

Agus Supriyanto, M.Pd.
Nurlita Hendiani, S.Psi., RC., ICAP 1



PENDEKATAN BIMBINGAN DAN KONSELING NARKOBA

**Panduan Pencegahan Narkoba Berbasis Masyarakat dan
Pendekatan Konseling pada Program Rehabilitasi Narkoba**



PENDEKATAN
BIMBINGAN DAN KONSELING NARKOBA
(Panduan Pencegahan Narkoba Berbasis Masyarakat dan Pendekatan
Konseling pada Program Rehabilitasi Narkoba)

Agus Supriyanto, M.Pd.
Nurlita Hendiani, S.Psi., RC., ICAP1



Penerbit K-Media
Yogyakarta, 2021

PENDEKATAN BIMBINGAN DAN KONSELING NARKOBA

**(Panduan Pencegahan Narkoba Berbasis Masyarakat dan Pendekatan
Konseling pada Program Rehabilitasi Narkoba)**

vi + 117 hlm.; 18 x 25 cm

ISBN: 978-623-316-241-8

Penulis : Agus Supriyanto, Nurlita Hendiani
Editor : Agus Supriyanto
Validator : Dr. Dody Hartanto, M.Pd.
Desain Cover : Fajar Irfani
Korektor : Prof. Dr. Suharsimi Arikunto

Cetakan 1 : Juni 2021

Copyright © 2021 by Penerbit K-Media
All rights reserved

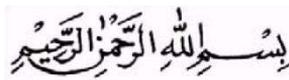
Hak Cipta dilindungi Undang-Undang No 19 Tahun 2002.

Dilarang memperbanyak atau memindahkan sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun, baik secara elektris maupun mekanis, termasuk memfotocopy, merekam atau dengan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penulis dan Penerbit.

Isi di luar tanggung jawab percetakan

Penerbit K-Media
Anggota IKAPI No.106/DIY/2018
Banguntapan, Bantul, Yogyakarta.
e-mail: kmedia.cv@gmail.com

KATA PENGANTAR



Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Allah SWT dengan ucapan Alhamdulillah wa Syukurulillah karena atas rahmat dan inayah-Nya maka buku ini dapat diselesaikan dengan baik. Buku ini disusun sebagai buku ajar bagi mahasiswa dalam mata kuliah bimbingan dan konseling narkoba. Buku ini dapat digunakan mahasiswa ataupun pembaca dalam pencegahan narkoba dan proses penyembuhan narkoba melalui peran dari masyarakat, konselor adiksi, peneliti, penyuluh, mahasiswa, siswa, maupun pemangku kebijakan di Indonesia.

Buku ini disusun hasil dari kajian penelitian yang didanai oleh Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat Universitas Ahmad Dahlan (LPPM-UAD) melalui dana Penelitian Hibah Kompetitif tahun 2018 dan didukung hasil studi pendahuluan, serta penelitian tahun 2015-2021. Buku ini ditulis bersama penulis lain yang bergerak dalam bidang pencegahan narkoba dan rehabilitasi narkoba. Penulis mengucapkan terimakasih kepada Universitas Ahmad Dahlan, Badan Narkotika Nasional, dan *Colombo Plan*, Sri Lanka.

Informasi yang disajikan dalam buku ini dapat menunjang pengetahuan, pemahaman, dan keterampilan masyarakat, konselor adiksi, peneliti, penyuluh, mahasiswa, siswa, maupun pemangku kebijakan di Indonesia atau secara luas. Informasi dalam buku kecil ini juga dapat menunjang kegiatan pengajaran, penelitian lanjutan, kegiatan pengabdian kepada masyarakat, maupun publikasi ilmiah. Harapannya dari buku ini adalah kebermanfaatannya bagi khalayak dalam program pencegahan narkoba dan rehabilitasi narkoba.

Tiada gading yang tak retak dalam penyusunan buku ini. Segala kritik, saran, dan masukan dalam buku ini dapat menunjang pengembangan buku, subtansi, dan isi yang dapat disampaikan melalui email agus.supriyanto@bk.uad.ac.id dan nurlita.hendiani@bnn.go.id. Akhir kata semoga Allah memberikan ridho terhadap ilmu

Pendekatan Bimbingan dan Konseling Narkoba
Supriyanto & Hendiani

yang kita amalkan melalui buku ini, sehingga ilmu disebarakan secara luas di Indonesia maupun Dunia Internasional.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vi
BAB 1. NARKOBA	1
1. Sejarah Narkoba	1
2. Urgensi Pendegahan dan Rehabilitasi Narkoba	4
BAB 2. BAHAYA NARKOBA	8
1. Latar Belakang Pengguna Narkoba	8
2. Faktor Penyebab Penggunaan Narkoba	9
.....	
3. Akibat Penggunaan Narkoba	14
BAB 3. PRESPEKTIF NARKOBA DALAM PANDANGAN ISLAM.....	17
BAB 4. PRESPEKTIF NARKOBA DALAM PANDANGAN PSIKOLOGIS .	21
1. Dimensi Budaya, Lingkungan, dan Media Sosial	11
2. Dimensi <i>Spiritualism</i>	23
3. Dimensi Kognitif	24
4. Dimensi Afektif	25
5. Dimensi Aktif	27
BAB 5. PENCEGAHAN NARKOBA BERBASIS MASYARAKAT	32
1. Arah Kebijakan Nasional	32
2. Strategi Nasional	33
3. <i>Demand Reduction</i>	37
4. <i>Supply Reduction</i>	39
5. Peran Konselor dalam Program P4GN	39
BAB 6. REHABILITASI NARKOBA	41
1. Rehabilitasi Narkoba	41
2. Kompetensi Konselor Adiksi	46

3. Model Transformasi Identitas	48
4. Peran Konselor Adiksi	52
BAB 7. ASESSMENT	54
1. Wawancara	57
2. Tes	59
3. <i>Behavioral Assessment</i>	60
4. <i>Self Monitoring</i>	62
5. Skala Penilaian	62
BAB 8. BIMBINGAN DAN KONSELING	63
1. Konsep Bimbingan dan Konseling	63
2. Bimbingan bagi Pecandu Narkoba	66
BAB 9. PENDEKATAN KONSELING	72
1. Konseling Keluarga	72
2. Konseling dengan Pendekatan <i>Cognitif Behaviour Therapy</i> (CBT)	73
3. <i>Peace Counselling</i>	75
4. Konseling dengan Pendekatan Psikoanalisis	77
5. Konseling dengan Pendekatan Behavioristik	80
6. Konseling dengan Pendekatan Analisis Transaksional	82
7. Konseling dengan Pendekatan <i>Rational Emotive Behaviour Therapy</i>	83
8. Konseling dengan Pendekatan Realitas	88
9. Konseling dengan Pendekatan <i>Person Centered</i> (PCT)	90
10. Konseling dengan Pendekatan Gestalt	93
DAFTAR PUSTAKA	102
RENCANA PEMBELAJARAN SEMESTER	112
RIWAYAT HIDUP PENULIS	117

BAB 1

NARKOBA

1. Sejarah Narkoba

Rasa ingin tahu merupakan salah satu sifat dasar yang dimiliki manusia. Rasa ingin tahu mendorong manusia bertanya untuk mendapatkan pengetahuan. Setiap manusia yang berakal sehat sudah pasti memiliki pengetahuan, baik berupa fakta, konsep, prinsip, maupun prosedur tentang suatu obyek. Pengetahuan dapat dimiliki berkat adanya pengalaman atau melalui interaksi antara manusia dengan lingkungannya. Pengetahuan yang salah dapat menimbulkan efek jangka panjang bagi kehidupan manusia, salah satunya pengetahuan yang salah tentang narkoba.

Narkoba menurut kamus narkoba dalam (Manafe, 2011:4) adalah singkatan dari narkotika, Psikoterapi, dan bahan adiktif lain. Sedangkan Narkotika adalah zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman, baik sintetis maupun semisintetis, yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa, mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri, dan dapat menimbulkan ketergantungan (Isnaini, 2017).

Problematika penyalahgunaan narkotika merupakan masalah yang harus mendapat perhatian bagi negara Indonesia, serta perhatian bagi dunia Internasional. Memasuki abad ke-21 atau era milenial, dunia internasional memiliki perhatian terhadap masalah narkotika yang semakin meningkat, salah satu dapat dilihat melalui *Single Convention on Narcotic Drugs* pada tahun 1961 (Bewley-Taylor & Jelsma, 2012; Cleary et al., 2010; Lines, 2011). Masalah narkotika sangat penting mengingat bahwa narkotika merupakan zat yang dapat merusak fisik dan mental individu dengan gangguan penyalahgunaan zat tanpa resep dokter.

Pendekatan Bimbingan dan Konseling Narkoba Supriyanto & Hendiani

Liga Bangsa-Bangsa pada tahun 1909 di Shanghai, China telah menyelenggarakan persidangan tentang cara-cara pengawasan perdagangan gelap obat bius. Selanjutnya pada persidangan komisi opium (*Opium Commision*) menghasilkan traktat pertama mengenai pengawasan obat bius, yaitu Konvensi Internasional tentang Opium (*International Opium Convention*) di Den Haag Belanda pada tahun 1912 (Wright, 1912). Pertemuan antara para anggota Perserikatan Bangsa-Bangsa di New York, Amerika Serikat pada tanggal 30 Maret 1961 telah menghasilkan Konvensi Tunggal Narkotika 1961 (Lande, 1962) dan telah berubah melalui Perubahan Konvensi Tunggal Narkotika, 1961 (Assembly, 1972), dan Konvensi Psikotropika 1971 (Khan, 1979), di Austria pada tanggal 25 Maret 1972 dan Konvensi Perserikatan Bangsa Bangsa tentang Penanggulangan dan Pemberantasan Peredaran Gelap Narkotika 1988 (Gurule, 1998).

Bertolak dari upaya badan-badan Internasional dalam mencegah dan upaya membrantas kejahatan narkotika yang bersifat Internasional tersebut, Indonesia juga telah mengupayakan seperangkat Instrumen pengaturan guna mencegah dan menindaklanjuti kejahatan penyalahgunaan narkotika dan psikotropika. Sebagai bukti keseriusan pemerintah Indonesia dalam menanggulangi penyalahgunaan narkotika tersebut telah diwujudkan dengan dikeluarkannya Undang-undang nomor 9 tahun 1976 tentang Narkotika. Sebelum dikeluarkan Undang-undang nomor 9 tahun 1976, pada zaman Penjajah Hindia Belanda telah dikeluarkan Undang-undang tentang obat bius yang dikenal dengan *Verdoovende Middelen Ordonnantie Stbl 1927 No. 278 no 536*) telah diubah dan ditambah kemudian di kenal dengan Undang-undang Obat Bius). Undang-undang obat bius (*Verdoovende Middelen Ordonnatie S. 27-278 no 536* tanggal 12 Mei 1927 mulai berlaku 1 Januari 1928). Undang – undang obat bius ini dimuat seluruhnya untuk menunjukkan bahaya narkoba pada waktu itu (1927). Undang – undang obat bius ini disempurnakan lagi

dengan di undangkannya kedalam lembaran tambahan tanggal 22 Juli 1927 dan 3 Februari 1928.

Mengingat Stbl 1927 No. 278, jo. No 536 tentang obat bius tersebut sudah terlampau lama, sehingga tidak bisa di terapkan untuk menanggulangi kejahatan penyalahgunaan narkotika dewasa ini, mengingat modus operandi yang dilakukan oleh para pelaku yang makin canggih. Menanggapi hal tersebut, guna menanggulangi tindak pidana penyalahgunaan narkotika dikeluarkan instruksi Presiden RI Nomor 6 tahun 1971, yang mengatur mengenai usaha-saha penanggulangan masalah-masalah sosial, diantaranya berkenaan dengan narkotika. Namun dalam pemberlakuannya terdapat kelemahan-kelemahan yang terletak pada dasar hukum pengaturan narkotika, sehingga instruksi Presiden tersebut tidak diberlakukan lagi sekaligus mencabut pemberlakuan *Verdoovenden Middelen Ordonantie* dan yang terakhir dikeluarkanlah Undang-undang nomor 35 tahun 2009 tentang narkotika (Tarigan et al., 2013).

Pada tahun 1990-an *ecstasy*, shabu, dan heroin memasuki pasaran Indonesia. Penyebaran narkoba terus berkembang dan menimbulkan masalah penyalahgunaan narkoba di Indonesia. Penyalahgunaan narkoba semakin meluas dan mengkhawatirkan. Penyalahgunaan narkoba tidak hanya terjadi di perkotaan, melainkan juga menjangkau ke wilayah perdesaan. Masalah penyalahgunaan narkoba merupakan masalah kompleks dan memerlukan upaya penanggulangan yang komprehensif dengan kerjasama multidisipliner, multisektor, dan peran serta masyarakat secara aktif. Penanggulangan narkoba harus dilaksanakan secara berkesinambungan, konsekuen, dan konsisten, walaupun dalam dunia kedokteran sebagian besar narkoba masih bermanfaat bagi pengobatan. Jika narkoba disalahgunakan atau digunakan tidak menurut indikasi medis atau standar pengobatan akan berakibat sangat merugikan bagi individu maupun masyarakat luas khususnya generasi muda di era milenial, terlebih lagi bila disertai dengan peredaran di jalur ilegal.

