

BAB II

KERANGKA TEORITIK

2.1 Penelitian Terdahulu

Peneliti menyusun kerangka teoritik penelitian ini berdasarkan *best practice* penelitian terdahulu dengan sumber jurnal:

1. Penelitian dengan Judul “Pendekatan Cognitive Behavior Theraphy dalam Layanan Konseling terhadap Korban Penyalahgunaan Narkoba di House of Serenity Bandar Lampung” dengan penulis M. Ade Setiawan

Penulis mengungkapkan bahwa masalah penyalahgunaan narkoba dari tahun ke tahun terus mengalami peningkatan. Dalam penelitian ini, penulis menjelaskan Layanan konseling merupakan sebuah layanan bantuan bagi individu/kelompok dari seorang konselor kepada klien untuk membantu klien/individu dalam menyelesaikan masalahnya serta membantu individu mencapai tujuan hidup yang diinginkannya (*self-determination*). *House Of Serenity* (HOS) adalah suatu lembaga yang bermula dari keinginan untuk membantu korban penyalahgunaan narkoba dengan menyediakan layanan rehabilitasi menggunakan metode berbasis bukti yaitu dengan menggunakan metode 4 pilar salah satunya adalah cognitive behavior therapy. Cognitive behavior therapy (CBT) merupakan pendekatan dalam konseling yang menitik beratkan pada restrukturisasi kognitif yang menyimpang akibat kejadian yang merugikan dirinya baik secara fisik maupun psikis. CBT juga merupakan suatu terapi spesialis keperawatan jiwa yang dapat diberikan pada semua korban penyalahgunaan NAPZA. Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana penerapan pendekatan CBT dalam layanan konseling terhadap korban penyalahgunaan narkoba di House Of Serenity Bandar Lampung dan apa saja kelebihan dan kekurangan dari terapi CBT. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pendekatan cognitive behavior therapy dalam layanan konseling terhadap korban penyalahgunaan narkoba di

House Of Serenity Bandar Lampung dan untuk mengetahui kelebihan dan kekurangan terapi CBT. Penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif kualitatif. Dalam pengambilan sample peneliti menggunakan teknik purposive sampling yakni pengambilan sampel berdasarkan kriteria yaitu 2 konselor yang sudah berpengalaman dalam melakukan konseling CBT dan 2 residen. Metode dalam penelitian ini menggunakan metode wawancara, observasi, dan dokumentasi. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa penerapan pendekatan cognitive behavior therapy sangat cocok digunakan untuk masalah adiksi bagi residen yang ada di rumah rehabilitasi *House Of Serenity* dari segi kekurangannya pendekatan CBT ini sulit diterapkan bagi residen yang IQ rendah karena pada dasarnya CBT ini bermain dengan ranah pikiran.

2. Jurnal dengan Judul “Pengaruh Cognitive Behavior Theraphy terhadap Self Esteem Pengguna Methamphetamine” dengan penulis Nurul Qalbi, Arlin Adam, dan Reza Aril Ahri

Dalam penelitian ini, penulis mengungkapkan bahwa penyalahguna narkoba merupakan penyakit kronik karena dapat berulang kali kambuh. Salah satu faktor yang berkaitan erat dengan kesehatan mental seseorang adalah self-esteem, terdapat berbagai permasalahan yang bisa muncul jika individu memiliki self-esteem yang tidak memadai atau rendah. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh Cognitive Behavioral Therapy terhadap self-esteem pengguna Methamphetamine pada Klinik Pratama Adi Pradana BNNP Sulawesi Selatan. Metode 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. Hasilnya beberapa hasil diperoleh yaitu adanya pengaruh pemberian intervensi konseling teknik CBT terhadap self-

esteem pengguna methamphetamine dengan nilai p value 0,000 ($p < 0,05$); tidak ada pengaruh pemberian brosur terhadap self-esteem pengguna methamphetamine dengan nilai p value 0,257 ($p > 0,05$); tidak ada perbedaan self-esteem pada pengguna methamphetamine pada kedua kelompok sebelum diberikan intervensi berupa konseling teknik CBT dan brosur dimana nilai p value 0,467 ($p > 0,05$), dan ada perbedaan self-esteem pengguna methamphetamine setelah diberikan intervensi dengan teknik konseling CBT dimana nilai p value 0,000 ($p < 0,05$). Kesimpulannya Ada pengaruh pemberian intervensi dengan konseling CBT terhadap self-esteem pada pengguna methamphetamine di Klinik Pratama Adi Pradana BNNP Sulawesi Selatan.

3. “Efektivitas Cognitive Behavior Therapy (CBT) untuk Meningkatkan Kemampuan Coping pada Pelajar Pecandu NAPZA” dengan penulis Marizki Putri dan Siska Damayanti. Pada Penelitian ini, Penulis mengupas bahwa relapse atau penggunaan ulang obat merupakan hal yang paling sering terjadi baik di dunia maupun di Indonesia sendiri, hal ini menyebabkan dampak yang lebih buruk dari sebelumnya. Prevalensi perilaku kambuh (relapse) para pecandu meningkat setiap tahunnya 60-80% baik di dunia maupun di Indonesia. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk melihat efeknya sebelum dan sesudah diberikan Cognitive Behavior Therapy (CBT) dan Relapse Prevention Training (RPT) tentang perilaku kambuh pada warga pasca rehabilitasi, baik di kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Penelitian ini dilakukan di Kota dan Kabupaten Solok pada bulan Juni hingga Agustus 2020. Desain penelitian Quasi Eksperimen Pre Test Post Test Dengan Kelompok Kontrol, dengan populasi 40 orang, 20 orang untuk kelompok intervensi dan 20 orang untuk kelompok kontrol. Hasil uji statistik uji T sampel berpasangan diperoleh nilai $p > 0,05$, sedangkan untuk melihat perbedaan antara kelompok kontrol dan intervensi menggunakan mandiri sample

T test, dengan nilai p untuk pengetahuan, sikap, efikasi diri dan stigma warga terhadap pencegahan perilaku kambuh 0.000, yang berarti bahwa ada pengaruh antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi. Terapi Perilaku Kognitif (CBT) dan Relapse Prevention Training (RPT) dapat direkomendasikan untuk mencegah perilaku relaps pasca narkoba warga rehabilitasi atau mereka yang belum direhabilitasi.

Berikut ini ditampilkan tabel ringkas atau matriks penelitian terdahulu untuk meninjau persamaan dan perbedaan penelitian terdahulu dengan penelitian ini:

Tabel 2. 1 Matriks Penelitian Terdahulu

No	Peneliti	Judul	Persamaan	Perbedaan
1.	M. Ade Setiawan	“Pendekatan Cognitive Behavior Therapy dalam Layanan Konseling terhadap Korban Penyalahgunaan Narkoba di House of Serenity Bandar Lampung”	1. Penggunaan teknik CBT 2. Responden penelitian yaitu 3. Korban Penyalahguna NAPZA	1. Metode penelitian yang digunakan yaitu Kualitatif 2. Masalah penelitian 3. Lokasi penelitian
2.	Hanif Kurniawati Budi Purwoko Tamsir Muis	“Efektivitas Cognitive Behavior Therapy (CBT) untuk Meningkatkan Kemampuan Coping pada Pelajar Pecandu Napza”	1. Penggunaan teknik CBT 2. Metode penelitian yaitu kuantitatif 3. Responden penelitiann korban penyalahguna NAPZA	1. Masalah penelitian 2. Lokasi penelitian
3.	Nurul Qalbi Arlin Adam Reza Aril Ahri	“Pengaruh Cognitive Behavior Therapy terhadap Self Esteem Pengguna Methamphetamine”	1. Penggunaan Teknik CBT 2. Responden Penelitian yaitu korban penyalaguna NAPZA 3. Metode Penelitian kuantitatif	1. Masalah Penelitian 2. Lokasi Penelitian

Penelitian terdahulu yang telah disusun menjadi dasar yang kuat untuk memahami bagaimana *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT) diterapkan, khususnya dalam upaya

menangani penyalahgunaan narkoba. Penelitian-penelitian tersebut memberikan wawasan penting tentang efektivitas dan kekurangan metode ini, serta menjelaskan bagaimana CBT dapat mempengaruhi aspek-aspek tertentu dari psikologis klien, seperti self-esteem dan coping mekanisme.

