapse Prevention Training*:

1. *Strength* (Kekuatan)

- 1) Adanya dukungan dari Yayasan Graha Prima Karya Sejahtera
- 2) Tersedianya sarana dan prasarana yang mendukung
- 3) Adanya SDM yang berkompeten di Yayasan Graha Prima Karya Sejahtera

2. *Weakness* (Kelemahan)

- 1) Memerlukan banyak waktu untuk menyiapkan tempat dalam pelaksanaan *Cognitive Behaviour Therapy* dengan *Relapse Prevention Training*
- 2) Pelaksanaan *Cognitive Behaviour Therapy* dengan *Relapse Prevention Training* hanya dapat dilakukan terhadap penyalahguna NAPZA dengan usia minimal 24 tahun.

3. *Opportunities* (Peluang)

- 1) Adanya pekerja sosial yang dapat membantu pelaksanaan *Cognitive Behaviour Therapy* dengan *Relapse Prevention Training*

- 2) Terdapatnya sarana dan prasarana yang menunjang pelaksanaan *Cognitive Behaviour Therapy* dengan *Relapse Prevention Training*

4. *Threats* (Ancaman)

- 1) Ketidakberlanjutan pelaksanaan *Cognitive Behaviour Therapy* dengan *Relapse Prevention Training* dikarenakan bukan kegiatan yang terjadwal
- 2) Rekayasa teknologi ini perlu diteliti dan dilakukan pengujian serta pengembangan yang lebih baik dalam implementasinya

Tabel 5.1 Analisis SWOT pada Rekayasa Teknologi Terapi *Cognitive Behaviour Therapy* dengan *Relapse Prevention Training*

Internal	<i>Strengths (S)</i>	<i>Weakness (W)</i>
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya dukungan Kepala Yayasan Graha Prima Karya Sejahtera 2. Tersedianya sarana dan prasarana yang mendukung 3. Adanya SDM yang berkompeten di Yayasan Graha Prima Karya Sejahtera 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memerlukan banyak waktu untuk menyiapkan tempat dalam pelaksanaan <i>Cognitive Behaviour Therapy</i> dengan <i>Relapse Prevention Training</i>. 2. Pelaksanaan <i>Cognitive Behaviour Therapy</i> Dengan <i>Relapse Prevention Training</i> hanya dapat dilakukan terhadap penyalahguna NAPZA dengan usia minimal 24 tahun
Eksternal	<i>SO Strategy</i>	<i>ST Strategy</i>
<i>Opportunities (O)</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya pekerja sosial yang dapat membantu melancarkan pelaksanaan <i>Cognitive Behaviour Therapy</i> Dengan <i>Relapse Prevention Training</i>. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uji implementasi teknik <i>Cognitive Behaviour Therapy</i> dengan <i>Relapse Prevention Training</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelibatan dan pemberian pemahaman kepada pekerja sosial dalam pelaksanaan teknik <i>Cognitive Behaviour Therapy</i> dengan <i>Relapse Prevention Training</i>

<p>2. Terdapat sarana dan prasarana dalam menunjang pelaksanaan <i>Cognitive Behaviour Therapy</i> Dengan <i>Relapse Prevention Training</i>.</p>		
<p><i>Threats (T)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketidakberlanjutan pelaksanaan <i>Cognitive Behaviour Therapy</i> dengan <i>Relapse Prevention Training</i> dikarenakan bukan kegiatan yang terjadwal. 2. Terapi ini perlu diteliti dan dilakukan pengujian serta pengembangan yang lebih baik dalam implementasinya. 	<p><i>S-T Strategy</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melaksanakan penggunaan teknik <i>Behaviour Therapy</i> dengan <i>Relapse Prevention Training</i> secara terjadwal kepada klien yang memiliki permasalahan kecemasan. 2. Mempersiapkan tempat yang tenang dan nyaman pada pelaksanaan teknik <i>Behaviour Therapy</i> dengan <i>Relapse Prevention Training</i> 	<p><i>W-T Strategy</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Memberikan teknik Behaviour Therapy</i> dengan <i>Relapse Prevention Training</i> kepada klien dengan permasalahan serupa.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini merupakan bagian akhir dari keseluruhan penulisan penelitian yang dilaksanakan. Peneliti membahas mengenai kesimpulan dari keseluruhan rangkaian kegiatan penelitian dan menyusun beberapa saran yang ditujukan kepada pihak-pihak terkait agar penelitian yang dilakukan mencapai tahap kesempurnaan.