2. Urgensi Pencegahan dan Rehabilitasi Narkoba

Problematika narkoba berkaitan dengan ketergantungan maupun kecanduan yang dapat bervariasi dampaknya secara signifikan. Pengguna zat adiktif narkoba berasal dari semua lapisan masyarakat dan gender. Pengguna narkoba juga berasal dari individu yang memiliki permasalahan kesehatan mental, pekerjaan, dan kesehatan/ sosial. Ketergantungan dan kecanduan dari gangguan adiktif menjadi sangat sulit jika terkontaminasi, sehingga menjadi kondisi yang tidak diinginkan pada pengguna zat adiktif. Awal mula dan proses perkembangan individu dengan gangguan penyalahgunaan zat adiktif narkoba tidak terjadi dengan sendirinya. Awal mula atau penyertai individu menggunakan zat dapat diawali secara langsung maupun tidak langsung, sehingga adanya dorongan bagi individu menggunakan barang haram tersebut yaitu narkoba. Dorongan individu menggunakan narkoba berasal dari semua aspek pada fungsi pengguna zat adiktif, yaitu keluarga, tempat kerja, maupun masyarakat sekitar (Piptakul, 2010).

Undang-undang nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika menjelaskan bahwa pengguna zat adiktif narkotika maupun korban penyalahgunaan narkoba wajib menjalani rehabilitasi. Proses rehabilitasi korban penyalahgunaan narkoba melalui dua tahapan program penanganan atau rehabilitasi yaitu (1) rehabilitasi medis, dan (2) rehabilitasi sosial. Rehabilitasi medis berkaitan dengan proses perawatan kesehatan fisik kepada pengguna zat, sehingga mengurangi zat-zat adiktif dalam tubuh pengguna. Kemudian rehabilitasi sosial ditujukan untuk mengembalikan kondisi psikis dan sosial pengguna zat. Metode yang digunakan dalam proses rehabilitasi korban penyalahgunaan narkoba melalui program 12 Langkah, *Therapeutic Community* atau TC, pendekatan konseling (Aryanata et al., 2017). Kegiatan dari proses rehabilitasi meliputi (1) bimbingan fisik melalui kegiatan olah raga, rekreasi, dan perawatan kesehatan, (2) bimbingan mental psikologik melalui proses konseling, terapi kelompok, dan lain-lain. Bimbingan mental keagamaan

melalui proses ibadah, ceramah agama, pendidikan budi pekerti, kegiatan keagamaan, dan sebagainya. Bimbingan sosial melalui proses sesi kelompok, terapi kelompok/ dinamika kelompok, simulasi, *role playing*, dan lain-lain. Pelatihan/ bimbingan kerja atau karir maupun bimbingan belajar dan praktik belajar kerja. Tahap rehabilitasi juga dilakukan pula konseling keluarga, *home visit*, *family support group* (Cursel, 2013).

Peran konselor adiksi sebagai lulusan dari program studi bimbingan dan konseling memiliki peran strategis. Peran konselor untuk membantu dalam program Pencegahan, Pemberantasan, Penyalahgunaan dan Peredaran Gelap Narkoba (P4GN) dan Program Rehabilitasi Narkoba pada pengguna zat adiktif Narkoba. Konselor atau pembimbing adalah individu yang mempunyai keahlian dalam melakukan konseling dan menggali pengetahuan tentang program rehabilitasi lebih dalam. Konselor dalam hal ini juga dapat mencari celah atau cara untuk menyesuaikan dengan kondisi yang ada, dan menjadi panutan atau *role model* bagi pelaksanaan rehabilitasi.

Selain metode rehabilitasi medis, adapula rehabilitasi dengan pendekatan religius. Pendekatan ini menggunakan agama sebagai cara individu mendekatkan diri kepada Yang Maha Kuasa (Allah SWT). Rehabilitasi religius menggunakan cara ibadah dalam mereduksi pikiran dan perasaan individu untuk tidak lagi menggunakan zat adiktif/ Narkoba. Peran konselor dalam bidang agama sebagai perantara bagi pengguna zat untuk sembuh/ pulih dari ketergantungan.

Menurut Peters dan Shertzer mendefinisikan bimbingan sebagai, “*the process of helping the individual to understand himself and his world so that he can utilize his potentialities* (Wilis, 2004).” (Proses membantu individu untuk memahami diri dan dunianya sehingga dia dapat menyatukan potensi diri yang dimilikinya). Bantuan yang diberikan oleh konselor adiksi pada pengguna zat adiktif narkoba sebagai manusia merupakan bagian integral dalam program rehabilitasi. Bimbingan merupakan bagian integral pula dalam implementasi

pelaksanaan layanan konseling bagi pengguna zat adiktif narkoba oleh konselor. Konselor perlu mengetahui potensi-potensi yang dimiliki oleh pengguna zat adiktif narkoba untuk pengembangan dirinya. Harapannya adalah berkembangnya potensi dari pengguna zat adiktif narkoba yang berkembang secara positif dan dapat diimplementasikan dalam kehidupannya setelah menjalani program rehabilitasi (pasca rehabilitasi narkoba).

Selain bimbingan, konselor perlu melakukan usaha melalui konseling. Konseling merupakan serangkaian kegiatan paling pokok dari bimbingan dalam usaha membantu klien / pengguna zat secara tatap muka langsung dengan tujuan agar pengguna zat dapat mengambil tanggung jawab sendiri terhadap berbagai persoalan atau masalah khusus maka masalah yang dihadapi oleh pengguna zat dapat teratasi semuanya (Winkel & Hastuti, 2005). Selain itu, *“Counseling is a healing and educational service. The Rehabilitation Counselor determines what the most appropriate treatment modality, individual, group, or family counseling is required for the client”* (Millis & Levine, 2013). Proses tatap muka ini menjadi bagian integral dalam pengembangan diri pengguna zat adiktif narkoba yang memiliki problem dalam program rehabilitasi. Proses tatap muka melibatkan konselor dan pengguna zat (pengguna zat adiktif narkoba) serta keluarga maupun pihak lain jika diperlukan. Konseling dilaksanakan saat pengguna zat adiktif narkoba memiliki problem yang menyangkut aspek kognitif, afektif, konasi, maupun psikomotorik. Aspek-aspek tersebut perlu dirubah untuk mendukung keberhasilan dari program rehabilitasi (rehabilitasi medis dan sosial).

Bimbingan dan konseling memiliki peran bagi pelayanan yang mendukung program Pencegahan, Pemberantasan, Penyalahgunaan dan Peredaran Gelap Narkoba (P4GN) dari Badan Narkotika Nasional. Salah satu upaya adalah pembentukan desa siaga ini harus dilakukan secara komprehensif dan simultan oleh *stakeholder* yang ada di lini bawah, di tingkat Desa/ Kelurahan yaitu Kepala Desa/Lurah. Keberhasilan pelaksanaan program P4GN

terletak pada keberhasilan pelaksanaan kegiatan penyuluhan kepada seluruh lapisan masyarakat sehingga secara bertahap masyarakat sendiri mempunyai kemampuan untuk menangkal bahaya narkoba. Pelaksanaan penyuluhan secara merata dibutuhkan sejumlah pelaksanaan yang tidak hanya mencakup dari segi jumlahnya saja akan tetapi harus juga memenuhi dari segi pengetahuannya (Towakit & Palu, 2014).

Bimbingan dan konseling juga memiliki peran dalam pelayanan yang mendukung program rehabilitasi narkoba. Fungsi konseling tercipta melalui faktor konseling, sehingga mampu meningkatkan ketahanan pribadi pemuda korban narkoba. Dampak dari fungsi konseling, terciptanya ketahanan pribadi yang tertanam dengan kuat, agar mampu menghadapi tekanan lingkungan sosial dengan tangguh. Pelayanan konseling adiksi menciptakan profesi konselor adiksi di Indonesia dan Internasional. Kebijakan Undang-undang nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika menjadi bagian integral dari bimbingan dan konseling bagian integral menjadi peranan konselor adiksi dan penyuluh untuk mendukung program dari Badan Narkotika Nasional Republik Indonesia. Buku ini dapat dijadikan rujukan bagi konselor sekolah, konselor adiksi, maupun mahasiswa untuk mendukung program Badan Narkotika Nasional Republik Indonesia.

BAB 2

BAHAYA NARKOBA

1. Latar Belakang Pengguna Narkoba/ Zat

Pengguna zat yang berasal dari seluruh elemen masyarakat. Pengguna zat berasal dari pelajar (siswa atau mahasiswa), ibu rumah tangga, wirausaha, ayah, maupun lansia. Awal mula pengguna zat adalah korban dari peredaran narkoba dari berbagai pendekatan dalam berwirausaha, perdagangan online, maupun jajanan yang diberikan secara gratis/ murah dari pelaku. Pelajar merupakan sasaran mudah bagi pengedar narkoba, sebab lebih dari 75% penyalahgunaan narkoba adalah remaja yang berusia 15 - 25 tahun. Remaja adalah masa krusial dalam kehidupan manusia, karena umumnya mereka terlibat penyalahgunaan narkoba. Situasi penggunaan awal disebabkan pengaruh kelompok sebaya, dan tidak diketahui tentang penyalahgunaan obat yang dinilai dari spiritual, hukum, dan obat bius yang bisa menghancurkan dirinya sendiri (Widodo, 2009).

Ibu rumah tangga sebagai pengguna zat diakibatkan dari depresi. Depresi yang dialami ibu rumah tangga akibat dari beberapa sebab. Umumnya ibu rumah tangga menggunakan narkoba dari suaminya yang melakukan penyimpangan sosial atau suami juga sebagai pengguna zat. Sebab berikutnya adalah kurangnya pengetahuan dan kesadaran perempuan ibu rumah tangga. Potensi kekerasan seksual terhadap perempuan, khususnya dalam rumah tangga yang memiliki peluang terkena iInfeksi menular seksual (IMS), termasuk HIV/ AIDS (Dalimoenthe, 2011).

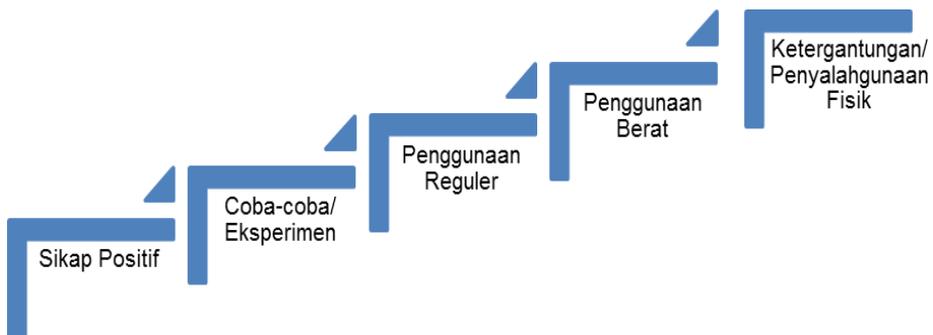
Latar belakang individu sebagai pecandu turut mempengaruhi individu lain menggunakan narkoba. Faktor keluarga menjadi penentu pula akibat keluarga harmonis dan ada pula yang *broken home*. Keluarga yang harmonis dan memberikan kepercayaan penuh. Akibatnya kepercayaan penuh dan tidak

diimbangi oleh tanggungjawab, menimbulkan efek dari dalam diri individu. Keluarga harmonis perlu hati-hati dengan memberikan tanggungjawab kepada anggota keluarga. Tidak hanya keluarga harmonis, tetapi keluarga *broken home* menimbulkan efek kepada anggota keluarga menggunakan narkoba. Efek tersebut akibat munculnya problematika dan individu tidak mampu menghadapi, menanganani, dan menyelesaikan problematika.

2. Faktor Penyebab Penggunaan Narkoba

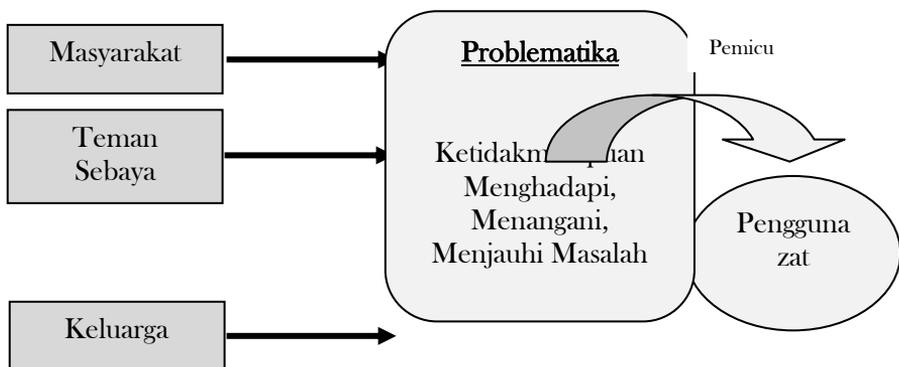
Faktor penyebab penggunaan narkoba bahwa pengguna zat terpengaruh oleh lingkungan pengguna zat atau pun bandar narkoba, kemudian hasrat ingin mencoba narkoba, dan yang terakhir narkoba dijadikan sebagai obat penenang saat menghadapi masalah. Fakta tersebut mengungkap bahwa lingkungan menjadi faktor penentu individu menggunakan zat haram atau narkoba. Teman sebaya adalah faktor utama individu menggunakan narkoba. Coba-coba dari hasil dari toleransi dari keinginan penggunaan zat. Hasil akhirnya bahwa pecandu memiliki pemikiran bahwa narkoba memberikan manfaat bagi dirinya.