Kedudukan penelitian ini, memiliki relevansi dengan penelitian-penelitian terdahulu. Namun, penelitian ini juga menawarkan pendekatan yang lebih spesifik dengan menggunakan teknik CBT 'ABC+PC' yang berfokus pada mengurangi kecenderungan relapse. Dibandingkan dengan penelitian terdahulu, penelitian ini lebih menekankan pada teknik CBT yang terstruktur dan diadaptasi untuk konteks lokal di Sentra Galih Pakuan Bogor. Hal ini penting karena teknik 'ABC+PC' dapat memberikan perspektif baru dalam menangani kecenderungan relapse, yang mungkin belum secara spesifik dijelaskan dalam penelitian sebelumnya.

Berkaitan dengan hal tersebut, maka penelitian ini tidak hanya memperkuat bukti yang ada mengenai efektivitas CBT, tetapi juga menawarkan inovasi metodologis yang berpotensi memperluas aplikasi CBT di masa mendatang, khususnya dalam konteks rehabilitasi di Indonesia.

2.2 Teori yang Relevan

2.2.1 Korban Penyalahguna NAPZA

Menurut Permensos Nomor 8 Tahun 2012 tentang Pedoman Pendataan dan Pengelolaan Data Penyandang Kesejahteraan Sosial dan Potensi Sumber Kesejahteraan Sosial pada lampiran jenis Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) menjelaskan bahwa Korban Penyalahgunaan NAPZA adalah seseorang yang menggunakan narkotika, psikotropika, dan zat adiktif lainnya diluar pengobatan atau tanpa sepengetahuan dokter yang berwenang. Sedangkan menurut Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009, Korban

penyalahgunaan NAPZA adalah seseorang yang tidak sengaja menggunakan narkotika karena dibujuk, diperdaya, ditipu, dipaksa dan/atau diancam untuk menggunakan Narkotika.

2.2.2 Peran Pekerja Sosial dalam Penanganagn Permasalahan Napza

Bradford W. Sheafor dan Charles R. Horejsi dalam Marbun (2017:7), menjelaskan bahwa peran yang dapat dilakukan pekerja sosial dalam penanganan kasus korban penyalahgunaan NAPZA atau peran pekerja sosial adiksi adalah sebagai berikut:

1. Peranan sebagai perantara (*broker role*)

Pekerja sosial bertindak antara korban penyalahguna NAPZA dengan sistem sumber yang tersedia di panti, yang berupaya membentuk jaringan kerja dengan organisasi pelayanan sosial untuk mengontrol kualitas pelayanan yang berjalan. Peranan sebagai perantara muncul akibat banyaknya orang yang tidak mampu menjangkau sistem pelayanan sosial yang memiliki aturan penggunaan yang kompleks dan kurang responsif terhadap kebutuhan korban penyalahguna NAPZA. Pengetahuan yang diperlukan oleh pekerja sosial yang berperan menjadi seorang perantara atau melaksanakan peran broker role harus memiliki pengetahuan yang luas meliputi pengetahuan tentang sumber pelayanan, dan rehabilitasi, dan kualitas petugas.

2. Peranan sebagai pemungkin (*enabler role*)

Pemahaman yang diilhami oleh konsep pemberdayaan dan difokuskan pada kemampuan, kapasitas, dan kompetensi korban penyalahguna NAPZA untuk mendorong dirinya sendiri. Pekerja sosial hanya berperan membantu untuk menentukan kekuatan dan unsur yang ada di dalam diri korban sendiri termasuk untuk menghasilkan perubahan yang diinginkan atau untuk mencapai tujuan yang dikehendaki korban. Peranan pekerja sosial sebagai pemungkin adalah berusaha untuk memberikan peluang agar kepentingan korban penyalahguna NAPZA dan kebutuhan-kebutuhan dari korban penyalahguna NAPZA menjadi tidak terhambat.

3. Peranan sebagai penghubung (mediator)

Peranan sebagai penghubung menggunakan teknik-teknik yang disesuaikan dengan nilai-nilai yang ada. Pekerja sosial bertindak untuk mencari kesepakatan, meningkatkan rekonsiliasi berbagai perbedaan, mencapai kesepakatan yang memuaskan, dan intervensi pada bagian-bagian yang sedang konflik, termasuk di dalamnya membicarakan segala persoalan dengan cara kompromi dan persuasif. Peranan yang dilakukan pekerja sosial adalah membantu menyelesaikan konflik diantara dua sistem atau lebih, menyelesaikan pertikaian antara keluarga dan korban penyalahgunaan NAPZA, dan memperoleh hak-hak korban. Pada hal ini perilaku pekerja sosial tetap memelihara posisi netral, tidak memihak salah satu pihak, dan menjaga nilai-nilai profesional sehingga apabila mampu menemukan solusi akhir konflik diharapkan terjadi kerjasama diantara keduanya (win-win solution). Tindakan yang dapat dilakukan oleh pekerja sosial adalah membantu untuk mengklarifikasi posisi kedua belah pihak yang bertentangan, mengidentifikasi penyebab miskomunikasi, dan membantu mereka untuk terlibat dalam penyelesaian masalah.

4. Peranan sebagai advokat

Istilah advokat berasal dari profesi hukum, akan tetapi telah diambil sebagai ciri yang unik dalam pekerjaan sosial. Oleh karena itu, peranan advokat hukum dan advokat dalam pekerjaan sosial tidak sama. Advokat hukum dituntun melalui keinginan hukum, tetapi untuk advokat pekerjaan sosial dibatasi oleh kepentingan yang timbul dari korban penyalahgunaan NAPZA. Peranan sebagai advokat biasanya terlihat sebagai juru bicara korban penyalahgunaan NAPZA, memaparkan dan berargumentasi tentang masalah korban penyalahgunaan NAPZA apabila diperlukan, membela kepentingan korban untuk menjamin sistem sumber, dan memberikan pelayanan yang dibutuhkan atau merubah kebijakan sistem yang tidak responsif terhadap kepentingan korban.

5. Peranan sebagai perunding (*conferee role*)

Peranan yang diasumsikan ketika pekerja sosial dan korban penyalahgunaan NAPZA mulai bekerjasama. Peranan ini dilakukan pada saat pencarian data, pemberian gambaran pada korban penyalahgunaan NAPZA tentang hal apa yang harus dilakukan, dan melaksanakan kontrak pada tahap berikutnya. Kerangka pikir dari peranan sebagai perunding berasal dari model pemecahan masalah. Ini merupakan kolaborasi diantara korban penyalahgunaan NAPZA dan pekerja sosial yang menggunakan pendekatan pemecahan masalah. Pendekatan ini termasuk di dalamnya eksplorasi dan pengertian yang jelas tentang masalah, menghubungkan dan menekankan asesmen yang merupakan kesatuan dari masalah, merancang tujuan untuk mengurangi tekanan, membuat strategi alternatif yang umum, evaluasi hasil, implementasi strategi dan terminasi atau pengakhiran pelayanan. Keterampilan yang diperlukan oleh pekerja sosial adalah keterampilan mendengarkan, probing, penguatan/refleksi, dan lain-lain

6. Peranan sebagai pelindung (*guardian role*)

Peranan sebagai pelindung biasanya dilakukan oleh bidang aparat, tetapi profesi pekerjaan sosial dapat mengambil peran seperti melindungi korban penyalahgunaan NAPZA. Korban penyalahgunaan NAPZA menjadi merasa nyaman untuk mengutarakan masalah yang dialaminya, beban dalam pikirannya terlepas, dan korban penyalahgunaan NAPZA merasa bahwa masalahnya dapat dirahasiakan oleh pekerja sosial.

7. Peranan sebagai fasilitator

Peranan sebagai fasilitator dilakukan untuk membantu korban berpartisipasi, berkontribusi, mengikuti keterampilan baru, dan menyimpulkan apa yang telah dicapai oleh korban. Pekerja sosial bervariasi dalam memberikan pelayanannya, yaitu tergantung pada kebutuhan-kebutuhan korban dan masalah-masalah yang dihadapi agar mampu berpikir jelas tentang apa yang dibutuhkan di setiap waktu dalam proses rehabilitasi. Peranan ini sangat penting untuk membantu meningkatkan keberfungsian korban penyalahgunaan

NAPZA, khususnya masalah yang berkaitan dengan kebutuhan dan tujuan yang ingin dicapai.