6.1. Kesimpulan

Penelitian tentang implementasi *Cognitive Behavior Therapy* dan *Relapse Prevention Training* terhadap kecemasan penyalahguna NAPZA merupakan jenis penelitian eksperimen dengan pendekatan penelitian subjek tunggal atau *single subject design* (SSD). *Single subject design* merupakan pendekatan penelitian yang bersumber dari pendekatan terhadap studi perilaku. Pada penelitian ini digunakan jenis *reversal* desain A-B-A. Subyek pada penelitian ini adalah satu orang klien Yayasan Graha Prima Karya Sejahtera, berusia 24 tahun, sudah menjalani rehabilitasi selama 6 bulan, dan mengalami kecemasan mencakup merasa gelisah, kesulitan tidur, terbangun malam hari, tidur tidak nyenyak, dan sering terbangun dini hari.

Peneliti melakukan pengukuran kepada subyek menggunakan instrument pengukuran kecemasan *HARS*, kemudian diperoleh skor kecemasan 17 yang menunjukkan bahwa kecemasan subyek termasuk kategori kecemasan tinggi. Adapun intervensi yang dilakukan oleh peneliti adalah dengan mengimplementasikan *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Relapse Prevention Training* terhadap penanganan permasalahan kecemasan. Berdasarkan tahapan

CBT, peneliti melakukan 5 proses tahapan CBT seperti asesmen, Mencari emosi negatif, pikiran otomatis dan berhubungan dengan gangguan, menyusun rencana intervensi, menata ulang emosi, pola pikir, dan keyakinan yang salah dan intervensi tingkah laku serta pencegahan. Adapun peneliti melakukan 4 proses tahapan RPT yaitu pengkajian, teknik meningkatkan kesadaran diri, manajemen tanda sinyal peringatan kekambuhan, dan evaluasi. Adapun peneliti kembali melakukan pengukuran kecemasan pasca intervensi, subyek penelitian memperoleh skor kecemasan 10, hal tersebut menunjukkan adanya penurunan kecemasan pasca intervensi.

Penelitian ini kemudian menghasilkan temuan yang mampu menjawab rumusan masalah yang telah disusun. Berdasarkan hasil pengukuran kecemasan menggunakan instrument kecemasan *Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)* diketahui bahwa skor kecemasan AR termasuk pada kategori kecemasan tinggi. Peneliti melakukan observasi fase *baseline A1* pada perilaku kecemasan AR yang mencakup merasa gelisah, kesulitan tidur, terbangun malam hari, tidur tidak nyenyak, dan sering terbangun dini hari menggunakan skenario observasi untuk selanjutnya mengimplementasikan intervensi pada fase *baseline B1 Cognitive Behavior Therapy* dengan *Relapse Prevention Training* dan mengukur dan melakukan observasi kembali pada fase *baseline A2* menggunakan skenario observasi. Kemudian, dilihat dari hasil pengukuran menggunakan instrument observasi, terjadi penurunan kecemasan yang mencakup merasa gelisah, kesulitan tidur, terbangun malam hari, tidur tidak nyenyak, dan sering terbangun dini hari

terhadap penyalahguna NAPZA. Selanjutnya, terdapat hipotesis yang diujikan dalam penelitian ini yaitu:

1. Tidak ada pengaruh implementasi terapi *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Relapse Prevention Training* terhadap kecemasan penyalahguna NAPZA di Yayasan Graha Prima Karya Sejahtera.
2. Ada pengaruh implementasi terapi *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Relapse Prevention Training* terhadap kecemasan penyalahguna NAPZA di Yayasan Graha Prima Karya Sejahtera.