Penyebab gangguan penyalahgunaan dan ketergantungan zat pada diri individu sehingga menjadi tergantung pada zat umumnya melalui suatu proses perkembangan (Davison et al., 2004). Pertama individu tersebut memiliki sifat positif terhadap obat tersebut. Kedua, mulai bereksperimen menggunakan. Ketiga, mulai menggunakan secara teratur. Keempat, mulai menggunakan secara berlebihan. Akhirnya, penyalahgunaan atau menjadi tergantung secara fisik. Pemikiran dasarnya adalah setelah menggunakan secara berlebihan dalam waktu yang lama orang tersebut akan terikat dengan proses biologis toleransi dan putus zat. Proses tersebut dipengaruhi oleh perilaku yang berproses (pembiasaan) pada kehidupan individu pemakai. Kecanduan narkoba adalah penyakit kejiwaan sejati yang disebabkan oleh interaksi antara individu yang rentan dan jumlah/durasi narkoba yang digunakan (Piazza & Deroche-Gamonet, 2013).



Gambar 1. Proses Penyalahgunaan Narkoba

Penggunaan zat ditinjau dapat ditinjau dari kondisi sosial. Kondisi sosial sebagai pemicu individu menggunakan narkoba. Pemicu pengguna zat menggunakan narkoba diantaranya ketidakharmonisan dalam keluarga, tidak mampu menghadapi dan menangani masalah, menjauhkan diri dari lingkungan masyarakat serta pecandu tinggal dalam lingkungan pemakai narkoba. Konteks keluarga, masyarakat, dan lingkungan teman sebaya merupakan pemicu dari penggunaan narkoba.

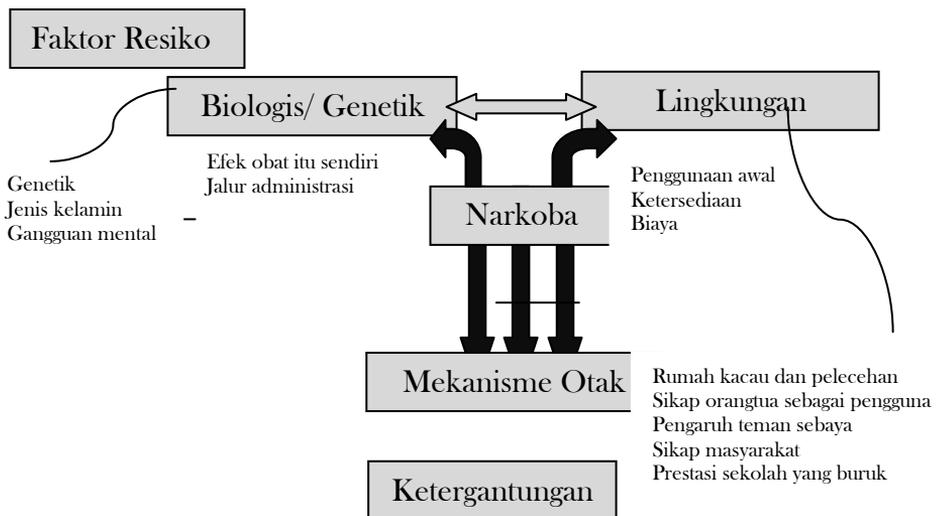


Gambar 2. Penyebab Penyalahgunaan Narkoba

Faktor pemicu pada pengguna zat mengkonsumsi narkoba diantaranya yaitu hubungan dalam keluarga yang tidak harmonis dan ingin menghindari masalah yang dialami. Dampak sosial dari penggunaan narkoba diantaranya yaitu memperburuk hubungan keluarga yang tidak harmonis, dijauhi teman-teman yang

bukan pengguna zat, ketergantungan pada narkoba sebab bila tidak mengkonsumsi menjadikan pecandu kurang bergairah atau kurang bersemangat, menimbulkan stigma di lingkungan masyarakat, dikucilkan dari masyarakat dan menjadi beban keuangan keluarga.

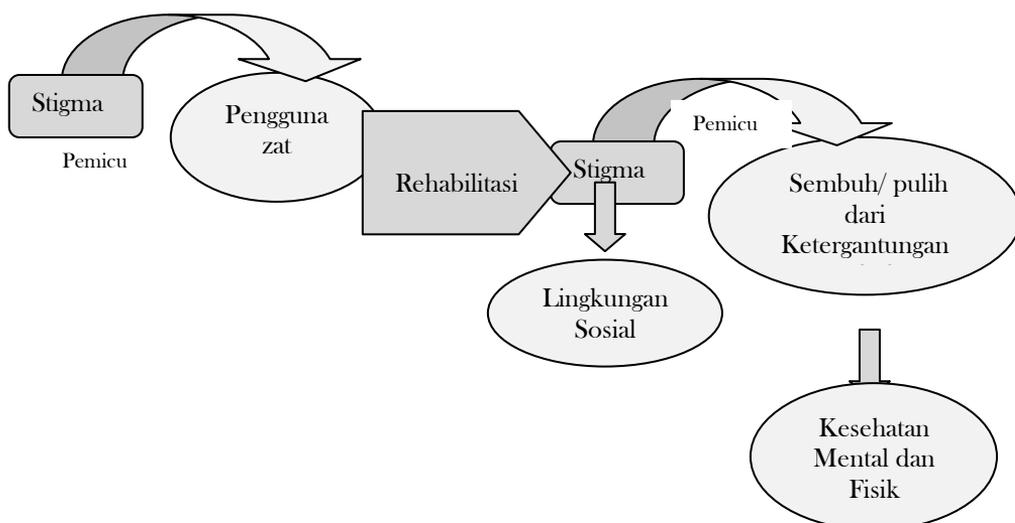
Galea & Vlahov (2002), mengungkap pula bahwa faktor sosial dan ekonomi membentuk perilaku berisiko dan kesehatan pengguna zat. Lingkungan sosial mempengaruhi kesehatan secara tidak langsung dengan membentuk perilaku penggunaan narkoba. Lingkungan sosial juga mempengaruhi kesehatan secara langsung dengan mempengaruhi ketersediaan sumber daya, akses terhadap sistem kesejahteraan sosial, marginalisasi, dan kepatuhan terhadap pengobatan. dampak buruk tersebut terhadap faktor-faktor sosial berkontribusi terhadap *disparitas* kesehatan di kalangan pengguna zat. Faktor sosial dari penggunaan narkoba perlu adanya intervensi. Intervensi kesehatan masyarakat dan pergaulan sosial ditujukan untuk meningkatkan kesehatan dan pemilihan teman dalam pergaulan.



Gambar 3 Faktor Resiko Penyalahgunaan Narkoba

Lingkungan sosial pengguna zat menimbulkan stigma atau *cap* bagi korban atau pengguna zat. Stigma merupakan berbagai pandangan orang yang menilai diri

individu negatif, perilaku yang negatif sampai pada pemikiran yang bersifat negatif. Stigma muncul persepsi dari teman, tetangga, orang lewat atau bahkan dari keluarga dan orang tua. Stigma dari masyarakat dan keluarga menimbulkan efek psikologis bagi pengguna zat. Efek dari stigma tersebut mempengaruhi seluruh elemen dalam diri pecandu. Elemen dalam diri pecandu atau pengguna zat untuk sembuh/ pulih seperti efikasi diri, persepsi dukungan keluarga atau masyarakat, motivasi, *self regulated of emotion*, dan kesadaran diri dalam bentuk pemikiran, perilaku, perasaan pecandu.

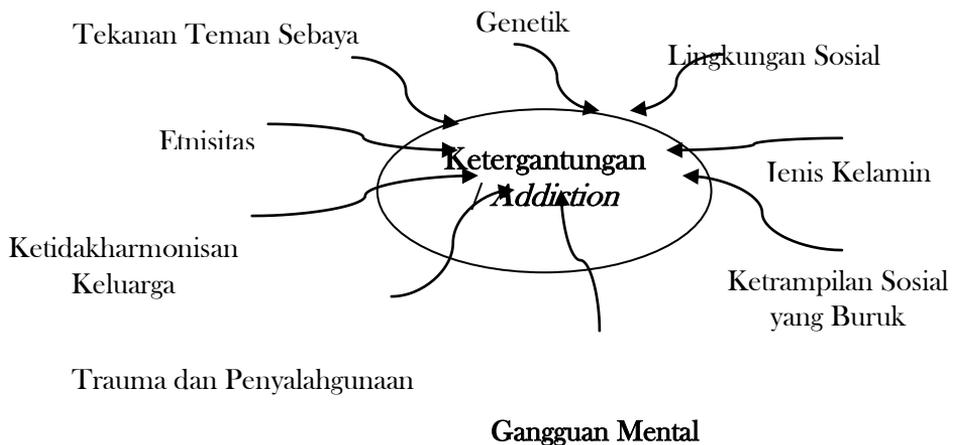


Gambar 4 Pemicu Penyalahgunaan Narkoba dan Pemicu untuk sembuh/ pulih dari Ketergantungan

Keluarga pasca rehabilitasi merasa pengguna zat yang telah direhabilitasi tidak bisa berubah. stigma yang muncul dalam diri keluarga memengaruhi keinginan untuk sembuh/ pulih. Muncul kembali dari diskriminasi dalam penggunaan *handphone* dan uang. Perlu diketahui pula bahwa pada masa pecandu sebelum direhabilitasi, maka ketergantungan narkoba dampak lingkungan sosial yang kompleks pada era modern. Zaman *gadget* atau *smartphone* mempengaruhi

pola hidup individu. Pola hidup individu ini mempengaruhi pengeluaran individu melalui uang. Diskriminasi dari keluarga dan masyarakat dalam penggunaan *handphone* dan uang mempengaruhi keinginan untuk sembuh/ pulih.

Ahern et al., (2007) mengungkap stigmatisasi mempengaruhi kesehatan orang-orang yang menggunakan obat-obatan terlarang, melalui paparan stres kronis seperti diskriminasi dan sebagai penghalang untuk mengakses perawatan. Aspek stigma dan diskriminasi berkaitan dengan kesehatan mental dan fisik di kalangan pengguna zat. Pengguna zat yang merasa dirinya didiskriminasikan dan terasing akan menimbulkan kesehatan mental yang buruk dan perasaan yang terdiskriminasikan berkaitan dengan kesehatan fisik yang buruk. Cornwell & Waite (2009) juga menjelaskan hubungan antara keterputusan dan kesehatan mental dapat terrealisasi jika ada hubungan yang kuat antara isolasi yang dirasakan dan kesehatan mental pengguna zat yang ingin sembuh/ pulih.



Gambar 5 Faktor yang Berkontribusi terhadap Penyalahgunaan Narkoba

3. Akibat Penggunaan Narkoba

Narkotika adalah sumber dari tindakan kriminalitas yang bisa merusak norma dan ketentraman umum. Penggunaan narkoba memiliki dampak serius bagi individu sebagai pengguna. Akibat-akibat penggunaan narkoba berdampak pada aspek-aspek kehidupan manusia. Penggunaan narkoba pada pelajar membuat hidup menjadi berantakan. Pertama pada siswa, yaitu putus sekolah. Kedua, tidak dipercaya keluarga sebab tidak bisa menjadi anak atau ibu yang baik. Ketiga, anak dan pasangan tidak terurus bagi yang telah menjadi suami atau istri. Keempat, bagi pekerja adalah dipecat dari pekerjaan. Kelima, pada individu secara umum, yaitu keuangan berantakan, sulit mengontrol diri sendiri dari pemikiran yang negatif, perasaan yang negatif seperti merasa bersalah, dan perilaku yang maladaptif seperti mencuri, sakit secara fisik, ketidakjujuran.

Dampak negatif dari penggunaan narkoba mempengaruhi pada tubuh baik secara fisik, psikologis, ataupun kondisi religius akibat proses ketergantungan. Ketergantungan fisik akan mengakibatkan rasa sakit yang luar biasa (*sakaw*) bila terjadi putus obat (tidak mengkonsumsi obat pada waktunya) dan dorongan psikologis berupa keinginan sangat kuat untuk mengkonsumsi (biasa disebut *sugest*). Gejala fisik dan psikologis ini juga berkaitan dengan gejala sosial seperti dorongan untuk membohongi orang tua, mencuri, pemarah, manipulatif, dan sebagainya (Adam, 2012). Ketergantungan narkoba menimbulkan gangguan psikotik dan gangguan mental (Degenhardt & Hall, 2012). Gangguan mental/ kejiwaan terutama skizofrenia, gangguan bipolar, depresi, dan gangguan *attention-deficit-hyperactivity*, dikaitkan dengan peningkatan risiko pelecehan.