8. Peranan sebagai inisiator

Peranan sebagai inisiator yaitu peranan yang memberikan perhatian pada masalah atau hal-hal yang berpotensi untuk menjadi masalah. Oleh karena itu, pekerja sosial sebagai seorang inisiator berupaya memberikan perhatian pada isu seperti masalah-masalah korban yang ada di panti sosial, dan kebutuhankebutuhan yang diperlukan. Isu ini tidak muncul atau menarik perhatian petugas lain sebelum ada yang memunculkannya. Disinilah peranan pekerja sosial sebagai inisiator untuk menyadarkan pihak panti bahwa ada permasalahan yang terjadi di lingkungannya.

9. Peranan sebagai negosiator

Peranan sebagai negosiator ditujukan pada para korban penyalahgunaan NAPZA yang mengalami konflik dan mencari penyelesaiannya dengan kompromi sehingga tercapai kesepakatan diantara kedua belah pihak. Posisi seorang negosiator berada pada salah satu posisi yang sedang mengalami konflik.

2.2.3 Pengertian *Relapse*, Tahapan dan Kecenderungan *Relapse* pada Korban Penyalahguna NAPZA

2.2.3.1 Pengertian *Relapse*

Dejong (1994) menjelaskan bahwa untuk mendefinisikan relapse perlu adanya pemahaman terkait dengan lapse. Lapse merupakan suatu kejadian penggunaan kembali untuk pertama kalinya setelah masa berhenti dari penggunaan narkoba (*abstinence*). Lapse memungkinkan pengguna untuk mengalami relapse, namun tidak selalu mengarahkan pada terjadinya relapse. Hal ini menunjukkan bahwa relapsemerupakan penggunaan kembali narkoba dengan frekuensi berulang atau lebih dari satu kali setelah masa berhenti dari penggunaan.

Chong dan Lopez (2005) mengemukakan bahwa relapse merupakan penggunaan kembali obat-obatan, khususnya NAPZA dalam jangka waktu tertentu setelah menyelesaikan pengobatan atau rehabilitasi.

Selain itu, Badan Narkotika Nasional (2007) menjelaskan bahwa relapse adalah masa dimana pengguna kembali memakai NAPZA yang merupakan kejadian paling akhir dalam satu rangkaian panjang, yakni berupa respons kegagalan beradaptasi (*maladaptive*) terhadap stressor atau stimuli internal dan eksternal. Pada kondisi tersebut pecandu menjadi tidak mampu menghadapi kehidupan secara wajar. Relapse dapat timbul karena pecandu dipengaruhi kejadian masa lampau baik secara psikologis maupun fisik. Relapse diasumsikan sebagai kegagalan individu dalam usaha untuk mengubah perilaku selama proses pemulihan. Hal tersebut sejalan dengan pernyataan yang diungkapkan Gorski dan Miller (1986) bahwa relapse merupakan suatu proses kompleks yang melibatkan faktor biologis, psikologis, dan hubungan sosial.

2.2.3.2 Penyebab Relapse

Menurut Talbott dalam Thomas (2018) terdapat beberapa faktor dan *trigger* yang berkontribusi dalam menyebabkan *relapse*. Terdapat 13 faktor yang berkontribusi menyebabkan *relapse* yaitu:

1. Kegagalan dalam memahami dan menerima ketergantungan sebagai penyakit; Faktor ini merupakan faktor yang paling mendasar yang dapat memicu pecandu *relapse*. Pecandu yang tidak percaya terhadap *relapse* sebagai suatu penyakit cenderung akan berpikir bahwa dengan kemauan saja mereka dapat mengontrol semuanya.
2. Penolakan kehilangan kendali; Pecandu yang tidak percaya pada kehilangan kendali merasa bahwa mereka bisa menyalahgunakan NAPZA selama mereka berhati-hati. Mereka tidak berpikir mengenai hubungan penyalahgunaan NAPZA dan masalah yang

mengikutinya. Mereka melanjutkan dengan perilaku yang sama tapi mengharapkan hasil yang berbeda.

3. Ketidakjujuran; Ketidakjujuran biasanya berarti mendistorsi realitas dan menyembunyikan emosi para pecandu. Pecandu mungkin memiliki hubungan lain yang berkontribusi terhadap *relapse*.
4. Disfungsional keluarga; Sebuah keluarga dapat memberikan kontribusi besar untuk pemulihan pecandu. Dengan cara yang sama keluarga yang mengalami disfungsi dapat berkontribusi terhadap *relapse* atau kekambuhan.
5. Kurangnya program spiritual; Kurangnya program spiritual membuat pecandu percaya bahwa tidak ada sumber kekuatan selain diri mereka sendiri, yang selalu ada. Konsep dari kekuatan lain yang lebih tinggi tidak lagi menjadi penting dalam proses pemulihan yang dilakukan.
6. Stres; Pecandu harus mempelajari keterampilan *copping* untuk tidak menggunakan NAPZA dalam proses pemulihan. Jebakan emosional dan fisik yang sering menyebabkan *relapse* antara lain terlalu marah, kesepian, lelah, serta mengasihani diri sendiri.
7. Isolasi; Penarikan dari hubungan dengan orang lain dapat menyebabkan konflik yang menyebabkan *relapse* atau kekambuhan, isolasi dalam pemulihan dapat membuat pecandu merasa sangat berbeda dan tidak berharga. Pecandu harus memerangi hal tersebut dengan alat-alat pemulihan.
8. Kecanduan silang; Memulihkan individu dapat mengubah suasana hati atau adiktif pecandu. Pecandu mungkin saja membeli dan menggunakan obat-obatan untuk alasan kesehatannya. Hal tersebut perlu diantisipasi agar pecandu tidak mengalami kecanduan silang.
9. Sindrom liburan; Risiko *relapse* sangat tinggi pada waktu-waktu tertentu seperti pada waktu-waktu liburan. Selama periode seperti itu, pecandu harus pergi ke lebih banyak

pertemuan kelompok pendukung, menelfon sponsor mereka, dan mengerjakan langkah-langkah kelompok pendukung.

10. Penarikan; Banyak orang menganggap penarikan dari NAPZA terdiri dari tanda-tanda fisik akut yang jelas seperti tremor, kejang, dan delirium yang terjadi ketika pecandu berhenti menggunakan NAPZA. Efek lain juga mungkin bertahan hingga satu tahun atau lebih seperti efek fisik dan emosional pecandu setelah berhenti menggunakan NAPZA. Hal tersebut terkadang disebut sebagai sindrom penarikan pasca-akut.
11. Terlalu percaya diri; Pecandu terlihat dapat menangani masalah pada saat masa pemulihan. Mereka dapat dengan mudah percaya bahwa segala sesuatunya akan terus berjalan dengan baik dan dapat dengan mudah membuang rasa rendah hati dan ketergantungan pada kekuatan yang lebih tinggi. Sikap seperti itu membentuk pecandu untuk *relapse*.
12. Kembali ke lingkungan teman pengguna NAPZA; Ketika memulihkan seorang individu pecandu, individu dipercaya dapat menangani godaan yang mereka alami. Kembali ke lingkungan teman pengguna NAPZA dapat menyebabkan pecandu menggunakan NAPZA kembali atau *relapse*.
13. Rasa bersalah atas masa lalu; Pecandu harus memperbaiki tindakan dan sikap mereka di masa lalu untuk mencapai ketenangan. Pecandu dapat berdamai dengan dirinya sendiri ketika sudah tidak memiliki rasa bersalah atas masa lalu.