Berdasarkan hasil analisis data penelitian tersebut terlihat adanya penurunan kecemasan pada subyek. Maka, dapat disimpulkan bahwa hipotesis penelitian ini adalah ada pengaruh *Cognitive Behaviour Therapy* dengan *Relapse Prevention Training* terhadap kecemasan penyalahguna NAPZA. Hal ini didukung oleh penurunan kecemasan yang dapat dilihat dari kecenderungan arah grafik yang menurun pada setiap perilaku sasaran yaitu merasa gelisah, kesulitan tidur, terbangun malam hari, tidur tidak nyenyak, dan sering terbangun dini hari. Adapun perubahan tersebut didukung oleh analisis dalam kondisi dan antar kondisi yang telah digambarkan menjelaskan bahwa adanya pengaruh dari hasil intervensi atau implementasi yang dilakukan kepada subyek.

6.2. Saran

Peneliti menyadari bahwa uji coba teknologi masih memiliki keterbatasan, oleh karena itu ada beberapa saran yang perlu disampaikan oleh peneliti. Saran berikut dapat menjadi dasar pengembangan atau perbaikan yang dapat diteliti oleh peneliti berikutnya.

6.2.1 Saran Guna Laksana

1. Untuk mengatasi kecemasan terhadap penyalahguna NAPZA diperlukan adanya dukungan dan motivasi dari pekerja sosial. oleh sebab itu disarankan agar pekerja sosial selalu memberikan pengawasan, serta memfasilitasi agar klien dapat mengungkapkan perasaannya secara jujur dan leluasa
2. Pekerja sosial yang akan mengimplementasikan *Cognitive Behavior Therapy* dengan *Relapse Prevention Training* perlu memahami model pengembangan yang akan diberikan

6.2.2 Saran Penelitian Lanjutan

1. *Cognitive Behavior Therapy* dengan *Relapse Prevention Training* ini belum pernah diuji pada lingkup yang lebih luas, oleh karena itu saran penelitian selanjutnya adalah dapat meneliti teknologi ini pada lingkup yang lebih luas melalui kelompok kontrol.
2. Teknologi ini dapat dikembangkan lagi dengan melihat permasalahan dan hasil asesmen penyalahguna NAPZA dengan permasalahan sama namun berdasarkan pendekatan lain selain pendekatan kognitif dan perilaku apabila penyalahguna NAPZA mengalami permasalahan lain selain kecemasan.

DAFTAR PUSTAKA

- Adi Fahrudin. (2012). *Pengantar Kesejahteraan Sosial*. Bandung: PT. Refika Aditama.
- Badan Narkotika Nasional Republik Indonesia. 2007. *Pencegahan Penyalahgunaan Narkoba Sejak Usia Dini*. Jakarta: Badan Narkotika Nasional.
- Bennett, G.. Routledge:British (2016) : *Management of Drug Treatment and Rehabilitation Programmes in Asia. Colombo Plan: The British Journal Of Psychiatry*
- Beck, Aaron T., Wright, Fred D., etc. 1993. *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. Journal New York : The Guilford Press 176 (7)
- Charles Zastrow, (2015). *Social Work With Groups: A Comprehensive Worktext. Ninth Edition*. Cengage Learning. USA
- Connors, G. J., & Maisto, S. A. 2006. *Relapse in the addictive behaviors*. Clinical Psychology Review, 26, 107– 108.
- Carrol, Kathleen.M.: Ball, Samuel. A: Martino, Steve : Nich, Chairia (2012) *Computer Based Delivery Of Cognitive Behavior Therapy for Addiction : Recomized Trial of CBT4CBT*.
- Corey, Gerald. 2010. *Teori dan Praktek Konseling & Psikoterapi*. Bandung: PT. Refika Aditama.
- Dede Rahmat Hidayat. 2011. *Psikologi Kepribadian Dalam Konseling*. Bogor: Ghalia Indonesia.
- Erford, T. Bradley. (2015). *40 Teknik Yang Harus Diketahui Setiap Konselor*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Gantina Komalasari, dkk. 2011. *Teori dan Teknik Konseling*. Jakarta: PT. Indeks
- Girsang, M. R.(2009). *Cognitive Behaviot Treatment With Adult Alcohol And Illocit Drug Users*. Journal Psikology University California. 70 : 516 – 527
- Juliana Lisa,. & Nengah Sutrisna. 2013. *Narkotika, Psikotropika Dan Gangguan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Marbun, Jumayar. 2017. *Pekerjaan Sosial dengan NAPZA/Narkoba*. Bandung: STKS PRESS
- Martin, Garry. Joseph Pear. 2015. *Modifikasi Perilaku*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Marlatt, G Alan And Donovan, Dennis M. 2005. *Relapse Prevention Training: Maintenance Strategies in the treatment of Addictive Behaviour*, Second Edition. New York: The Guildford Publication.