Ketergantungan zat adalah kelainan kronis yang kambuh dimana perilaku mencari obat terlarang dan perilaku obat-obatan terus berlanjut meskipun ada konsekuensi negatif yang serius. Zat adiktif menginduksi keadaan yang menyenangkan (euforia pada fase inisiasi) atau menghilangkan tekanan. Penggunaan yang terus berlanjut menginduksi perubahan adaptif pada

sistem saraf pusat yang menyebabkan toleransi, ketergantungan fisik, sensitisasi, keinginan, dan kambuh. Umumnya, obat adiktif atau narkoba dapat bertindak sebagai *reinforcers* positif (menghasilkan euforia) atau sebagai *reinforcers* negatif (mengurangi gejala penarikan atau disforia). Rangsangan lingkungan (*cues*) yang terkait dengan penggunaan narkoba itu sendiri juga dapat menyebabkan respons terkondisi (penarikan atau keinginan) tanpa adanya obat (Spanagel & Weiss, 1999).

Reinforcers positif maupun negatif menimbulkan otak bekerja tidak sesuai kondisi seharusnya. Disosiasi antara nilai insentif obat (keinginan) dan efek menyenangkan atau hedonisnya (kesukaan), sehingga sistem otak yang terlibat dalam mekanisme penghargaan menjadi *hipersensitisasi* terhadap efek langsung dari narkoba dan rangsangan terkait yang tidak terkait langsung dengan narkoba (Robinson & Berridge, 2001). Sistem otak ini sebenarnya mengalami penurunan fungsi, sehingga menimbulkan pemikiran, perasaan, dan perilaku tidak terkendali oleh individu. Salah satunya adalah keinginan pengguna untuk terus-menerus mencari obat terlarang. Perilaku mencari obat dan perilaku obat-obatan terlarang difasilitasi oleh kesulitan dalam pengambilan keputusan dan kemampuan untuk menilai konsekuensi dari tindakan individu (Robinson & Berridge, 2004).

Kesulitan dalam pengambilan keputusan dan kemampuan untuk menilai konsekuensi dari tindakan merupakan dampak besar penggunaan narkoba. Dampak-dampak tersebut disebabkan otak yang tidak bekerja sesuai keinginan. Kesulitan tersebut mempengaruhi dimensi kognitif individu pengguna. Kesulitan kognitif ini dikaitkan dengan defisit dalam aktivasi area di korteks prefrontal (Goldstein & Volkow, 2002).



Gambar 6. Tipe Perilaku akibat Ketergantungan Zat

Ketergantungan zat merupakan penyakit medis dan kronis. Gejala penarikan diri dapat diobati, dan terapi rehabilitasi tersedia untuk sebagian besar obat-obatan penyalahgunaan, tetapi pengembangan strategi jangka panjang berdasarkan pengobatan, dukungan psikososial, dan pemantauan lanjutan. Rehabilitasi medis dan sosial sebagai cara utama untuk kesembuhan pecandu. Selain rehabilitasi medis dan sosial, adapula pendekatan spiritual untuk mendekatkan diri pada Yang Maha Kuasa/ Pencipta alam semesta ini. Berikut tipe-tipe perilaku akibat ketergantungan zat.

BAB 3

PRESPEKTIF NARKOBA DALAM PANDANGAN ISLAM

Al-Qardhawi (1993) menuliskan *Al-Khamru maa khaamaral aqla* (arak ialah semua bahan yang dapat menutupi akal), suatu ungkapan yang pernah dikatakan oleh Umar Ibnul- Khattab dari atas mimbar Rasulullah s.a.w. Kalimat ini memberikan pengertian yang tajam sekali tentang apa yang dimaksud khamar, sehingga dengan demikian tidak banyak lagi pertanyaan-pertanyaan dan kesamaran. Dampak dari penggunaan narkoba tentu saja lebih parah dibandingkan penggunaan khamar salah satunya karena membuat otak individu menjadi rusak. Bila khamar saja yang diharamkan oleh Allah SWT, apalagi narkoba karena bahaya penggunaan narkoba lebih dasyat dibandingkan penggunaan khamar. Narkoba, seperti ganja, ekstasi, putau sangat besar pengaruhnya bagi fikiran manusia sehingga dapat menyebabkan yang jauh mendekat dan yang mendekat kelihatan menjauh serta yang sakit atau berbahaya terasa menyenangkan.

Kasus kecelakaan yang menimpa AS (Januari 2012) dimana AS sebagai pengemudi kendaraan bermobil menabrak beberapa orang di kawasan Tugu Tani Jakarta, kejadian tersebut disebabkan adanya pengaruh penggunaan narkoba yang membuat sopir kendaraan tersebut merasa bahwa jalanan yang sedang dilaluinya luas dan sepi (efek halusinasi) sehingga pelaku memacu kendaraannya dengan cepat dan pada akhirnya menabrak dan menyebabkan berapa orang meninggal. Allah SWT berfirman bahwa *"Hai orang-orang yang beriman! Sesungguhnya arak, judi, berhala, dan undian adalah kotor dari perbuatan syaitan. Oleh karena itu jauhilah dia supaya kamu bahagia. Syaitan hanya bermaksud untuk mendatangkan permusuhan dan kebencian di antara kamu disebabkan khamar dan judi, serta menghalangi kamu ingat kepada Allah dan sembahyang. Apakah kamu tidak mau berhenti?"* (Al- Maidah: 90-91).

Surat Al-Maidah menunjukkan tentang keharaman beberapa hal, keharaman tersebut dikarenakan mengandung keburukan bila dikerjakan. Tentu saja individu yang menggunakan narkoba akan melupakan ibadah kepada Allah SWT. Hari-harinya dihabiskan untuk mencari dan mengkonsumsi narkoba karena apabila tidak menikmati barang haram, tubuhnya merasakan sakit atau sakau. Narkoba atau narkotika dapat mengganggu kemurnian jiwa, merusak moral dan menyebabkan perilaku seks bebas.

Dibalik itu semua, narkoba atau narkotik dapat menghabiskan uang dan merobohkan rumah tangga. Uang yang dipakai untuk membeli bahan makanan atau keperluan rumah tangga tersebut adalah oleh pecandu-pecaudu narkoba akan diambilnya dari harta hidup anak-anaknya, orang tuanya, dan istrinya, dan mungkin individu akan berbelok ke suatu jalan yang tidak baik yaitu dengan mengambil keuntungan dari penjualan narkoba atau narkotik seperti menjadi pengedar atau bahkan mencuri harta benda orang lain bahkan harta benda orang tuanya. Semua ini dilakukan hanya untuk memenuhi kebutuhan barang haram. Penjelasan ini menunjukkan bahwa individu pengguna zat merusak beberapa hal yaitu merusak agama, jiwa, akal, kehormatan dan harta padahal agama, jiwa, akal, kehormatan dan harta adalah beberapa hal yang dijaga di dalam ajaran agama Islam.

Al-Qardhawi (1993) menyatakan bahwa “haramnya narkotik ini telah disepakati oleh ahli-ahli fiqih yang pada zamannya dikenal dengan nama *alkhabaits* (yang jelek-jelek)”. Syaikhul Islam Ibnu Taimiyah dalam tinjauannya, mengatakan: "Ganja (*hasyisy*) adalah bahan yang haram, baik orang yang merasakan itu mabuk ataupun tidak. *Hasyisy* selalu dipakai oleh orang-orang jahat, karena di dalamnya mengandung unsur-unsur yang memabukkan dan menyenangkan. Biasanya dicampur dengan minuman-minuman yang memabukkan. Bedanya *hasyisy* dengan *khamar*, bahwa *khamar* dapat menimbulkan suatu reaksi dan pertentangan. Tetapi *hasyisy* dapat menimbulkan suatu krisis dan kelemahan. Justru itu dapat merusak fikiran dan membuka pintu syahwat serta hilangnya perasaan semangat (*ghirah*). Justru itu dia lebih berbahaya daripada minuman keras.

Ibnu Taimiyah menyatakan bahwa "menurut kaidah syara', semua barang haram yang dapat mengganggu jiwa seperti arak, zina dan sebagainya dikenakan hukum had (hukuman tindak kriminal), sedang yang tidak mengganggu jiwa seperti makan bangkai dikenakan tindakan ta'zir. Sedang hasyisy termasuk bahan yang barangsiapa merasakannya berat untuk mau berhenti hukum haramnya telah ditegaskan dalam al- Quran dan Sunnah terhadap orang yang merasakannya sebagaimana makan makanan lainnya.

Efek tidak mau berhenti menggunakan narkoba disebabkan individu tersebut sudah kecanduan. Hal ini disebabkan karena narkoba mempengaruhi fungsi otak. Narkoba dapat memberikan stimulus terhadap otak untuk memberikan efek menyenangkan bagi penggunaanya, tetapi apabila narkoba tersebut tidak lagi digunakan efek tersebut akan hilang dan apabila individu yang kecanduan berhenti menggunakan narkoba maka yang terjadi tubuh pengguna tersebut akan merasakan sakit hal ini bisa jadi menjadi penyebab mengapa kemudian seorang individu yang sudah menjadi pengguna zat sulit untuk lepas dari jerat narkoba.

Tuasikal (2012) menyatakan bahwa para ulama sepakat haramnya mengkonsumsi narkoba ketika bukan dalam keadaan darurat. Ibnu Taimiyah *rahimahullah* berkata, "*Narkoba sama halnya dengan zat yang memabukkan diharamkan berdasarkan kesepakatan para ulama. Bahkan setiap zat yang dapat menghilangkan akal, haram untuk dikonsumsi walau tidak memabukkan*" (Majmu' Al Fatawa, 34: 204). Lebih lanjut Tuasikal menyebutkan bahwa *Allah telah berfirman "Dan menghalalkan bagi mereka segala yang baik dan mengharamkan bagi mereka segala yang buruk"* (QS. Al A'rof: 157). Setiap yang *khobits* terlarang dengan ayat ini. Di antara makna *khobits* dalam ayat ini adalah yang memberikan efek negatif bagi manusia.

Nabi Muhammad SAW telah bersabda bahwa "*Barangsiapa yang sengaja menjatuhkan dirinya dari gunung hingga mati, maka dia di neraka Jahannam dalam keadaan menjatuhkan diri di (gunung dalam) neraka itu, kekal selama lamanya. Barangsiapa yang sengaja menenggak racun hingga mati maka racun itu*

tetap ditangannya dan dia menenggaknya di dalam neraka Jahannam dalam keadaan kekal selama lamanya. Dan barangsiapa yang membunuh dirinya dengan besi, maka besi itu akan ada ditangannya dan dia tusukkan ke perutnya di neraka Jahannam dalam keadaan kekal selama lamanya” (HR Bukhari).

Hadist ini menunjukkan bahwa ada ancaman yang keras bagi individu yang mengancam dirinya sendiri. Mengonsumsi narkoba tentu saja menyebabkan individu secara perlahan lahan menjadi binasa karena narkoba yang dikonsumsi menggerogoti kesehatan individu tersebut baik kesehatan dalam segi fisik maupun kesehatan jiwa. Dari segi fisik individu yang mengonsumsi narkoba rentan untuk terkena penyakit- penyakit seperti AIDS dan penyakit kangker seperti kangker hati selain itu dari segi kesehatan jiwa individu yang menjadi pengguna zat dapat mengalami gangguan jiwa atau gila, yang secara tidak langsung menyebabkan dirinya menjadi binasa serta mati secara perlahan lahan. Hal tersebut didukung pula bahwa Islam sangat memperhatikan sekali keselamatan akal dan jiwa individu, sehingga sampai dilarang keras berbagai konsumsi yang haram seperti narkoba (Wahyudi, 2017).

BAB 4

PRESPEKTIF NARKOBA DALAM PANDANGAN PSIKOLOGIS

Addiction atau kecanduan merupakan ketergantungan berbelahan yang mempengaruhi kondisi psikologis atau fisiologis sebuah organisme terhadap obat atau zat kimia tertentu. Berbicara mengenai zat kimia narkoba, maka narkoba ini mempengaruhi fisiologis ketika obat sudah merubah biokimia dalam tubuh manusia, sehingga mendorong manusia untuk meningkatkan dosis pemakaian. Peningkatan dosis pemakaian ini menjadi kebutuhan manusia yang jelas telah memiliki ketergantungan terhadap penggunaan zat yaitu narkoba. Akibatnya adalah kesulitan untuk menolak *impuls* yang dipicu secara otomatis untuk menggunakan zat (Wiers & Stacy, 2006).