Gorski dan Miller dalam Thomas (2018) membagi *relapse* menjadi sepuluh fase. Fase tersebut terdiri atas fase kembalinya penolakan, kekosongan dan perilaku defensif, *crisis building*, imobilisasi, kebingungan dan reaksi berlebihan, depresi, kehilangan kendali perilaku, pengakuan kehilangan kendali, pengurangan opsi, dan episode *relapse* yang akan dijelaskan lebih rinci sebagai berikut:

1. Kembalinya penolakan; Selama fase ini, individu dalam proses kekambuhan menjadi tidak dapat mengenali dan jujur untuk memberi tahu orang lain apa yang mereka sedang pikirkan

atau rasakan. Gejala yang paling umum dalam fase ini adalah kekhawatiran tentang kesejahteraan. Pecandu merasa gelisah, takut, dan cemas, tapi kegelisahan datang dan pergi, biasanya hanya berlangsung sebentar. Untuk menoleransi periode kekhawatiran, ketakutan, dan kecemasan ini pecandu mengabaikan atau menyangkal perasaan dengan cara yang sama mereka pada waktu menyangkal kecanduan.

2. Kekosongan dan perilaku defensif; Selama fase ini, pecandu mulai menghindari apa pun atau siapapun yang akan memaksa mereka untuk melihat diri mereka sendiri. Mereka percaya bahwa mereka tidak akan pernah menggunakan NAPZA lagi sehingga program pemulihan tampaknya tidak diperlukan bagi mereka. Pecandu dalam fase ini cenderung menjadi defensif, membela diri bahkan ketika mereka tidak perlu melakukannya.
3. *Crisis building*; Selama fase ini pecandu memiliki masalah akibat dari menyangkal perasaan pribadi, mengasingkan diri, dan mengabaikan program pemulihan mereka. Mereka pada umumnya hanya melihat satu bagian kecil dari kehidupan daripada gambaran yang lebih besar. Hal tersebut terkadang menciptakan ilusi bahwa semuanya aman dan berjalan dengan baik.
4. Imobilisasi; Gejala umum dari fase ini seperti melamun. Pecandu mengalami kesulitan berkonsentrasi, dan mereka sering menggunakan ungkapan “jika saja” dalam percakapan. Mereka mulai memiliki keinginan untuk melarikan diri dan diselamatkan oleh peristiwa yang tidak mungkin terjadi.
5. Kebingungan dan reaksi berlebihan; Selama fase ini pecandu tidak bisa berpikir jernih. Mereka menjadi kesal dengan diri mereka sendiri dan orang-orang di sekitar mereka dan mudah tersinggung, bereaksi berlebihan terhadap hal-hal kecil. Periode kebingungan terus-menerus terjadi dan menjadi lebih sering, berlangsung lebih lama, dan menyebabkan lebih banyak masalah. Pecandu dalam fase ini juga menjadi lebih sering marah pada diri sendiri karena mereka para pecandu tidak dapat memahami sesuatu.

6. Depresi; Pecandu menjadi sangat tertekan pada fase ini sehingga mereka mengalami kesulitan untuk berpegang teguh pada rutinitas normal. Terkadang mereka berpikir untuk bunuh diri, minum, atau menggunakan NAPZA kembali, depresi mereka mungkin parah. Gejala yang paling umum dialami adalah kebiasaan tidur yang tidak teratur, ketidakmampuan untuk bertindak, kebiasaan makan tidak teratur, dan kehilangan struktur harian, serta periode depresi berat.
7. Kehilangan kendali perilaku; Pecandu tidak dapat mengontrol perilaku mereka dan jadwal harian mereka, tetapi mereka menyangkal bahwa mereka sedang tidak terkontrol. Hidup mereka menjadi lebih kacau. Kehadiran pada pertemuan kelompok pendukung menjadi tidak teratur.
8. Pengakuan kehilangan kendali; Selama fase ini penolakan pecandu terputus, dan mereka menyadari berapa parahnya masalah mereka, dan tidak terkendalinya hidup mereka. Pada saat ini mereka sangat terisolasi bahwa mereka tidak memiliki siapapun untuk meminta bantuan. Mereka biasanya mulai merasa kasihan dengan diri sendiri dan sering menggunakan rasa mengasihani diri sendiri untuk mendapatkan perhatian orang lain.
9. Pengurangan opsi; Selama fase ini, pecandu merasa terjebak dengan hanya tiga jalan keluar yaitu kegilaan, bunuh diri, atau menggunakan NAPZA. Mereka tidak lagi percaya bahwa siapapun atau apapun dapat membantu mereka. Mereka merasakan kebencian yang tidak masuk akal dan marah karena mereka tidak bisa berperilaku dengan cara yang mereka inginkan. Akhirnya mereka kehilangan kendali atas perilaku mereka dan semakin sulit mengendalikan pikiran, emosi, dan penilaian mereka.
10. Episode *relapse*; Pecandu mulai menggunakan NAPZA selama fase ini. Perjuangan mereka yang gagal untuk abstinence menyebabkan rasa malu dan bersalah. Mereka mulai menggunakan NAPZA dalam upaya untuk mengendalikan diri mereka. Mereka merasa

tidak berdaya dan putus asa bahwa mereka tidak dapat melakukan apapun untuk menghentikan *relapse*.

2.2.3.3 Tahapan Relapse pada Penyalahguna NAPZA

Gorski dan Miller (1986) membagi relapse menjadi tiga tahap, diantaranya yaitu:

1. Emotional Relapse

Pada tahap ini, dalam diri individu belum muncul pikiran untuk kembali mengonsumsi NAPZA, tetapi emosi atau perasaan, serta perilakunya mengarah pada kemungkinan terjadinya relapse. Hal tersebut biasanya ditandai dengan adanya perasaan gelisah, cepat marah, tidak toleran, keras kepala, suasana hati yang berubah-ubah, mengisolasi diri, merasa tidak membutuhkan pertolongan, dan pola makan dan tidur yang buruk.

2. Mental *Relapse*

Pada tahap ini, individu sulit untuk membuat pilihan. Sebagian dari diri individu menginginkan untuk kembali mengonsumsi NAPZA, dan sebagian lagi tidak menginginkan hal tersebut. Namun, di akhir fase ini akhirnya pecandu berpikir untuk kembali mengonsumsi NAPZA. Hal ini biasanya ditandai dengan individu memikirkan orang, tempat, dan benda-benda yang sering digunakan, serta memikirkan kesenangan yang diperoleh sewaktu mengonsumsi NAPZA. Selain itu, pada tahap ini individu mulai berbohong, bergaul dengan teman yang mengonsumsi NAPZA, membayangkan saat memakai NAPZA, dan berpikir untuk kembali menggunakan NAPZA.

3. Physical Relapse

Pada tahap ini, individu sudah mengalami relapse secara fisik, seperti pergi mencari “barang”, menemui bandar, dan mengonsumsi zat NAPZA lagi. Jika telah sampai tahap ini maka sulit bagi seseorang untuk menghentikan proses relapse. Hal itu bukan lagi menyangkut dimana harus fokus dalam usaha pemulihan, namun menyangkut usaha yang

sangat keras untuk mencapai kondisi yang bersih (abstinence), dan itu bukan bagian dari recovery.

2.2.3.4 Faktor-Faktor yang Memengaruhi Kecenderungan Relapse pada Penyalahguna NAPZA

Menurut Gorski dan Miller (1986), faktor utama yang memicu terjadinya relapse yaitu adanya perilaku lepas kendali, seperti merasa puas dengan penggunaan NAPZA kembali pada situasi atau kebiasaan sosial tanpa merasa bahwa individu sedang mengalami masalah yang berat. Perilaku lepas kendali dalam psikologi populer dikenal dengan self control atau kontrol diri.

Marlatt dan Gordon (dalam Larimer, dkk 1999) menjelaskan terdapat empat faktor yang mempengaruhi kecenderungan relapse yang mengacu pada cognitive behavioral model of relapse, di antaranya yaitu:

1. *High Risk Situation: High-risk situation* adalah situasi yang dapat melemahkan individu dalam mengendalikan perubahan perilaku yang telah dilakukan dan mengarahkan pada kemungkinan terjadinya relapse. Mengacu pada penelitian Marlatt dan Gordon (Larimer, dkk, 1999) terdapat empat situasi yang berperan dalam memicu kecenderungan relapse, yaitu:
 - 1) Kondisi emosi negatif; Kondisi emosi negatif seperti marah, cemas, depresi, frustrasi yang merupakan bentuk dari intrapersonal high-risk situation yang berasosiasi dengan tingginya kecenderungan relapse. Kondisi emosi negatif ini dapat disebabkan oleh persepsi intrapersonal utama dari berbagai situasi (seperti merasa bosan dan kesepian) atau reaksi terhadap peristiwa di lingkungan.
 - 2) Situasi yang melibatkan orang lain atau kelompok; Situasi yang melibatkan orang lain dapat diindikasikan dengan konflik interpersonal.