Nasution, Zulkarnain, 2007. *Menyelamatkan keluarga Indonesia dari bahaya Narkoba*. Bandung ; Gitapusaka media bekerjasama dengan pusat informasi masyarakat anti narkoba sumatera utara(Pimansu) dan GAN.

Nurmiati. (2008). *Gangguan Kepribadian Amban: Diagnosis dan Tata Laksana Komprehensif*. Jakarta: Badan Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

Sofiyah. (2009). *Mengenal NAPZA dan Bahayanya*. Be Champion: Jakarta
Sheafor, W. Bradford., Horejsi, R. Charles. 2003. *Techniques and Guidelines for Social Work Practice*. Sixth Edition. USA: Peason Education.

Sumber lainnya:

Undang-Undang Nomor 5 Tahun 1997 tentang Psicotropika

Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika

Undang-Undang Nomor 9 Tahun 1997 tentang Psicotropika

Peraturan Menteri Sosial No.8 Tahun 2012 tentang Pedoman Pendataan dan pengelolaan data penyandang masalah kesejahteraan sosial (PMKS) dan potensi sumber kesejahteraan sosial (PSKS)

Nurul Qalbi, Arlin Adam, Reza Aril Ahiril. 2022. Pengaruh *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT) terhadap *Self-Esteem* Pengguna Methamphetamin.

Pani Syapitri. 2022. Penerapan *Cognitive Behaviour Therapy* Dalam Merehabilitasi Kecanduan Narkoba Pada Remaja di ABISEKA Pekanbaru

Sutya Dewi, Nurjannah. 2022. Pendekatan *Cognitive Behaviour Therapy* Dalam Upaya Pemulihan Eks Penyalahguna Narkotika.

LAMPIRAN

INSTRUMEN PENELITIAN

**IMPLEMENTASI COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY DAN
RELAPSE PREVENTION TRAINING TERHADAP
KECEMASAN PENYALAHGUNA NAPZA
DI YAYASAN GRAHA PRIMA KARYA
SEJAHTERAKABUPATEN BANDUNG**

PENGANTAR

Dengan Hormat

Saya Raden Aryan Nugroho, NRP.21.01.017 dalam rangka melengkapi data yang diperlukan untuk memenuhi tugas akhir, bersama ini peneliti menyampaikan kuesioner penelitian mengenai **Implementasi *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Relapse Prevention Training* Terhadap Kecemasan Penyalahguna NAPZA di Yayasan Graha Karya Prima Karya Sejahtera Kecamatan Cileunyi Kabupaten Bandung**. Hasil dari kuesioner akan digunakan sebagai bahan penyusunan tugas akhir pada program Magister Pekerjaan Sosial Politeknik Kesejahteraan Sosial Bandung.