Rahasia umum jika dalam penggunaan obat secara legal, illegal, dan resep dokter menggunakan dosis tertentu, ada beberapa orang yang bergantung pada obat-obat tertentu, dan sebagian orang menyalahgunakan obat walaupun mengetahui tindakan tersebut berbahaya. Penyalahgunaan obat menyebabkan pola perilaku maladaptif dari penggunaan obat, gangguan klinis, dan menyebabkan situasi individu menderita. Gejala-gejala dari gangguan tersebut dari faktor keluarga, masyarakat, dan lingkungan teman sebaya. Problematika yang muncul dari faktor keluarga, masyarakat, dan lingkungan teman sebaya menimbulkan individu melampiasikan pada penggunaan obat-obat pada situasi yang berbahaya. Akibat lain adalah konflik dengan orang lain yang merupakan dampak penggunaan zat dan konflik akibat dari penggunaan zat.

Penggunaan narkoba atau zat terlarang mempengaruhi otak, kebiasaan menggunakan obat dalam rentang waktu sesuai dengan durasi, frekuensi, dan intensitas yang dapat berpengaruh terhadap kerusakan fungsi otak, mengurangi tingkat *endofrin* yang berfungsi mengurangi rasa sakit, kerusakan syaraf penyusutan

ukuran *cerebral cortex*, dan kerusakan hati (Volkow et al., 2001). Perubahan tersebut menyebabkan individu ketergantungan terhadap penggunaan zat dengan keinginan meningkatkan dosis terhadap zat tertentu. Pada awalnya penggunaan zat yang berupa tindakan tidak disengaja menimbulkan ketergantungan, suatu perilaku yang impulsif, yang hampir tidak mungkin merupakan tindakan yang tidak bisa dikendalikan oleh dirinya sendiri. Penggunaan zat di era 4.0 dipengaruhi bukan hanya dari diri sendiri. DSM V, penggunaan zat pada diri individu karena penggunaan umum, internet, perjudian, atau sosial akibat media sosial saat ini. Dimensi lain yang dapat mempengaruhi penggunaan zat adalah dimensi spiritual, kognitif, afektif, dan akif.

1. Dimensi Budaya, Lingkungan, dan Media Sosial

Budaya individu dalam penggunaan zat memang mempengaruhi individu. Budaya Indonesia mengharamkan atau tabu terhadap penggunaan alkohol. Adapun individu menggunakan alkohol akibat suatu kondisi yang menyebabkan individu menggunakan alkohol atau zat lain (narkoba) sebagai penyerta. Kebiasaan penggunaan alkohol atau juga narkoba pada orang dewasa berkolerasi kepada anak-anak, sebab memperkenalkan alkohol atau zat terlarang kepada anak-anak secara bertahap pada situasi kekeluargaan. Penggunaan zat pada zaman sekarang juga dipengaruhi oleh media sosial, akibat dari iklan-iklan yang tidak sesuai dengan budaya Indonesia.

Cadoret et al., (1986) menyebutkan bahwa faktor lingkungan perceraian dan gangguan kejiwaan pada keluarga angkat dikaitkan dengan peningkatan penyalahgunaan obat-obatan terlarang. Lingkungan keluarga merupakan bagian utama pada perkembangan individu secara positif dan negatif. Individu yang menyalahgunakan narkoba, kemungkinan besar dipengaruhi oleh faktor keluarga yang *broken* atau memiliki problematika di dalam lingkungan keluarga. Kenyamanan keluarga yang buruk mempengaruhi dimensi kognitif, afektif, dan perilaku individu.

2. Dimensi *Spiritualism*

Kondisi spiritual juga mempengaruhi individu menggunakan zat. Kegiatan keagamaan memiliki probabilitas yang lebih besar untuk tidak menggunakan alkohol dan kesehatan individu (Hodge et al., 2001; Miller & Thoresen, 2003). Peningkatan spiritualitas memperkirakan probabilitas yang lebih besar untuk tidak menggunakan ganja dan obat-obatan terlarang. Kondisi spiritual pecandu memang jauh dari Tuhan. Akibat ketidaktekatan dengan Tuhan pada pecandu adalah perasaan hampa atau hidup sendiri. Kedekatan individu dengan Sang Pencipta mempengaruhi individu mencapai tahap ketergantungan. Individu sebagai makhluk yang diciptakan oleh Tuhan perlu mengabdikan dirinya untuk Tuhan, kembali ke jalan Tuhan dengan “Menjalankan Perintahnya dan Menjauhi Larangannya.” Narkoba atau zat terlarang adalah barang haram dan tidak diperkenankan untuk dipakai oleh manusia.

Implikasi individu menggunakan zat juga dipengaruhi oleh faktor lain melalui program pemerintah melalui program pencegahan, pendidikan kerja sosial, dan penelitian. Program pencegahan yang diaplikasikan yaitu melalui program P4GN (Pencegahan, Pemberantasan, Penyalahgunaan Peredaran Gelap Narkoba) yang diaplikasikan pemerintah Indonesia melalui lembaga Badan Narkotika Nasional. Pendidikan memerlukan upaya untuk menjangkau remaja untuk mengedukasi remaja maupun pihak sekolah untuk mendukung program pemerintah melalui P4GN. Lingkungan kerja sosial mendukung pula melalui dinas sosial dalam kegiatan program pemberantasan narkoba kepada masyarakat Indonesia melalui riset berkaitan dengan *Drug Prevence* (Pencegahan Narkoba) untuk Masyarakat. Aplikasi program P4GN, pendidikan, lingkungan kerja sosial, dan hasil riset didukung dimensi religius.

Edukasi kepada masyarakat dengan dimensi religius memiliki besar harapan untuk individu sebagai manusia dekat dengan Tuhan. Program dukungan sosial dengan program spiritual yang konkret akan menghasilkan

perubahan pribadi dan pengurangan intensitas emosional negatif (kecemasan, depresi, dan permusuhan) yang lebih positif secara bertahap (Chen, 2006). Program spiritual menjadi program utama yang mendukung pecandu dalam pengembangan individu sebagai pengguna narkoba untuk sembuh melalui dukungan sosial. Program spiritual berbasis agama pada setiap individu melalui konselor adiksi yang memiliki kesamaan agama lebih menguatkan kesetaraan bagi penyembuhan atau proses *recovery*.

3. Dimensi Kognitif

Pengguna zat yang sudah pada taraf kecanduan atau ketergantungan memiliki gangguan pada dimensi kognitif. Solowij et al., (2002) menjelaskan bahwa penggunaan jangka panjang terhadap penggunaan zat berhubungan dengan gangguan dalam memori dan perhatian. Semakin lama pengguna menggunakan zat, semakin besar periode keracunan dan memperburuk pikiran individu. Semakin lama individu menggunakan zat, semakin buruk pula periode ketergantungan pada fisik individu. Kondisi fisik individu yang telah terbiasa dengan narkoba, akan menimbulkan rasa sakit yang mempengaruhi pikiran dalam otak setiap individu. Periode individu sebagai pengguna narkoba menjadi penting untuk segera lepas dari penggunaan zat tertentu.

Perubahan dimensi kognitif juga dipengaruhi oleh perubahan fungsi kognitif dan aktivitas otak, akibat ketergantungan terhadap zat atau narkoba. Perubahan metabolik yang terus-menerus di daerah otak mempengaruhi fungsi kognitif eksekutif dan aktivitas otak (Eldreth et al., 2004). Jaringan saraf di dalam otak akan mempengaruhi pikiran setiap individu, sehingga menimbulkan mekanisme pertahanan ego, yaitu kompensasi. Perbedaan dalam aktivitas otak merupakan evolusi perilaku maladaptif seperti penyalahgunaan zat dan gangguan neuropsikiatri lain. Salah satu yang muncul dari bentuk penggunaan zat yaitu terganggunya pada tugas mengingat, simbol digit, kata-kata, maupun warna (L. Simon, 2000).

Individu pengguna zat saat pertama kali menggunakan zat memiliki ciri-ciri dalam dimensi kognitif. Ciri-ciri dalam dimensi kognitif diidentifikasi dalam dua bentuk, yaitu (1) individu tidak bisa berpikir jernih, dan (2) memiliki pikiran yang kosong. Individu yang tidak dapat berpikir jernih saat menggunakan zat, karena dampak dari zat atau narkoba memiliki pengaruh langsung terhadap sistem saraf dalam otak. Pikiran yang kosong dalam diri individu pada saat penggunaan zat atau narkoba menimbulkan efek langsung dan jangka panjang terhadap otak individu akibat kenikmatan sementara. Dimensi kognitif individu pengguna zat berhubungan erat dengan dimensi afektif serta perilaku sebagai dimensi aktif pada pengguna zat atau narkoba.

4. Dimensi Afektif

Perasaan atau biasa disebut dengan *feeling* merupakan unsur yang sulit diisolasi secara tepat dalam penggunaan makna. Perubahan perasaan manusia yang setiap detik bisa berubah akan faktor-faktor yang tidak menentu. Perubahan perasaan yang tidak menentu pada pengguna zat mempengaruhi persepsi pecandu pada dimensi kognitif, afektif, dan aktif. Dimensi-dimensi persepsi terus tumbuh saat pengguna sudah mencapai tahap ketergantungan atau kecanduan. Satu dimensi kognitif akan mempengaruhi dimensi afektif, dan berlanjut pada dimensi aktif.

Pengguna zat pada tahap ketergantungan merasa dirinya lebih memiliki nilai-nilai positif (berbanding terbalik dengan anggapan orang lain bahwa pengguna memiliki dampak negatif). Pengguna merasa senang, tenang, dan percaya diri dengan bentuk sikap yaitu semangat dalam bekerja dan pandai berbicara dengan orang lain, serta sikap negatif yang tampak adalah perkataan dan perbuatan yang berbohong dari aslinya. Perubahan positif dari pengguna zat dalam bentuk afektif dan aktif yang dipengaruhi oleh dimensi kognitif bersifat sementara. Perubahan positif ini hanya dipengaruhi oleh penggunaan zat adiktif. Pada saat pengguna tidak memakai zat kimia ini, maka

memunculkan dimensi negatif dalam pola pikir, perasaan, dan perubahan yang negatif. Efek afektif dan kognitif berimplikasi pada penggunaan obat untuk kondisi neuropsikiatrik dapat mengendalikan kontrol terhadap perilaku karena ketergantungan obat ditandai oleh perilaku berisiko dan impulsif (Garavan & Hester, 2007; Patterson et al., 2009).

Studi neuropsikologi dari Fernández-Serrano et al., (2010) mengungkap keterkaitan pada tingkat keparahan asupan obat dan perubahan pada domain kognitif dan sistem saraf tertentu, yang berpengaruh pada perubahan emosional yang terkait dengan kecanduan. Salah satu aspek kunci dari fungsi emosional adaptif dari perkembangan kecanduan adalah kemampuan mengenali emosi dasar di wajah orang lain. Perasaan manusia dapat diukur melalui ekspresi wajah individu pada saat penggunaan zat ataupun dosis dari zat tersebut habis, walaupun dapat berarti bias.

Emosi pengguna akibat penggunaan zat mempengaruhi emosi yang sifatnya kompleks. Berbicara mengenai emosi, perlu berbicara tentang faktor-faktor penyebab emosi muncul pada pengguna zat. Faktor-faktor emosi pada pengguna zat dipengaruhi oleh empat faktor, yaitu stimuli yang memicu, korelasi antara fisiologis dan neurologis, penilaian kognitif, dan motivasi.

- a. *Stimuli* yang memicu
 - 1) Perasaan pengguna muncul dari pengalaman buruk
 - 2) Pikiran
 - 3) Bayangan
 - 4) Keinginan
- b. Korelasi fisiologis dan neurologis atau keterkaitan antara korteks frontal dan sistem syaraf dengan perilaku.
- c. Penilaian kognitif
 - 1) Ketakutan pada lingkungan sosial, ditangkap polisi, atau keluarga
 - 2) Paranoid

- 3) Kecemasan (gelisah, tidak dapat mengendalikan emosi diri, ada hasrat ingin memakai agar suasana hati menjadi tenang)
- 4) Panik
- 5) Ketidakpercayaan pada Orang Lain

d. Motivasi diri

Bradley et al., (2001) membahas tentang reaksi emosional diatur oleh keadaan motivasi dasar yang bersifat *defensif* dan *appetitive*, serta berevolusi untuk menampilkan kelangsungan hidup individu. Respon secara afektif dapat diukur saat individu memiliki variasi konten emosional dan netral. Motivasi individu dapat terlihat dari gairah emosional yang muncul dari wajah individu, respons konduktifitas kulit atau gerakan tubuh manusia, pelambatan jantung yang paling terasa, dan gerakan refleks dari individu saat menghadapi ancaman, kematian dengan kekerasan, dan erotika. Refleks dan perubahan pada individu dapat bervariasi melalui gairah dan pola wajah yang sangat spesifik. Respons afektif individu pengguna zat berupa tindakan, perhatian, dan komunikasi sosial sehingga mencerminkan sistem motivasi intensitas aktivasi dan konteks emosional yang spesifik.