- 3) Tekanan Sosial; Tekanan sosial dapat berupa persuasi langsung secara verbal ataupun nonverbal dan tekanan sosial secara tidak langsung (seperti berada di sekitar orang yang sedang menggunakan NAPZA).
 - 4) Kondisi emosional positif; Kondisi emosional positif (seperti saat melakukan suatu perayaan), terpapar dengan hal yang menstimulus penggunaan NAPZA, menguji kemampuan kontrol diri (menggunakan kemampuan diri untuk membatasi penggunaan NAPZA), dan keinginan menggunakan NAPZA yang tidak spesifik diidentifikasi dapat menjadi situasi yang mengarahkan pada relapse
2. *Copying; Copying* adalah kemampuan untuk menghadapi high-risk situation yang dapat mengarahkan individu untuk kembali menggunakan NAPZA. Individu yang dapat melaksanakan strategi coping efektif (strategi behavioral, seperti meninggalkan atau menghindari situasi tersebut, dan strategi kognitif, seperti positif self-talk) cenderung memiliki kecenderungan relapse yang rendah.
 3. *Outcome expectancies; Outcome expectancies* merupakan antisipasi seseorang terhadap efek dari pengalaman masa depan. Pecandu NAPZA yang berpikir positif tentang dampak penggunaan NAPZA dan tidak menghiraukan efek negatif dari NAPZA akan memiliki kecenderungan untuk relapse.
 4. *Abstinence violation effect; Abstinence violation effect* adalah reaksi emosional terhadap penggunaan NAPZA kembali untuk pertama kalinya (lapse) dan atribusi penyebab lapse yang dapat mengarahkan pada relapse. Seseorang yang mengatribusikan lapse sebagai kegagalan dirinya untuk mengontrol penggunaan kembali NAPZA akan mengalami perasaan bersalah dan emosi negatif yang mengarahkan peningkatan penggunaan NAPZA untuk menghilangkan rasa bersalah dan emosi negatif.

Selain itu, menurut Nasution dalam (Badan Narkotika Nasional, 2007) banyak mantan pengguna NAPZA yang kembali kambuh mengakui bahwa mereka gagal mempertahankan komitmen untuk pulih disebabkan dari beberapa alasan berikut, antara lain yaitu:

1. Komitmen yang kurang kuat untuk berhenti memakai NAPZA. Hal ini terjadi karena pecandu narkoba tidak memiliki tekad yang kuat untuk melupakan NAPZA.
2. Situasi beresiko tinggi. Hal ini terjadi akibat adanya masalah baru yang dihadapi oleh pecandu narkoba, terutama penolakan orang lain pada dirinya.
3. Keadaan emosional yang beresiko tinggi. Munculnya perasaan marah, sedih, frustrasi, maupun depresi pada mantan pengguna dapat memicu pengguna untuk kembali mengkonsumsi NAPZA.
4. Konflik antar sesama. Adanya konflik interpersonal dapat memicu munculnya keinginan untuk kembali menggunakan NAPZA.
5. Tekanan sosial. Adanya penolakan dari lingkungan dan sulitnya berinteraksi dapat menggagalkan komitmen mereka untuk pulih dari kecanduan.
6. Rendah diri. Perasaan rendah diri pada individu dapat menimbulkan keterasingan diri dari lingkungan sosial dan kembali terpuruk karena tidak memiliki kepercayaan diri hingga akhirnya mudah kembali mengkonsumsi NAPZA.
7. Mengingat kembali momen di masa lalu saat mengkonsumsi NAPZA
8. Melihat tempat-tempat yang memicu ingatan terhadap NAPZA
9. Mudah puas diri dan kelalaian untuk tekun memanfaatkan langkah-langkah yang menjamin *abstinence* secara berkelanjutan

2.2.4 Kajian tentang *Cognitive Behavior Therapy* (CBT)

2.2.4.1 Sejarah Teori *Cognitive Behavior Therapy* (CBT)

Menurut Hanifi (2021), *Cognitive Behavioral Therapy* dikembangkan oleh Aaron T. Beck sekitar tahun 1960 yang bermula dari temuan klinis dan observasi pada kliennya yang

menunjukkan bahwa klien yang mengalami depresi memiliki karakteristik distorsi kognitif dalam pemikiran mereka (Chand dkk., 2021). Temuan awal ini juga menunjukkan bahwa depresi tidak hanya gangguan pada suasana hati, akan tetapi juga gangguan pada fungsi kognitif individu.

CBT juga dikembangkan oleh Albert Ellis dan Aaron T. Beck pada Tahun 1963 khusus untuk pasien- pasien psikiatri dengan gangguan cemas dan depresi. Kemunculan jenis perawatan ini telah menarik perhatian banyak pihak dan menjadikan terapi perilaku kognitif sebagai salah satu teknik yang paling banyak diterapkan dan juga diteliti. Hal ini membuat perkembangan CBT tidak berhenti begitu saja dan terus berkembang. Penggunaannya yang semakin tinggi menjadikan semakin banyak pengembangan protokol langkah-langkah terapi CBT untuk memenuhi kebutuhan terapi yang bervariasi. Misalnya saja penerapan CBT baik sebagai terapi tunggal maupun kombinasi dengan metode lain untuk menangani gangguan kecemasan, depresi berat, gangguan emosi, gangguan makan, insomnia, permasalahan relasional, dan sebagainya.

Selanjutnya Aaron T. Beck mulai melakukan terapi CBT untuk pasien- pasien ketergantungan kokain sejak tahun 1993. Kemudian Carroll (1998) melakukan modifikasi CBT terhadap pasien ketergantungan kokain.

Dalam praktik di lapangan, terapi perilaku kognitif diberikan oleh konselor, psikolog, maupun terapis melalui beragam bentuk konseling atau terapi secara individu maupun kelompok, baik face-to-face ataupun online. Meskipun telah banyak penelitian dan studi kasus yang membuktikan keberhasilan penerapan CBT, terdapat beberapa hal yang perlu diperhatikan sebelum mengaplikasikannya. Contohnya terapi ini tidak cocok untuk klien dengan riwayat cedera otak yang mengakibatkan gangguan berfikir Irasional.

2.2.4.2 Pengertian *Cognitive Behavior Therapy* (CBT)

Cognitive Behavioral Therapy (CBT) telah menjadi pendekatan populer dalam mengatasi berbagai gangguan mental, termasuk untuk mengurangi risiko relapse pada gangguan seperti depresi, kecemasan, dan penyalahgunaan zat. Salah satu variasi dalam CBT adalah teknik ABC+PC (Activating Event, Belief, Consequence + *Planning* (P) dan *Commitment* (C)), yang merupakan metode sistematis untuk membantu individu mengenali dan mengubah pola pikir negatif menjadi lebih adaptif. Teknik ini semakin relevan karena didukung oleh penelitian terbaru yang menyoroti efektivitasnya dalam mengurangi relapse (Beck & Haigh, 2014).

CBT berfokus pada hubungan antara pikiran, emosi, dan perilaku, di mana perubahan dalam satu elemen dapat mempengaruhi elemen lainnya (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, & Fang, 2012). Teknik ABC+PC memanfaatkan prinsip dasar ini untuk mengidentifikasi dan memodifikasi pola pikir yang berkontribusi pada perilaku maladaptif.