Peneliti berharap kesediaan saudara/saudari untuk membantu penelitian ini dengan mengisi secara lengkap kuesioner yang terlampir, kuesioner ini hanya dibuat untuk penelitian. Peneliti mengharapkan kejujuran dan bantuan dalam menjawab setiap pertanyaan yang terdapat dalam kuesioner ini.

Jawaban saudara/saudari tidak dinilai salah ataupun benar, pilihlah jawaban yang sesuai dan menggambarkan keadaan diri saudara/saudari. Semua informasi yang diberikan dalam penelitian ini dijamin kerahasiaan dan keasliannya dan hanya akan dipakai untuk keperluan penelitian ini saja. Atas perhatian dan kerjasama yang telah diberikan, saya ucapkan terimakasih.

Mei 2023

Peneliti

SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN

(INFORMED CONSENT)

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : AR

Usia : 24 Tahun

Alamat : Jl. Pasir Pari 02/11 Kel.Cimekar Kec. Cilyeuni Kab. Bandung

Pekerjaan : Buruh

Dengan sesungguhnya menyatakan bahwa:

Menyatakan kesediaan untuk menjadi responden penelitian : “Implementasi *Cognitive Behaviour Therapy* dan *Relapse Prevention Training* Terhadap Kecemasan Penyalahguna NAPZA di Yayasan Graha Karya Prima Karya Sejahtera Kecamatan Cileunyi Kabupaten Bandung”. Saya berharap bahwa isi jawaban dari alat ukur yang disediakan akan dirahasiakan dan tidak disebarluaskan.

Demikian surat pernyataan ini yang dibuat dengan sesungguhnya dan tanpa paksaan.

Bandung, 11 Mei 2023

Mengetahui,

Peneliti

Peserta Penelitian

(Raden Aryan Nugroho)

(Alfian Ramadhan)

INSTRUMEN PENELITIAN TARGET BEHAVIOR

Nama Subjek (Inisial): AR

Pengamat : Keluarga Subyek

Perilaku Sasaran : Kesulitan Tidur

Fase : Baseline 1

Sesi	Tanggal	Waktu Mulai-Berhenti	Tally Terjadinya Perilaku Sasaran	Total Kejadian
1	15 Mei 2023	22.00- 05.00	1	1
2	16 Mei 2023	22.00- 05.00	1	1
3	17 Mei 2023	22.00- 05.00	1	1
4	18 Mei 2023	22.00- 05.00	1	1
5	19 Mei 2023	22.00- 05.00	1	1

Keterangan:

Kriteria Pencapaian Perilaku Sasaran:

1. Rentang Stabilitas

Skor tertinggi x Kriteria Stabilitas = Rentang Stabilitas

2. Mean

Data Tally : Jumlah Sesi

3. Batas Atas

Mean – Rentang Stabilitas

4. Batas Bawah

Mean – Rentang Stabilitas

5. Persen Stabilitas

Perhitungan Tally batas atas + batas bawah : sesi

INSTRUMEN PENELITIAN TARGET BEHAVIOR

Nama Subjek (Inisial): AR

Pengamat : Keluarga Subyek

Perilaku Sasaran : Perasaan Gelisah

Fase : Baseline 1

Sesi	Tanggal	Waktu Start-Stop	Terjadinya Perilaku Sasaran	Total Kejadian
1	15 Mei 2023	06.00- 22.00	3	3
2	16 Mei 2023	06.00- 22.00	3	3
3	17 Mei 2023	06.00- 22.00	2	2
4	18 Mei 2023	06.00- 22.00	2	2
5	19 Mei 2023	06.00- 22.00	1	1

Keterangan:

Kriteria Pencapaian Perilaku Sasaran:

1. Rentang Stabilitas

Skor tertinggi x Kriteria Stabilitas = Rentang Stabilitas

2. Mean

Data Tally : Jumlah Sesi

3. Batas Atas

Mean – Rentang Stabilitas

4. Batas Bawah

Mean – Rentang Stabilitas

5. Persen Stabilitas

Perhitungan Tally batas atas + batas bawah : sesi

HAMILTON ANXIETY RATING SCALE (HARS)