- 1) Instrinsik (suasana hati senang dan tenang)
- 2) Ekstrinsik (lingkungan menyukai dirinya)

5. Dimensi Aktif

Dimensi aktif pada individu pengguna zat ataupun pecandu dipengaruhi oleh dimensi kognitif dan dimensi afektif. Keterkaitan antara tiga dimensi, yaitu kognitif, afektif, dan aktif pada pengguna zat menimbulkan perilaku maladaptif pada individu. Perkembangan emosional yang tidak dapat dikendalikan menimbulkan beberapa bentuk, yaitu kontrol emosi (*self-regulated of emotion*), sensitif, tidak mau menerima saran dari orang lain (terutama nasehat dari orang

tua), dan perilaku maladaptif (tindakan yang buruk). Perilaku maladaptif ini juga dapat diklasifikasikan dalam beberapa bentuk, yaitu mencuri uang orang tua, melampiaskan kemarahan (*anger*) pada benda-benda di sekitar, melukai orang lain (agresif fisik), berprasangka buruk, serta sering bertengkar dengan anggota keluarga (agresif verbal). Bentuk perilaku maladaptif merupakan bentuk dari perilaku agresif pada diri individu.

Agresi merupakan salah satu bentuk perilaku yang digunakan individu untuk tujuan tertentu dengan cara menyakiti orang lain secara fisik ataupun psikis. Baron & Byrne (2005) menjelaskan bahwa agresif yaitu siksaan yang diarahkan secara sengaja dari berbagai bentuk kekerasan terhadap orang lain. Perilaku agresif merupakan salah satu perilaku kekerasan yang di dalam agresif terkandung maksud untuk membahayakan atau menciderai orang lain. Willis (2010) memandang makna agresif dari segi emosional dan motivasional. Agresif dari segi emosional merupakan hasil dari proses kemarahan yang memuncak. Agresif dari segi motivasional merupakan perbuatan yang bertujuan untuk menyakiti orang lain.

a. Agresi Verbal

Agresi verbal pada pengguna zat memiliki berbagai bentuk perkataan yang menyakiti orang lain dengan segala ciri-ciri dalam perilaku individu. Agresi verbal pada pengguna berhubungan erat dengan perkataan individu yang memiliki tujuan menyakiti orang lain. Bentuk agresif verbal pengguna zat seperti berbahasa kasar, berkata bohong, mencuri digunakan untuk membeli narkoba, dan berkata kotor terhadap orang lain. Namun ada pengguna atau pecandu yang masih dapat mengontrol agresif secara verbal yang merupakan efek dari *self-regulated of emotion*.

b. Agresi Fisik

Agresi fisik pada pengguna zat memiliki berbagai bentuk perbuatan yang menyakiti orang lain dengan segala ciri-ciri dalam perilaku individu. Agresi fisik pada pengguna berhubungan erat dengan perbuatan individu

yang memiliki tujuan menyakiti orang lain. Bentuk agresif fisik pengguna zat seperti bersikap kasar pada orang lain, memukul orang yang membuatnya kesal, melempar barang di depan orang yang membuat kesal, dan bersikap arogan. Seluruh perilaku pengguna zat akibat kontrol emosi yang tidak teratur atau efek dari ketergantungan yang mempengaruhi otak.

c. Anger

Anger atau kemarahan pada pengguna zat memiliki berbagai bentuk perbuatan atau perkataan yang menyakiti orang lain dengan segala ciri-ciri dalam perilaku yang menimbulkan emosi negatif. *Anger* pada pengguna berhubungan erat dengan perbuatan dan perkataan individu yang memiliki tujuan menyakiti orang lain. Bentuk kemarahan pengguna zat seperti tidak mampu mengontrol emosi dan meluapkan emosi negatif. Seluruh perilaku pengguna zat akibat kontrol emosi yang tidak teratur atau efek dari ketergantungan yang mempengaruhi otak.

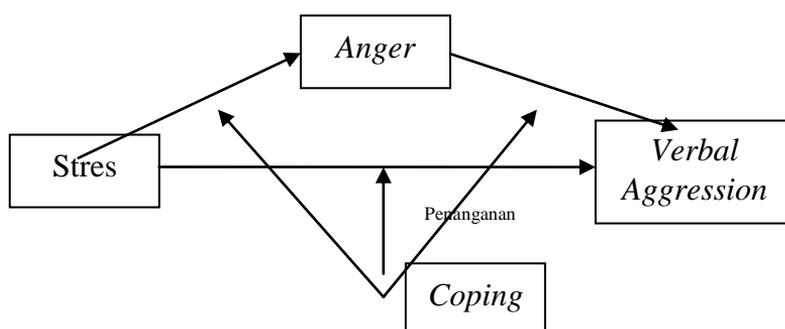
d. Kebencian

Hostility atau kebencian pada pengguna zat memiliki berbagai bentuk yang memiliki kecenderungan terhadap perbuatan atau perkataan yang menyakiti orang lain dengan segala ciri-ciri dalam perilaku yang menimbulkan emosi negatif yang cenderung nampak pada individu pengguna zat. *Hostility* pada pengguna berhubungan erat pada kecenderungan terhadap perbuatan maupun perkataan individu yang memiliki tujuan menyakiti orang lain. Bentuk kebencian pengguna zat seperti anti-sosial, tindakan yang merugikan orang lain, *overestimate* terhadap orang lain, ingin mengajak berkelahi dengan orang lain yang membuat kesal. Seluruh perilaku pengguna zat akibat kontrol emosi yang tidak teratur atau efek dari ketergantungan yang mempengaruhi otak.

e. Self Agression

Self aggression atau disebut dengan tindakan menyakiti diri sendiri. Sependapat dengan Bodenmann et al., (2010) bahwa, stres dan agresi verbal

pada individu dan *coping* dalam pengentasan stres, anger, dan agresi, sebab stres menimbulkan emosi negatif yang kuat yang ditampilkan dalam pernikahan. Penanganan individu dan *coping* yang efektif mengurangi efek stres pada agresi. Selain itu, penanganan coping dapat menipiskan hubungan antara stres, *anger* dan agresi verbal. Individu yang dapat menangani dirinya dalam mencegah stres, akan mencegah pula perilaku anger dan agresif verbal. dampak stres pada individu menimbulkan perilaku anger dan agresif verbal secara signifikan.



Gambar 4.8

Stress, Anger, and Verbal Aggression in Intimate Relationships
(Bodenmann, 2010)

Perilaku agresif pengguna zat disebabkan karena tidak mampu mengontrol emosi dan meluapkan emosi negatif. Solusi utama adalah kemampuan individu untuk mampu mengontrol emosi dihadapan orang lain. *Self-regulated of emotion* merupakan cara yang dapat digunakan supaya individu memahami emosi, cara mengontrol, dan mengaplikasikannya *self regulated of emotion* dalam kehidupan. Tahapan-tahapan dalam pengendalian dan kontrol emosi dalam diri pengguna zat dari Gross (2015), yaitu:

- a. Pertimbangan emosi dalam proses afektif atau perasaan yang yang diungkapkan.

- b. Mampu membedakan regulasi emosi dari berbagai bentuk pengaturan dalam diri (kontrol emosi dalam diri).
- c. Penyusunan kerangka kerja dalam diri individu untuk mengatur berbagai jenis kontrol emosi. Kerangka kerja untuk mengevaluasi hasil kontrol diri sesuai tahap perkembangan anak dan orang dewasa.
- d. Individu tertarik pada pengaturan emosi dan jenis emosi yang telah dipahami.

Tujuan kemampuan *self-regulated of emotion* pada individu pengguna zat, yaitu mengurangi gejala stres, kecemasan, dan depresi saat program rehabilitasi. *Self-regulated of emotion* mengubah respons emosional dengan memodifikasi proses afektif dan kognitif, sehingga mempengaruhi dimensi aktif. Pencandu narkoba yang mengalami program rehabilitasi memiliki gangguan kecemasan sosial yang ditandai oleh bias emosional, perhatian, dan kepercayaan diri negatif yang terdistorsi dalam bentuk perilaku dalam otak.

Pelatihan *self-regulated of emotion* dapat mengurangi reaktivitas emosional sekaligus meningkatkan regulasi emosi. Perubahan dalam individu dapat memfasilitasi pengurangan perilaku terkait dengan gangguan kecemasan sosial, gejala klinis, dan reaktivitas emosional secara otomatis terhadap kepercayaan diri negatif. *Self-regulated of emotion* dapat memperbaiki gejala kecemasan, depresi dan harga diri individu pengguna zat. Aktivitas pada tahap pelatihan *self-regulated of emotion* terfokus pada nafas (tidak berfokus pada gangguan), sehingga menunjukkan perubahan, yaitu (a) mengurangi pengalaman emosi negatif, (b) mengurangi aktivitas amigdala, dan (c) meningkatkan aktivitas di daerah otak yang terlibat dalam penyebaran *attentional* (perhatian) (Goldin & Gross, 2010).

BAB 5

PENCEGAHAN NARKOBA BERBASIS MASYARAKAT

Kejahatan narkoba merupakan kejahatan yang bersifat lintas negara (*transnational crime*), kejahatan terorganisir (*organized crime*), dan kejahatan serius (*serious crime*) yang menimpa segenap lapisan masyarakat, menimbulkan kerugian yang sangat besar terutama dari segi kesehatan, sosial ekonomi, dan keamanan mengakibatkan hilangnya suatu generasi bangsa (*lost generation*) di masa depan. Kejahatan narkoba menjadi salah satu penyebab Indonesia tidak lagi menjadi negara transit tetapi sudah menjadi pasar narkoba yang besar, apalagi dengan harga yang tinggi (*“great market, great price”*) sehingga Indonesia semakin rawan menjadi surga bagi para sindikat narkoba. Secara global penyalahgunaan dan peredaran gelap narkoba akan mempengaruhi segenap sendi kehidupan masyarakat, bangsa, dan Negara Indonesia.

Wujud nyata komitmen bersama seluruh komponen masyarakat, bangsa, dan Negara Indonesia untuk bersatu menciptakan “Indonesia Negeri Bebas Narkoba.” Kebijakan dan Strategi Nasional Bidang Pencegahan dan Pemberantasan Penyalahgunaan dan Peredaran Gelap Narkoba (Jakstranas P4GN) ini merupakan tahap Tahun 2011–2015 yang diharapkan menjadi pedoman bagi seluruh komponen masyarakat, bangsa, dan Negara Indonesia mewujudkan “Indonesia Negeri Bebas Narkoba”. Berikut merupakan Instruksi Presiden Replublik Indonesia No. 12 Tahun 2011 tentang Pelaksanaan Kebijakan dan Strategi Nasional Pencegahan dan Pemberantasan Penyalahgunaan dan Peredaran Gelap Narkoba Tahun 2011-2015, yaitu:

1. Arah Kebijakan Nasional

- a. Menjadikan 97,2% penduduk Indonesia imun terhadap penyalahgunaan dan peredaran gelap narkoba melalui partisipasi aktif seluruh komponen

- masyarakat, bangsa, dan Negara Indonesia dengan menumbuhkan sikap menolak narkoba dan menciptakan lingkungan bebas narkoba.
- b. Menjadikan 2,8% penduduk Indonesia (pengguna zat) secara bertahap mendapat layanan rehabilitasi medis dan rehabilitasi sosial melalui rawat inap atau rawat jalan serta mencegah kekambuhan dengan program *after care* (rawat lanjut).
 - c. Menumpas jaringan sindikat narkoba hingga ke akar-akarnya melalui pemutusan jaringan sindikat narkoba dalam dan/atau luar negeri dan penghancuran kekuatan ekonomi jaringan sindikat narkoba dengan cara penyitaan aset yang berasal dari tindak pidana narkotika melalui penegakan hukum yang tegas dan keras.