Beberapa asumsi mendasari penerapan teknik ini dalam konteks pengurangan relapse:

a. Asumsi Peran Pikiran Negatif dalam Relapse:

Relapse sering dipicu oleh pikiran negatif atau irasional. Menurut Beck dan Haigh (2014), pola pikir ini dapat menciptakan siklus yang mengarah pada perilaku maladaptif. Teknik ABC+PC membantu individu mengenali dan mengubah pikiran-pikiran ini, yang pada gilirannya dapat mencegah relapse.

b. Asumsi Keberlanjutan Perubahan Perilaku

Studi menunjukkan bahwa strategi koping yang berkelanjutan adalah kunci dalam mempertahankan perubahan positif (Clark, D. A., & Beck, A. T, 2011). Dengan teknik ABC+PC, individu tidak hanya mengatasi masalah saat ini, tetapi juga dilengkapi dengan keterampilan untuk menghadapi tantangan di masa depan.

Spiegler and Guevremont (2003) menyatakan bahwa CBT merupakan psikoterapi yang berfokus pada kognisi yang dimodifikasi secara langsung, yaitu ketika individu mengubah pikiran maladaptifnya (maladaptive thought) maka secara tidak langsung juga mengubah tingkah lakunya yang tampak (overt action). Beck dalam Spiegler and Guevremont (2003) menyatakan bahwa salah satu tujuan utama CBT adalah untuk membantu individu dalam mengubah pemikiran atau kognisi yang irasional menjadi pemikiran yang lebih rasional.

Aaron T. Beck (1964) mendefinisikan Cognitive Behavioral Therapy (CBT) sebagai pendekatan konseling yang dirancang untuk menyelesaikan permasalahan konseli pada saat ini dengan cara melakukan restrukturisasi kognitif dan perilaku yang menyimpang. Harapan dari CBT yaitu munculnya restrukturisasi kognitif yang menyimpang dan sistem kepercayaan untuk membawa perubahan emosi dan perilaku ke arah yang lebih baik. Model terbaik yang dikenal dalam pemrosesan kognitif yang digunakan konselor kognitif milik Beck (1976) dalam McLeod (2006) dikenal dengan model distorsi kognitif.

Menurut Beck (1964), jika keyakinan tidak berubah, maka tidak ada peningkatan. Jika keyakinan berubah, maka gejala pun berubah. Keyakinan berfungsi sebagai unit-unit operasional kecil. Hal ini berarti pikiran dan keyakinan (skema) seseorang mempengaruhi perilaku dan tindakan seseorang berikutnya. Beck yakin bahwa perilaku disfungsi disebabkan karena disfungsi berpikir, dan bahwa berpikir membentuk keyakinan kita. Keyakinan kemudian mengarahkan tindakan kita. Beck diyakinkan bahwa akan ada hasil positif jika klien dapat diajak berpikir secara konstruktif dan meninggalkan pikiran negatifnya.

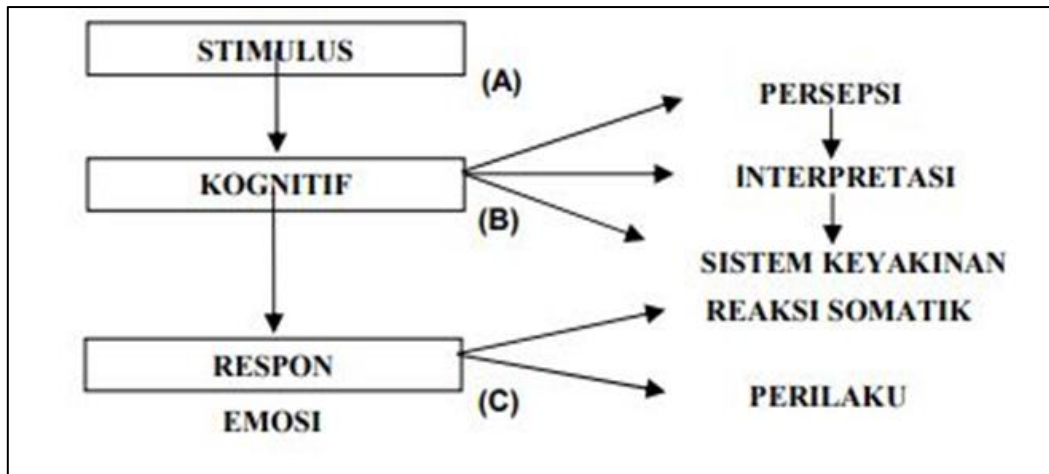
Wijayanti (2017) menjelaskan bahwa Cognitive Behavior Therapy (CBT) merupakan model teoritis yang menghubungkan pikiran dengan emosi dan perilaku. Metrobali (2017) juga menjelaskan bahwa Cognitive Behavior Therapy (CBT) merupakan metode rehabilitasi dengan pendekatan konseling yang berpusat pada pembenahan kognitif yang menyimpang

akibat kejadian yang merugikan Individu secara fisik maupun psikis dalam mengatasi kecanduan narkoba.

2.2.4.3 Kerangka Berpikir *Cognitive Behavior Therapy* (CBT)

Sudiyanto (dalam Osman, 2008) menjelaskan bahwa CBT menganggap bahwa pola pemikiran terbentuk melalui rangkaian proses Stimulus-Kognisi-Respon (SKR), yang saling berkaitan membentuk semacam jaringan dalam otak. Proses kognitif merupakan faktor penentu bagi pikiran, perasaan, dan perbuatan (perilaku). Semua kejadian yang dialami berlaku sebagai stimulus yang dapat dipersepsi secara positif (rasional) maupun negatif (irasional). Isi pikiran yang positif akan mempengaruhi perasaan dan perilaku yang positif (normal), sedangkan isi pikiran yang negatif mengakibatkan gangguan emosi (perasaan). Selanjutnya menurut konsep dasar ini emosi atau perasaan akan mempengaruhi tingkah laku atau perbuatan, baik secara positif atau negatif. Dengan CBT, dilakukan modifikasi fungsi pikiran, perasaan, dan perbuatan (perilaku), dengan cara menekankan fungsi kognitif (otak) dalam menganalisis, memutuskan, bertanya, berkehendak, dan memutuskan kembali. Dengan merubah status pikiran dan perasaan, diharapkan pasien dapat merubah perilakunya dari negatif menjadi positif.

Menurut Sudiyanto (dalam Osman, 2008), semua kejadian yang dialami dapat berlaku sebagai activating event (A) dan akan dipersepsi dan diinterpretasi. Selanjutnya kumpulan dari persepsi dan interpretasi tersebut akan membentuk suatu sistem keyakinan atau belief (B) yang akan mempengaruhi reaksi fisiologis (somatik) dan perilaku sebagai consequences (C). Dengan CBT, dilakukan intervensi sehingga dapat menggoyahkan dan menyusun kembali sistem keyakinan pasien (B) dari negatif (irasional atau mengalami penyimpangan/ distorsi) ke positif (rasional atau realistik) dengan demikian dapat menghambat atau menghilangkan dampak negatif pada perilaku dan reaksi somatik sebagai konsekuensinya (C) yang digambarkan sebagai berikut.



Gambar 2. 1 Kerangka Pikir Cognitive Behavior Therapy (CBT)

Dalam CBT, terapis berperan sebagai guru dan pasien sebagai murid dan dalam hubungan ini diharapkan terapis dapat secara efektif mengajarkan kepada pasien mekanisme SKR baru yang lebih positif dan rasional, mengganti struktur kognitif lama yang negatif, irasional, atau mengalami distorsi (Sudiyanto, dalam Osman 2008).

2.2.4.4 Aspek Kognisi yang Mendasari *Cognitive Behavior Therapy* (CBT)

Sebagai psikoterapi yang berakar dari integrasi terapi kognitif dan perilaku, CBT tetap menggunakan dasar-dasar atau model kognitif dalam praktiknya. Seperti yang disebutkan Chand dkk (2021) bahwa terdapat tiga aspek kognisi yang mendasari cognitive behavioral therapy yaitu:

1. Pemikiran-pemikiran otomatis

Aspek ini menjelaskan proses berpikir otomatis sebagai bentuk interpretasi kejadian yang muncul secara tiba-tiba dan mampu mempengaruhi emosi serta perilaku individu sebagai bentuk respon terhadap kondisi tersebut. Misalnya saja saat seorang teman tidak menghadiri undangan kita tanpa alasan, kita mungkin memiliki pemikiran otomatis seperti “dia tidak mau bertemu karena tidak menyukaiku” yang mana akan mempengaruhi emosi dan perilaku kita saat dikemudian hari berhubungan lagi dengan yang bersangkutan. Akan tetapi, ada pemikiran lain yang dapat muncul misalnya “mungkin dia lupa atau memiliki

hal lain yang lebih penting” yang kecil kemungkinannya untuk menimbulkan dampak negatif di kemudian hari.