Inisial Responden	: AR	
Usia	: 24 Tahun	
Tanggal Pemeriksaan	: 11 Mei 2023	
Alamat	: Jl. Pasir Pari 02/11 Kel.Cimekar Kec. Cilyeuni Kab. Bandung	
Pengamat	: Peneliti	
Keterangan Skor	: 0 = tidak ada 1 = ringan 2 = sedang 3 = berat 4 = berat sekali	
Total Skor	: kurang dari 14 14-20 21-27 28- 41 42- 56	= tidak ada kecemasan = kecemasan ringan = kecemasan sedang = kecemasan berat = kecemasan berat sekali

Berilah tanda checklis (√) pada kolom skor sesuai dengan jawaban yang anda berikan!

No.	Pertanyaan	Skor					Total Skor
		0	1	2	3	4	
1	Perasaan Cemas						1
	Merasa khawatir		1				
	Firasat buruk						
	Takut Akan Pikiran Sendiri						
	Lekas Marah atau Mudah Tersinggung						
2	Ketegangan						5
	Merasa Tegang		1				
	Merasa Lesu/lelah		1				
	Mudah Terkejut						
	Mudah Menangis/meneteskan air mata						
	Merasa Gemetar		1				
	Merasa Gelisah			2			
Tidak mampu untuk bersantai							
3	Ketakutan						2
	Pada Gelap						
	Pada Orang Asing		1				
	Ditinggal Sendiri						
	Pada Hewan/Binatang besar						
	Pada Keramaian Lalu Lintas						
Pada Kerumunan Banyak Orang		1					
4	Gangguan Tidur						13
	Kesulitan Tidur					4	
	Terbangun Malam Hari					4	
	Tidak Nyenyak					4	
	Merasa Lelah Saat Bangun		1				
	Banyak Mengalami Mimpi-mimpi						
	Mimpi Buruk						
Mimpi Menakutkan							
5	Gangguan Kecerdasan (Intelektual)						2
	Sulit Berkonsentrasi		1				
	Daya Ingat Buruk/Sulit Mengingat		1				
6	Perasaan Depresi						5
	Hilangnya Minat		1				
	Berkurangnya Kesenangan Pada Hobi						
	Perasaan Sedih		1				
	Sering terbangun Dini Hari				3		
Perasaan Berubah-ubah Sepanjang Hari							
7	Gejala Somatik (Sensorik)						0
	Sakit dan Nyeri di Otot-otot						

	Otot terasa Kaku							
	Kedutan Otot							
	Gigi Gemerutuk							
	Suara Tidak Stabil							
	Tonus Otot Meningkatkan							
8	Gejala Somatik (Sensorik)							
	Telinga Terasa berdering							0
	Penglihatan Kabur							
	Muka Merah							
	Merasa Lemah							
	Sensasi ditusuk-tusuk							
9	Gejala Kardiovaskuler							
	Takhikardia							1
	Berdebar		1					
	Nyeri di Dada							
	Denyut Nadi Mengeras/Meningkat							
	Perasaan Lesu/Lemas Seperti akan Pingsan							
	Detak Jantung Berhenti Sekejap							
10	Gejala Pernapasan							
	Merasa Tertekan/Sempit di Dada							0
	Perasaan Tercekik							
	Sering Menarik Napas							
	Napas Pendek/Sesak							
11	Gejala Gastrointestinal							
	Sulit Menelan							1
	Nyeri Perut/Perut Melilit							
	Perut terasa Kembung							
	Perasaan Terbakar di Perut							
	Perut terasa Penuh							
	Mual							
	Muntah							
	Buang Air Besar Lembek							
	Kehilangan Berat Badan		1					
	Sukar Buang Air Besar (Konstipasi)							
12	Gejala Urogenital							
	Sering Buang Air Kecil							0
	Tidak Dapat Menahan Air Seni							
	Tidak datang Bulan							
	Darah Haid berlebihan							
	Menjadi Dingin/gairah sex menurun							
	Ejakulasi Dini							
	Kehilangan Libido							
	Impotensi							
13	Gejala Otonom							