2. Strategi Nasional

- a. Strategi Nasional
 - 1) Upaya menjadikan siswa/pelajar pendidikan menengah dan mahasiswa memiliki pola pikir, sikap, dan terampil menolak penyalahgunaan dan peredaran gelap narkoba.
 - 2) Upaya menjadikan para pekerja memiliki pola pikir, sikap, dan terampil menolak penyalahgunaan dan peredaran gelap narkoba.
- b. Strategi di Bidang Pemberdayaan Masyarakat
 - 1) Upaya menciptakan lingkungan pendidikan menengah dan kampus bebas dari penyalahgunaan dan peredaran gelap narkoba terutama ganja, shabu, ekstasi, dan heroin.
 - 2) Upaya menciptakan lingkungan kerja bebas dari penyalahgunaan dan peredaran gelap narkoba terutama ganja, shabu, ekstasi, dan heroin.
 - 3) Upaya penyadaran dengan pemberdayaan masyarakat di daerah-daerah yang secara sosiologis dan ekonomis melakukan penanaman ganja.
 - 4) Upaya penyadaran dengan pemberdayaan masyarakat terhadap masyarakat yang belum terkena narkoba, pengguna zat, dan pelaku

peredaran gelap narkoba di Kampung Permata, Jakarta Barat, DKI Jakarta dan pengembangan program di tempat rawan kota lainnya.

c. Strategi di Bidang Rehabilitasi

- 1) Upaya mengintensifkan pelaksanaan wajib lapor pecandu narkoba.
- 2) Upaya memberikan pelayanan rehabilitasi medis dan rehabilitasi sosial kepada penyalahguna, korban penyalahgunaan, dan pecandu narkoba.
- 3) Upaya pembangunan kapasitas lembaga rehabilitasi medis dan rehabilitasi sosial secara prioritas berdasarkan kerawanan daerah penyalahgunaan narkoba.
- 4) Upaya pembinaan lanjut kepada mantan penyalahguna, korban penyalahgunaan, dan pecandu narkoba untuk mencegah terjadinya kekambuhan kembali (*relapse*).

d. Strategi di Bidang Pemberantasan

- 1) Upaya pengawasan yang ketat terhadap impor, produksi, distribusi, penggunaan (*end user*), ekspor, dan re-ekspor bahan kimia prekursor, dan penegakan hukum terhadap jaringan tersangka yang melakukan penyimpangan.
- 2) Upaya pengungkapan pabrikan gelap narkoba dan/atau laboratorium rumahan dan jaringan sindikat yang terlibat.
- 3) Upaya pengungkapan tindak pidana pencucian uang yang berkaitan dengan tindak pidana narkotika secara tegas dan keras sesuai peraturan perundang-undangan.
- 4) Upaya penyelidikan dan penyidikan, penuntutan, dan peradilan jaringan sindikat narkoba baik dalam maupun luar negeri secara sinergi.
- 5) Upaya penindakan yang tegas dan keras terhadap aparat penegak hukum dan aparat pemerintah lainnya yang terlibat jaringan sindikat narkoba.
- 6) Upaya peningkatan kerjasama antar aparat penegak hukum untuk menghindari kesenjangan di lapangan.

- 7) Upaya peningkatan kerjasama dengan aparat penegak hukum tingkat internasional guna pengungkapan jaringan sindikat luar negeri.

Tindak lanjut dari Strategi Nasional Bidang Pencegahan dan Pemberantasan Penyalahgunaan dan Peredaran Gelap Narkoba (Jakstranas P4GN) ini merupakan tahap Tahun 2011–2015, maka muncullah “Program prioritas 1: Penguatan promotif dan preventif: Gerakan Masyarakat Hidup Sehat”. Salah satu program tersebut adalah Sekolah, Pesantren, dan Perguruan Tinggi Bebas NARKOBA. Gerakan ini menjadi bagian dari sinergitas peran antar lembaga pemerintah untuk pencegahan pemberantasan, penanggulangan, dan peredaran gelap narkoba. Gerakan bebas narkoba perlu menyeluruh di setiap aspek kehidupan bangsa Indonesia dengan peran serta masyarakat.

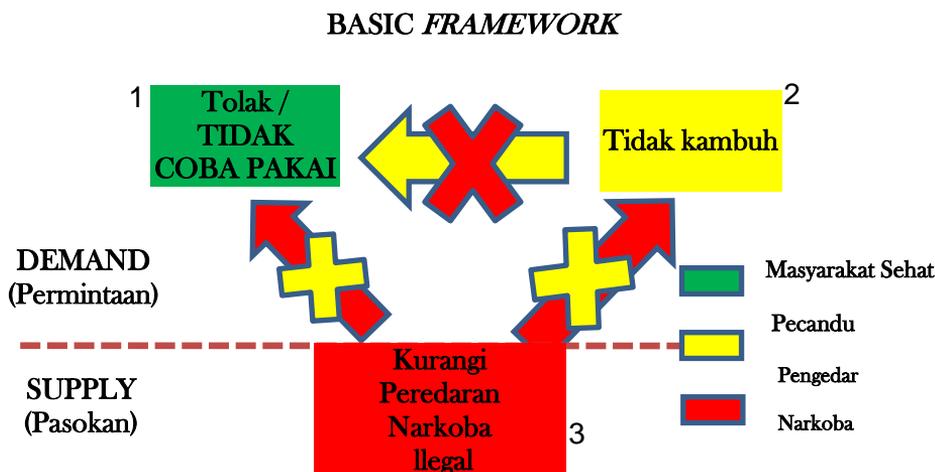
Hal ini mengakibatkan kelompok rentan penyalahgunaan narkoba adalah pekerja (35%), pelajar/ mahasiswa (33%), dan pengangguran (32%). Berdasarkan penelitian tersebut diperoleh gambaran bahwa beberapa peningkatan penyalahgunaan narkoba dipengaruhi oleh karakteristik jenis pekerjaan. Pola peredarannya adalah *Face to face*, transaksi melalui kurir, pembelian langsung ke pusat peredaran narkoba, sistem tempel (istilah yang sering dipakai adalah “*system ranjau*”), dan sistem lempar lembing.

Tindak lanjut dari Strategi Nasional Bidang Pencegahan dan Pemberantasan Penyalahgunaan dan Peredaran Gelap Narkoba (Jakstranas P4GN) ini merupakan tahap Tahun 2011–2015, maka muncullah pula Kebijakan dan Strategi Nasional Bidang Pencegahan dan Pemberantasan Penyalahgunaan dan Peredaran Gelap Narkoba (Jakstranas P4GN) ini merupakan tahap Tahun 2015–2019 sesuai Peraturan Kepala Badan Narkotika Nasional No. 7 Tahun 2015 tentang Rencana Strategis Badan Narkotika Nasional Tahun 2015-2019.

Terhadap kondisi perkembangan penyalahgunaan dan peredaran gelap Narkoba di Indonesia, Badan Narkotika Nasional (BNN) terus meningkatkan upaya penyelamatan bangsa dari ancaman penyalahgunaan dan peredaran gelap narkoba

melalui pelaksanaan Program Pencegahan dan Pemberantasan Penyalahgunaan dan Peredaran Gelap Narkoba (P4GN) secara intensif dan ekstensif dengan melibatkan seluruh komponen masyarakat, bangsa, dan negara. Upaya tersebut dilakukan dengan mengedepankan prinsip keseimbangan antara *demand reduction* dan *supply reduction* berdasarkan prinsip “*common and share responsibility*” dan tergambar pada gambar 3. Strategi yang dirumuskan untuk melaksanakan kebijakan yang mendukung P4GN Tahun 2015–2019:

1. Melakukan upaya ekstensifikasi dan intensifikasi informasi pencegahan dan pemberantasan penyalahgunaan narkoba kepada seluruh lapisan masyarakat dengan mengintegrasikan program pencegahan penyalahgunaan narkoba ke dalam seluruh isu dan sektor pembangunan melalui konsep penganggaran berwawasan anti narkoba, kebijakan berbasis anti narkoba, serta mendorong pembangunan karakter manusia dengan memasukkan nilai-nilai hidup sehat tanpa narkoba ke dalam kurikulum pendidikan dasar sampai lanjutan atas.
2. Menumbuh-kembangkan kepedulian dan kemandirian masyarakat dalam upaya pencegahan penyalahgunaan narkoba dari tingkat desa/ kelurahan dengan mendorong relawan-relawan menjadi pelaku P4GN secara mandiri.
3. Mengembangkan akses layanan rehabilitasi penyalahguna, korban penyalahgunaan, dan pecandu narkoba yang terintegrasi dan berkelanjutan, serta mengoptimalkan peran K/L dalam pemanfaatan infrastruktur dan sumber daya K/L.
4. Mengungkap jaringan sindikat peredaran gelap narkotika dan menyita seluruh aset terkait kejahatan narkotika dengan menjalin kerjasama dan kemitraan yang harmonis dengan penegak hukum baik dalam maupun luar negeri khususnya dalam mengungkap jaringan peredaran gelap narkoba.
5. Melaksanakan tata kelola pemerintahan dengan membangun budaya organisasi yang menjunjung tinggi *good governance* dan *clean government* di lingkungan BNN.



Gambar 7.

Basic Framework Penyalahgunaan Narkoba

Sesuai dengan evaluasi program P4GN tahun 2011-2015 menyebutkan bahwa keberhasilan pelaksanaan program P4GN diindikasikan dari tertahannya laju peningkatan prevalensi penyalahgunaan narkoba dari 0,08% per tahun (periode 2008-2011) menjadi -0,02% per tahun (periode 2011-2014). Adapun beberapa capaian Program P4GN tersebut adalah sebagai berikut:

1. Demand Reduction

Dalam upaya meningkatkan pengetahuan, pemahaman, dan kesadaran masyarakat di kalangan pelajar/ mahasiswa, pekerja, keluarga, dan masyarakat rentan/ resiko tinggi terhadap bahaya penyalahgunaan dan peredaran gelap narkoba, telah dilakukan Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) P4GN secara masif melalui penggunaan media cetak, media elektronik, media online, kesenian tradisional, dan tatap muka, serta media luar ruang dengan menitik-beratkan pada kerawanan penyalahgunaan narkoba di kalangan pekerja dan pelajar/ mahasiswa.

Selain itu, telah dibentuk kader anti narkoba dan Instansi tingkat pusat dan daerah untuk diberikan advokasi dalam rangka pelaksanaan P4GN, dengan

hasil adanya integrasi kebijakan P4GN Bidang Pencegahan telah dilakukan pemberdayaan masyarakat di lingkungan pendidikan, lingkungan kerja, dan lingkungan masyarakat di seluruh Indonesia dalam program menciptakan lingkungan bebas narkoba. Pemberdayaan masyarakat tersebut dimaksudkan untuk membangun kesadaran, kepedulian, dan kemandirian masyarakat dalam menjaga diri, keluarga, dan lingkungannya dari bahaya penyalahgunaan dan peredaran gelap narkoba. Sebagai bagian implementasi prinsip *common and share responsibility* dalam penanganan permasalahan narkoba di Indonesia, Tahun 2011 presiden mengeluarkan Instruksi Presiden Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pelaksanaan Kebijakan dan Strategi Nasional Pencegahan dan Pemberantasan Penyalahgunaan dan Peredaran Gelap Narkoba Tahun 2011-2015 sebagai perekat para *stakeholder* untuk bersama menangani permasalahan narkoba. Menindaklanjuti Inpres tersebut, Kementerian Dalam Negeri mengeluarkan Peraturan Menteri Dalam Negeri (Permendagri) No. 21 Tahun 2013 tentang Fasilitasi Pencegahan Penyalahgunaan Narkotika dengan menginstruksikan kepada gubernur, bupati, dan walikota di seluruh Indonesia agar memfasilitasi pelaksanaan Program P4GN di wilayahnya masing-masing, di antaranya melalui penerbitan kebijakan strategis serta pelaksanaan upaya-upaya konkret penanganan permasalahan narkoba.

Sementara dalam upaya pemulihan penyalahguna dan pecandu narkoba, selama kurun waktu 2010-2014, telah direhabilitasi, baik melalui layanan rehabilitasi medis maupun sosial. Selain itu telah dilakukan pula upaya pengembangan kapasitas (*capacity building*) terhadap lebih dari 1.100 lembaga rehabilitasi milik pemerintah dan masyarakat. BNN juga melakukan terobosan baru dalam penanganan penyalahgunaan narkoba melalui program rehabilitasi dengan pendekatan konservasi alam sebagai upaya pemulihan dan resosialisasi.

Pada awal Tahun 2014 BNN melakukan penancangan “Tahun 2014 Sebagai Tahun Penyelamatan Pengguna Narkoba” sebagai momentum perubahan cara pandang masyarakat dan aparat penegak hukum dalam

penanganan penyalah guna dan pecandu narkoba. Dalam rangka menyukseskan program tersebut, dilakukan upaya sinergi program dengan kementerian/lembaga lain, pemerintah daerah, dan seluruh instansi vertikal BNN, diantaranya melalui penambahan Institusi Penerima Wajib Lapori (IPWL) yang memberikan kemudahan bagi penyalah guna dan pecandu narkoba mengakses layanan rehabilitasi. Hal tersebut sesuai dengan amanat Peraturan Pemerintah No. 25 Tahun 2011 tentang Pelaksanaan Wajib Lapori Pecandu Narkotika.

2. *Supply Reduction*

Pemberantasan peredaran gelap narkoba bertujuan memutus rantai ketersediaan narkoba gelap dalam rangka menekan laju pertumbuhan angka prevalensi. Ekspektasi masyarakat terhadap kinerja BNN dalam aspek pemberantasan ini sangatlah besar. Tingginya animo masyarakat dalam liputan pemberitaan media nasional setiap kali terjadi pengungkapan kasus narkoba. Selama kurun waktu empat tahun terakhir telah terjadi peningkatan hasil pengungkapan kasus dan tersangka kejahatan peredaran gelap narkoba serta pengungkapan Tindak Pidana Pencucian Uang (TPPU) yang berasal dari tindak pidana narkoba.