2. Distorsi kognitif

Distorsi kognitif merupakan suatu kondisi yang mana individu mengalami error dalam mengambil kesimpulan. Adanya kekeliruan dalam pengambilan kesimpulan dapat menimbulkan gangguan dalam kehidupan sehari-hari. Sebagai contoh, seseorang yang mengalami distorsi kognitif dalam bentuk minimization atau menganggap pengalaman positif sebagai sesuatu yang nyata tetapi tidak bermakna yang akan mengganggu pemaknaan hidup mereka.

3. *Underlying beliefs or schemes*

Aspek ini menjelaskan di mana skema atau keyakinan dasar individu mampu mengubah interpretasi dan persepsi mereka terhadap kejadian yang terjadi dalam hidup mereka. Belief atau keyakinan tersebut terbagi menjadi dua, yakni core belief yang dijabarkan sebagai ide utama tentang diri dan dunia, paling mendasar, kaku dan terlalu general, seperti adanya keyakinan “Saya tidak berharga”. Keyakinan yang kedua yakni intermediate beliefs, keyakinan yang berisi asumsi, sikap dan aturan yang dipengaruhi oleh core belief individu, misalnya “Agar aku bisa dihargai, aku harus bisa melakukan semua yang diminta”.

2.2.4.5 Tujuan *Cognitive Behavior Therapy* (CBT)

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Egalia, tujuan terapi CBT adalah untuk mengajak klien menentang pikiran dan emosi yang salah dengan menampilkan bukti-bukti yang bertentangan dengan keyakinan mereka tentang masalah yang dihadapi (Egalia, 2016). Terapis diharapkan mampu menolong.

Klien untuk mencari keyakinan yang sifatnya dogmatis dalam diri klien dan secara kuat mencoba menguranginya. Terapis harus waspada terhadap munculnya pemikiran yang tiba-tiba mungkin dapat digunakan untuk mengubah mereka.

Dalam proses ini, beberapa ahli cognitive behavior memiliki pendapat bahwa masa lalu tidak perlu menjadi fokus penting dalam terapi, karenanya cognitive behavior lebih banyak bekerja pada status kognitif masa kini untuk diubah dari negatif menjadi positif. Sementara sebagian ahli lain berusaha menghargai masa lalu sebagai bagian dari hidup klien dan mencoba membuat klien menerima masa lalunya, untuk tetap melakukan perubahan pada pola pikir masa kini demi mencapai perubahan untuk masa yang akan datang.

Berdasarkan hal tersebut, maka teknik *Cognitive Behavior Therapy* ini diharapkan akan membantu klien dalam mengatasi masalah mereka dengan proses dan tahap rehabilitasi yang sudah ada. CBT memiliki tujuan untuk mengubah status kognitif dari negatif menjadi positif sehingga klien dapat menerima dirinya dengan perubahan pola pikir yang lebih baik dan pada akhirnya menimbulkan perilaku yang lebih baik juga.

2.2.4.6 Fokus Pendekatan *Cognitive Behavior Therapy* (CBT)

Menurut Megalia (2016), Cognitive behavior therapy (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 cognitive behavior therapy (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 cognitive behavior therapy (CBT) yaitu mengubah hubungan yang salah antara situasi permasalahan dengan kebiasaan mereaksi permasalahan, belajar mengubah perilaku, menenangkan pikiran dan tubuh sehingga merasa lebih baik, serta berpikir lebih jelas

2.2.4.7 Proses *Cognitive Behavior Therapy* (CBT)

Menurut Aaron T. Beck dalam (Oemarjoedi, 2003), konseling cognitive behavior memerlukan sedikitnya 12 sesi pertemuan. Setiap langkah disusun secara sistematis dan

terencana seperti yang akan pekerja sosial rencanakan untuk melaksanakan setiap langkah terapi yang akan dilakukan pada penanganan klien yaitu:

1. Langkah yang pertama asesmen dan diagnosa dilakukan dengan dua sesi
2. Langkah yang kedua yaitu pendekatan kognitif dilakukan sampai dua atau tiga sesi
3. Langkah yang ketiga yaitu formulasi status dilakukan sampai tiga sampai lima sesi
4. Langkah keempat fokus konseling dilakukan sampai dengan empat sampai sepuluh sesi
5. Langkah yang kelima intervensi tingkah laku dilakukan lima sampai tujuh sesi
6. Langkah keenam perubahan *core beliefs* dilakukan delapan sampai sebelas sesi.
7. Langkah yang terakhir pencegahan dilakukan dengan delapan sampai sebelas sesi.

2.2.4.8 Teknik dan Metode

Kecenderungan dalam kognitif behavior adalah dilaksanakannya pendekatan ini dalam sebuah program yang terstruktur dengan langkah demi langkah (Kuehnel dan Liberman, 1986; Freeman dan Simon, 1989). Dalam melakukan teknik CBT pada klien, maka hal-hal yang harus dilakukan oleh therapist adalah :

1. Menciptakan hubungan yang sangat dekat antara pekerja sosial dan klien. Pekerja sosial menjelaskan pada klien mengenai dasar pemikiran dari penanganan yang akan diberikan.
2. Menilai masalah, yaitu dengan mengidentifikasi, mengukur frekuensi, intensitas, dan kelayakan dari masalah perilaku dan kognisi klien.
3. Menetapkan target perubahan klien. Hal ini seharusnya dipilih oleh klien dan harus jelas, spesifik dan dapat dicapai.
4. Penerapan teknik kognitif dan behavioral (perilaku) terhadap klien.
5. Memonitor perkembangan klien, dengan menilai perilaku di setiap tahapan.
6. Mengakhiri dan merancang program lanjutan untuk menguatkan generalisasi dari apa yang didapat dari proses konseling tersebut.

Menurut McLeod (2006), Therapist CBT biasanya akan menggunakan berbagai teknik intervensi untuk mendapatkan kesepakatan perilaku sasaran dengan klien. Teknik yang biasanya digunakan adalah :

1. Menata keyakinan irasional
2. Membingkai kembali isu misalnya, menerima kondisi emosional internal sebagai sesuatu yang menarik ketimbang sesuatu yang menakutkan.
3. Mengulang kembali penggunaan beragam pernyataan diri dalam *role play* dengan *Therapist*.
4. Mencoba penggunaan berbagai pernyataan diri yang berbeda dalam situasi riil
5. Mengukur perasaan, misalnya dengan menempatkan perasaan cemas yang ada saat ini dalam skala 0-100
6. Menghentikan pikiran, misalnya daripada membiarkan pikiran cemas atau obsesional “mengambil alih”, lebih baik klien belajar untuk menghentikan pikiran cemas mereka dengan cara seperti menyabetkan karet ke pergelangan tangan.
7. Desensitisasi sistematis, dengan mengganti respon takut dan cemas dengan respons relaksasi yang telah dipelajari. Therapist membawa klien melewati tingkatan hierarki situasi untuk melenyapkan rasa takut.
8. Pelatihan keterampilan sosial atau assertive
9. Penugasan pekerjaan rumah dengan mempraktikkan perilaku baru dan strategi kognitif antara sesi terapi.
10. *In vivo exposure*, yaitu dengan memasuki situasi paling menakutkan dengan didampingi oleh Therapist misalnya mengunjungi pertokoan dengan klien yang menderita (ketakutan berlebihan terhadap tempat publik). Peran Therapist adalah memotivasi klien menggunakan teknik CBT untuk mengatasi situasi tersebut.