	Mulut kering						3
	Muka kemerahan						
	Muka pucat						
	Sering berkeringat		1				
	Merasa pusing		1				
	Kepala terasa berat		1				
	Bulu-bulu berdiri						
14	Tingkah Laku Pada Wawancara						
	Gelisah			2			3
	Tidak Tenang						
	Jari Gemetar		1				
	Kerut Kening						
	Muka Tegang						
	Napas Pendek dan Cepat						
	Muka Memerah						
Total Skor							36

**IMPLEMENTASI COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY DAN
RELAPSE PREVENTION TRAINING TERHADAP
KECEMASAN PENYALAHGUNA NAPZA
DI YAYASAN GRAHA PRIMA
KARYA SEJAHTERA**

PETUNJUK PENGISIAN INSTRUMEN

Saudara diminta kesediannya untuk melakukan penilaian terhadap klien AR, sebelum saudara mengisi instrument ini dimohon untuk membaca petunjuk pengisian terlebih dahulu dengan seksama.

Petunjuk Pengisian Kuisisioner:

1. Isilah semua item dengan jujur sesuai dengan keadaan yang sebenarnya
2. Isilah instrument ini dengan memberikan tanda centang (√) pada kolom jawaban yang tersedia
3. Pilihan jawaban yang tersedia pada intrumen berupa *rating scale* dengan arti:

Selalu (SL) = Diberi skor 4

Sering (SR) = Diberi skor 3

Kadang-kadang (KD) = Diberi skor 2

Tidak Pernah (TP) = Diberi skor 1

Contoh Pengisian Instrumen

No.	Item yang Diukur	Skor				Total Skor
		SL	SR	KD	TP	
A	Ketegangan					
1	Merasa Gelisah	√				

SEBELUM

INSTRUMEN PENELITIAN
KLIEN AR PENYALAHGUNA NAPZA DI YAYASAN GRAHA PRIMA
KARYA SEJAHTERA KABUPATEN BANDUNG

Nama Subyek (inisial) :
 Usia :
 Fase : Baseline 1 – Intervensi – Baseline 2 (Lingkari)

No.	Item yang Diukur	Skor				Total Skor
		SL	SR	KD	TP	
A	Ketegangan					
1	Merasa Gelisah					
B	Gangguan Tidur					
2	Kesulitan Tidur					
3	Terbangun Malam Hari					
4	Tidak Nyenyak					
C	Perasaan Depresi					
5	Sering Tebangun Dini Hari					

Keterangan:

Selalu : SL Skor 4

Serinh : SR Skor 3

KD : Kadang-Kadand Skor 2

TP : Tidak Pernah Skor 1

INSTRUMEN PENELITIAN

IMPLEMENTASI COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY DAN RELAPSE PREVENTION TRAINING TERHADAP KECEMASAN PENYALAHGUNA NAPZA DI YAYASAN GRAHA PRIMA KARYA SEJAHTERA

PETUNJUK PENGISIAN INSTRUMEN

Saudara diminta kesediannya untuk melakukan penilaian terhadap klien AR, sebelum saudara mengisi instrument ini dimohon untuk membaca petunjuk pengisian terlebih dahulu dengan seksama.

Petunjuk Pengisian Kuisioner:

4. Isilah semua item dengan jujur sesuai dengan keadaan yang sebenarnya
5. Isilah instrument ini dengan memberikan tanda centang (✓) pada kolom jawaban yang tersedia
6. Pilihan jawaban yang tersedia pada intrumen berupa *rating scale* dengan arti:

Selalu (SL) = Diberi skor 4

Sering (SR) = Diberi skor 3

Kadang-kadang (KD) = Diberi skor 2

Tidak Pernah (TP) = Diberi skor 1

Contoh Pengisian Instrumen

No.	Item yang Diukur	Skor				Total Skor
		SL	SR	KD	TP	
A	Ketegangan					
1	Merasa Gelisah	✓				

SESUDAH

INSTRUMEN PENELITIAN
KLIEN AR PENYALAHGUNA NAPZA DI YAYASAN GRAHA PRIMA
KARYA SEJAHTERA KABUPATEN BANDUNG

Nama Subyek (inisial) :
 Usia :
 Fase : Baseline 1 – Intervensi – Baseline 2 (Lingkari)

No.	Item yang Diukur	Skor				Total Skor
		SL	SR	KD	TP	
A	Ketegangan					
1	Merasa Gelisah					
B	Gangguan Tidur					
2	Kesulitan Tidur					
3	Terbangun Malam Hari					
4	Tidak Nyenyak					
C	Perasaan Depresi					
5	Sering Tebangun Dini Hari					

Keterangan:

Selalu : SL Skor 4

Serinh : SR Skor 3

KD : Kadang-Kadand Skor 2

TP : Tidak Pernah Skor 1

SKENARIO OBSERVASI
KLIEN AR PENYALAHGUNA NAPZA
DI YAYASAN GRAHA PRIMA KARYA SEJAHTERA
KABUPATEN BANDUNG

Nama Subjek (inisial) : AR

Usia : 24 Tahun

Perilaku Sasaran :

Fase : ~~Baseline 1~~ – Intervensi – Baseline 2

Sesi	Hari/ Tanggal	Waktu	Perilaku	Skor	Tota l Skor	
1	Selasa/ 13/06/23	07.00 -09.00	A. Ketegangan		18	
			1. Merasa Gelisah	4		
			B. Gangguan Tidur			
			2. Kesulitan Tidur	3		
			3. Terbangun Malam Hari	3		
		4. Tidur Tidak Nyenyak	4			
		C. Perasaan Depresi				
		5. Sering terbangun dini hari	4			
		20.00-22.00	A. Ketegangan			18
			1. Mersa Gelisah	3		
B. Gangguan Tidur						
2. Kesulitan Tidur	4					
3. Terbangun Malam Hari	4					
4. Tidur Tidak Nyenyak	4					
C. Perasaan Depresi						
5. Sering terbangun dini hari	3					
2	Kamis/ 15/06/23	07.00 -09.00	A. Ketegangan		17	
			1. Merasa Gelisah	3		
			B. Gangguan Tidur			
2. Kesulitan Tidur	4					

			3. Terbangun Malam Hari	3	
			4. Tidur Tidak Nyenyak	3	
			C. Perasaan Depresi		
			5. Sering terbangun dini hari	4	
		20.00-22.00	A. Ketegangan		19
			1. Mersa Gelisah	3	
			B. Gangguan Tidur		
			2. Kesulitan Tidur	4	
			3. Terbangun Malam Hari	4	
			4. Tidur Tidak Nyenyak	4	
			C. Perasaan Depresi		
			5. Sering terbangun dini hari	4	
3	Sabtu/ 17/06/23	07.00 -09.00	A. Ketegangan		17
			1. Merasa Gelisah	4	
			B. Gangguan Tidur		
			2. Kesulitan Tidur	3	
			3. Terbangun Malam Hari	3	
			4. Tidur Tidak Nyenyak	3	
			C. Perasaan Depresi		
			5. Sering terbangun dini hari	4	
		20.00-22.00	A. Ketegangan		17
			1. Mersa Gelisah	3	
			B. Gangguan Tidur		
			2. Kesulitan Tidur	4	
			3. Terbangun Malam Hari	4	
			4. Tidak Nyenyak	3	
			C. Perasaan Depresi		
			5. Sering terbangun dini hari	3	