2.2.4.9 Karakteristik *Cognitive Behavior Therapy* (CBT)

Menurut Judit S. Beck (2003), *Cognitive Behavior Therapy* memiliki karakteristik yang membuatnya lebih khas dari teknik lainnya, yaitu:

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 relative lebih singkat dibandingkan dengan pendekatan lainnya. Rata-rata sesi terbanyak yang diberikan kepada residen hanya 12 sesi. Berbeda dengan bentuk terapi lainnya, seperti psikoanalisa yang membutuhkan waktu satu tahun. Sehingga CBT memungkinkan terapi yang lebih singkat dalam penanganannya.
3. Hubungan antara residen dengan konselor atau psikolog terjalin dengan baik; Hubungan ini bertujuan agar terapi dapat berjalan dengan baik. Konselor meyakini bahwa sangat penting untuk mendapatkan kepercayaan dari residen. Namun, hal ini tidak cukup bila tidak diiringi dengan keyakinan bahwa residen dapat belajar mengubah cara pandang atau berpikir sehingga akhirnya residen dapat memberikan konseling bagi dirinya sendiri.
4. CBT merupakan terapi kolaboratif yang dilakukan konselor atau psikolog dan residen; Konselor harus mampu memahami maksud dan tujuan yang diharapkan residen serta membantu residen 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 residen merasakan sesuatu, tapi menawarkan keuntungan perasaan yang tenang walaupun dalam keadaan sulit.

6. CBT menggunakan metode sokratik; Konselor atau psikolog ingin memperoleh pemahaman yang baik terhadap hal-hal yang dipikirkan oleh residen. Hal ini menyebabkan konselor sering mengajukan pertanyaan dan memotivasi residen 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 residen untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Konselor CBT tidak hanya mengajarkan apa yang harus dilakukan oleh residen, tetapi bagaimana cara siswa melakukannya.
8. CBT merupakan teori dan teknik didasarkan atas metode induktif; Metode induktif mendorong residen untuk memperhatikan pemikirannya sebagai sebuah jawaban sementara yang dapat dipertanyakan dan diuji kebenarannya. Jika jawaban semmentaranya salah (disebabkan oleh informasi baru), maka residen 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 residen.

2.2.5 Kajian tentang *Planning (P)* dan *Commitment (C)*

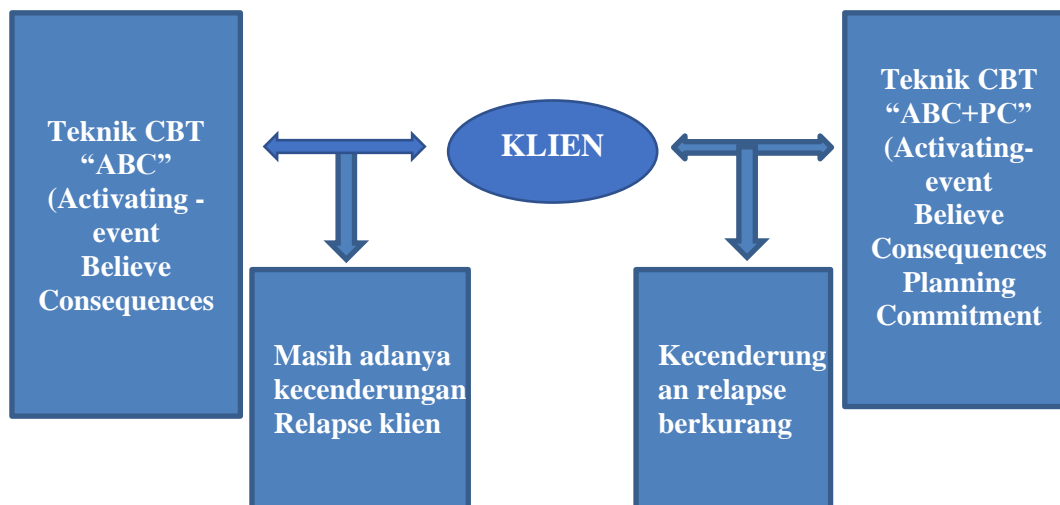
Menurut Corey (2019), prosedur terapi realitas terdiri dari *Wants, Direction and Doing, Evaluation, Planning*, dan *Commitment*, atau sering dikenal dengan istilah WDEPC. Adapun prosedur *Planning (P)* dan *Commitment (C)* dalam realitas ini digunakan oleh peneliti untuk dikombinasikan dengan Model ABC dalam CBT yang tujuannya agar klien memiliki komitmen untuk berubah kearah yang positif dan memiliki perencanaan di jangka panjang atau masa depannya untuk mempertahankan kepuhannya.

Ketika klien menentukan apa yang harus mereka ubah atau yang mereka inginkan, umumnya mereka lebih siap untuk mengeksplorasi alternatif perilaku lain yang dapat dilakukan dan membuat perencanaan bersama dengan terapis atau rencana aksi, maka diharapkan klien dapat memiliki komitmen untuk melaksanakan rencana yang telah dibuatnya. Meskipun demikian ketika klien belum menunjukkan komitmennya, maka terapis mengingatkan akan tanggungjawab terhadap tindakan dan pilihannya. Wubbolding dalam Corey (2019), mengemukakan bahwa dalam membuat perencanaan perilaku, ada beberapa hal yang harus diperhatikan yaitu:

1. Pembuatan rencana perilaku harus memperhatikan kapasitas motivasi dan kemampuan dari setiap individu.
2. Perencanaan yang baik adalah perencanaan yang sederhana dan mudah dimengerti.
3. Perencanaan yang dibuat haruslah berdasarkan pada persetujuan individu.
4. Terapis harus mendorong individu untuk membuat perencanaannya sendiri
5. Perencanaan yang baik adalah perencanaan yang bersifat repetitif dan dilakukan setiap hari
6. Perencanaan harus dilakukan sesegera mungkin
7. Perencanaan yang baik meliputi aktivitas-aktivitas yang bersifat process centered
8. Sebelum klien melakukan perencanaan, ada baiknya jika klien diminta untuk mengevaluasi perencanaan yang dibuat terlebih dahulu secara realistis
9. Untuk memastikan bahwa klien akan melaksanakan rencana yang sudah dibuat, maka klien harus membuat pernyataan secara tertulis untuk melaksanakan rencana tersebut

2.3 Kerangka Pikir Penelitian

Kerangka pikir penelitian ini digambarkan melalui suatu gambar kerangka pikir. Berikut adalah kerangka pikir penelitian yang dapat dilihat melalui gambar 2.2 di bawah ini:



Gambar 2. 2 Bagan Kerangka Berpikir Penelitian

Bagan diatas merupakan kerangka pikir penelitian. Kerangka pikir penelitian berangkat dari penerapan terapi CBT di Sentra Galih Pakuan Bogor. Terapi CBT yang diimplementasikan adalah model ABC. Model ABC dalam terapi CBT digunakan untuk mengidentifikasi dan memproses pikiran negatif dan disfungsional korban penyalahgunaan napza yag memiliki kecenderungan *relapse* di Sentra Galih Pakuan Bogor. Namun dalam praktiknya, model ABC dalam terapi CBT ini belum optimal dalam menangani perilaku kecenderungan *relapse* korban penyalahgunaan napza, karena tidak dapat meningkatkan komitmen klien untuk berubah kearah positif dan tidak dapat meningkatkan kemampuan klien untuk melakukan perencanaan terhadap kepulihannya dijangka panjang atau dimasa depan.

Berkaitan dengan hal tersebut, maka peneliti mengembangkan sebuah teknologi mengkombinasikan model ABC dam terapi CBT dengan prosedur P (Planing) dan C (Commitment) dalam terapi realitas. Teknologi ini dinamakan dengan teknik CBT "ABC+PC. Terapi ini bertujuan untuk menangani perilaku kecenderungan relapse korban penyalahgunaan napza di Sentra Galih Pakuan Bogor.

Adapun teknik CBT "ABC+PC diterapkan didalam penelitian kuantitatif. Penelitian ini dilakukan dengan mengukur perilaku kecenderungan *relapse* klien sebelum diberikannya

teknik CBT ABC+PC (baseline pertama/A1), kemudian mengukur selama pemberian teknik CBT ABC+PC (B1), dan terakhir mengukur perilaku kecenderungan *relapse* klien setelah diberikannya teknik CBT “ABC+PC” (kondisi baseline/A2). Tujuannya adalah untuk melihat pengaruh teknik CBT “ABC+PC” sebelum intervensi, selama intervensi, dan setelah intervensi terhadap penanganan perilaku relapse korban penyalahgunaan napza di Sentra Galih Pakuan Bogor.