3. Peran Konselor dalam Program P4GN

Konselor perlu mendukung peran pemerintah melalui Badan Narkotika Nasional (BNN) untuk mendukung Program P4GN. Hal tersebut sesuai dengan Undang-undang Nomor 35 Tahun 2009, Instruksi Presiden Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pelaksanaan Kebijakan dan Strategi Nasional Pencegahan dan Pemberantasan Penyalahgunaan dan Peredaran Gelap Narkoba Tahun 2011-2015, dan Peraturan Kepala Badan Narkotika Nasional No. 7 Tahun 2015 tentang Rencana Strategis Badan Narkotika Nasional Tahun 2015-2019. Konselor dapat mendukung pelaksanaan program dan kegiatan serta pencapaian

sasaran strategis BNN. Peran konselor untuk memenuhi tantangan global, regional, dan nasional. Konselor dapat memperkuat program layanan tentang gerakan anti narkoba di tingkat sekolah, masyarakat, maupun keluarga. Program-program layanan yang diberikan konselor perlu terintegrasi pada program pencegahan penyalahgunaan narkoba.

Pertama, program yang terintegrasi dengan pada bidang P4GN dapat dilaksanakan pada masyarakat. Peran konselor dapat membangkitkan masyarakat untuk bersama-sama membuat lingkungan anti maupun bebas narkoba. Konselor dapat menggunakan layanan-layanan bimbingan dan konseling melalui kegiatan penyuluhan, pelatihan, maupun *forum group discussion*. Integrasi konselor dan masyarakat dapat membantu pemerintah dan lembaga BNN untuk membentuk masyarakat yang anti narkoba, sebab masyarakat adalah komponen utama yang menjadi sasaran dari para pelaku/pengedar.

Kedua, program Pusat Informasi dan Konseling (PIK) Gerakan Bebas Narkoba. Program Pusat Informasi dan Konseling merupakan bagian integral dari program yang dapat dilaksanakan di sekolah, masyarakat, dan keluarga. Pada program Pusat Informasi dan Konseling, konselor berperan serta secara klasikal, kelompok, maupun individual untuk memberikan suatu informasi bagi individu, masyarakat, keluarga. Tidak hanya informasi, tetapi dilaksanakan konseling untuk melatih sasaran dalam pengembangan dari program P4GN. Pusat Informasi dan Konseling sebagai Gerakan Bebas Narkoba merupakan salah satu dari program untuk mencegah penyalahgunaan narkoba di sekolah, desa yang ada di kelurahan tersebut, serta membentuk keluarga sehat.

Ketiga, kerjasama antara konselor dan pihak penegakan hukum. Kerjasama ini menjadi bagian integral untuk mendukung program P4GN. Kerjasama antara konselor dan lembaga penegak hukum sangat perlu dan dilaksanakan secara komprehensif. Kerjasama ini dilaksanakan dalam upaya pencegahan dan pemberantasan narkoba.

BAB 6

REHABILITASI NARKOBA

1. Rehabilitasi Narkoba

Rehabilitasi narkoba merupakan upaya pemulihan yang dilaksanakan konselor untuk membantu pecandu untuk pulih dari kecanduan. Menurut (Myrick, 2011), “*rehabilitation counselors offer a wide range of services to people with physical, emotional, and/or developmental disabilities*”. Pemulihan pada program rehabilitasi dilaksanakan oleh ahli profesional, yaitu konselor. Pelayanan yang diberikan konselor untuk membantu pemulihan psikis, emosi, dan perkembangan.

Konseling merupakan upaya penyembuhan melalui layanan yang mendidik. Rehabilitasi naroba yang dilaksanakan konselor menentukan apa yang dilakukan merupakan modalitas yang paling tepat untuk pengobatan melalui format individu, kelompok, atau konseling keluarga yang diperlukan oleh klien/ pengguna zat yang sedang menjalani rehabilitasi. Keputusan harus menjadi salah satu usaha bersama antara konselor dan klien. Konselor mengelola penyediaan layanan yang diterima oleh pengguna zat. Penyediaan layanan ini harus profesional, tepat waktu, dan dengan metode yang etis tanpa penghakiman dan prasangka. Selain itu, semua kebutuhan pengguna zat perlu ditangani dalam rangka meningkatkan kemungkinan keberhasilan (Corrigan, 2004).

Rehabilitasi narkoba yang dilaksanakan konselor harus memanfaatkan semua sumber luar yang positif dalam rangka untuk memastikan hasil kesuksesan pengguna zat. Pengguna zat harus mengembangkan tujuan yang ingin dicapai untuk mempromosikan keberhasilan dalam pemulihan mereka sebagai pecandu. Tujuan rehabilitasi adalah membantu pengguna zat dalam seluruh kebutuhan pengguna zat untuk hidup produktif dan mandiri dalam

masyarakat. Konselor harus menerima setiap pengguna zat sebagai individu dengan menentukan kebutuhan dan tujuan yang berbeda. Konselor harus membantu pengguna zat untuk mendapatkan tujuan berkomunikasi secara efektif dan membantu mereka untuk mengembangkan perilaku dan keterampilan, serta memastikan hasilnya secara produktif dan mandiri dalam masyarakat.

Konselor dalam program rehabilitasi harus dapat berkomunikasi secara efektif dengan pengguna zat untuk tetap menjaga batas-batas yang tepat dalam hubungan konselor dan pengguna zat. Rehabilitasi naroba yang dilaksanakan konselor harus memahami berbagai model dan prinsip-prinsip kecanduan dan isu-isu lain yang mungkin berhubungan dengan penggunaan narkoba. Mereka harus mampu mengidentifikasi konsep, aplikasi, aturan, dan hasil dari model yang paling luas diakui dan ilmiah disahkan dalam proses pengobatan secara medis, pemulihan secara medis dan sosial, pencegahan kambuh/ *relapse*, dan melanjutkan perawatan untuk kecanduan dan dilema terkait substansi lainnya.

Rehabilitasi narkoba yang dilaksanakan konselor harus mengakui keunggulan dari keluarga, sumber daya sosial, dan organisasi masyarakat dalam penyusunan pengobatan secara medis dan pendekatan konseling untuk pemulihan dari kecanduan. Pengguna zat harus mendapatkan pengetahuan tentang jenis-jenis atau pilihan dukungan yang tersedia dan pentingnya membantu pengguna zat mendapatkan kesembuhan, yaitu

a. Multikultural

Konselor dalam program rehabilitasi harus mendapatkan pengetahuan dari berbagai budaya dan menggabungkan kebutuhan penting dari berbagai kelompok budaya, serta orang-orang cacat, ke dalam praktek profesional. Konselor harus mentransfer konsep-konsep ini untuk memberikan wawasan kepada konselor dan dapat memberikan penilaian pada pengguna zat. Konselor perlu mendedikasikan semua sumber daya

untuk membantu mengembangkan harga diri dan makna hidup dari masing-masing individu.

b. Keterampilan

Konselor dalam program rehabilitasi harus mendapatkan pengetahuan tentang pentingnya penggunaan disiplin keterampilan yang kompleks dalam pengobatan kecanduan. Konselor harus memiliki keterampilan melebihi kemampuannya untuk dapat berfungsi dalam sumber daya yang diperlukan dari berbagai instansi, rencana bersama, keterlibatan sumber daya dari lembaga untuk mempromosikan perlindungan pengguna zat. Konselor harus dapat menemukan sumber daya yang diperlukan untuk memperkuat kualitas hidup dan kemerdekaan pengguna zat.

Konselor dalam program rehabilitasi harus menggunakan keterampilan manajemen yang efisien dalam membantu pengguna zat dalam mengembangkan tujuan dan sasaran secara produktif. Konselor harus mampu membantu pengguna zat dalam mengembangkan metode untuk memecahkan masalah yang pengguna zat. Konselor harus memiliki teknik dalam membangun hubungan sehingga rencana program rehabilitasi dapat didukung dan diubah jika diperlukan menurut kesepakatan antara konselor dan pengguna zat. Konselor harus mampu mewawancarai, mengamati, menilai, dan mengumpulkan informasi sementara sebagai meletakkan dasar tentang pengguna zat. Konselor harus mampu membantu pengguna zat dalam menemukan kekuatannya.

Konselor harus mampu pula untuk mengidentifikasi pengobatan yang diperlukan untuk membantu pengguna zat dalam memenuhi tujuan khas pengguna zat. Konselor dalam program rehabilitasi harus mengakses sarana untuk membantu pengguna zat dalam memanfaatkan kekuatan, mendapatkan kebutuhan dan keinginan dalam proses penilaian.

c. Perencanaan dan Tujuan Treatment

Tujuan jangka panjang mengingat inti dari layanan perencanaan dan proses berpusat pada keberhasilan tujuan. Hal ini tidak biasa untuk tujuan jangka panjang yang dibentuk untuk jangka waktu 5 tahun. Rencana harus didorong dan praktis untuk dilaksanakan. Rehabilitasi yang dilaksanakan oleh konselor adiksi harus memiliki keterampilan dalam pemberdayaan. Berbagai metode digunakan untuk meningkatkan pemberdayaan (Benn & Dunphy, 2007). Rencana perawatan harus mudah bagi pengguna zat untuk membaca dan memahami diri pengguna zat. Pengguna zat harus tertarik dan puas dengan program rehabilitasi. Program pengobatan dan pemulihan yang dilaksanakan konselor telah berbagi dalam pengalaman penyakit mental atau memiliki AODA. Program rehabilitasi memberikan pengguna zat mengenai kemampuan untuk membangun hubungan yang positif.

d. Pelayanan

Konselor harus dapat melakukan perjalanan ke rumah pengguna zat atau masyarakat, bukan pengguna zat datang ke konselor. Pengguna zat bisa kembali ke sekolah dan mendapatkan kehidupan yang diperlukan dalam rangka pemberian layanan. Ada sejarah orang dengan AODA dan penyakit mental untuk mengembangkan program rehabilitasi dalam membantu individu. Program-program yang membantu orang-orang yang memiliki masalah serupa. Orang dengan AODA dan penyakit mental harus *kohort* serupa dalam program yang lebih baik. Konselor dalam pelaksanaan program rehabilitasi harus dapat membantu pengguna zat dan percaya bahwa perubahan *lifestyle* adalah kunci untuk memperoleh tujuan sukses. Keinginan pengguna zat untuk perubahan jauh lebih penting daripada jenis pengobatan yang ditawarkan. Rehabilitasi Konselor harus selalu memberikan prospek yang jelas dari kondisi mereka dan pengobatan seperti panjang dan waktu pengobatan, betapa pentingnya kestabilan. Konselor

harus memberitahu pengguna zat hasil tes urin yang dikumpulkan sebelum sesi konseling. Mereka harus menekankan bahwa pengguna zat harus tetap berpuasa sepanjang sesi. (Bently, 2008).

Rehabilitasi yang dilaksanakan oleh konselor harus dapat memberikan umpan balik mengenai perilaku pengguna zat yang baik atau buruk. Konselor harus memberikan pengguna zat tanggung jawab bersama dengan bimbingan dari konselor. Mereka harus memberikan jawaban yang jujur kepada pengguna zat tentang perilaku baik atau buruk pengguna zat. Rehabilitasi harus dapat menginterpretasikan komunikasi verbal pengguna zat serta bahasa tubuh mereka, seperti gambar nonverbal, gerak tubuh, dan ekspresi wajah. Jenis komunikasi bisa berhubungan informasi rahasia penting (Lane et al., 2012).

Rehabilitasi Konselor harus memastikan pengguna zat bahwa mereka khawatir untuk itu pengguna zat kesejahteraan. Mereka harus mampu mengajarkan keterampilan koping, meningkatkan pemikiran positif, menghadapi negatif atau perilaku yang buruk, dan memiliki akuntabilitas dalam krisis dan situasi lain. Rehabilitasi Konselor harus berpengalaman dalam pendekatan psikodinamik untuk pengobatan kecanduan dalam memperoleh tujuan sukses. Mereka harus menyadari bahwa kambuh adalah proses dan bukan kegagalan pemulihan.

Program rehabilitasi melalui layanan konseling dari Konselor membantu dalam pengembangan rencana layanan untuk memenuhi kebutuhan pengguna zat. Lane et al., (2012) menjelaskan bahwa rencana ini harus mencakup tujuan jangka panjang, narasi dari posisi yang ada pengguna zat, dan layanan yang dibutuhkan bersama dengan dukungan dan sumber daya. Konselor harus menghadiri pelatihan secara berkala dalam rangka meningkatkan pengetahuan tentang proses pemulihan dari kecanduan. Rehabilitasi harus menerapkan perubahan yang sesuai dari hasil penelitian dan praktek yang disediakan.

Konselor tidak perlu membantu pengguna zat yang terlibat dalam perdagangan alkohol atau zat (Fletcher, 2013), walaupun Semua instansi swasta dan masyarakat harus konsisten dalam metode pengobatan. Rehabilitasi harus melembagakan dukungan untuk perubahan dalam memotivasi dan memproduksi dalam praktek. Penelitian induktif dapat menghasilkan bukti berbasis praktek yang membantu untuk memperoleh tujuan praktik berbasis bukti.

2. Kompetensi Konselor Adiksi

Penggunaan narkoba di masyarakat atau kita sebut dengan pecandu narkoba mempunyai karakteristik masing-masing. Harvey et al., (2014) menjelaskan bahwa lingkungan komunitas *gay* menjadi sarana dalam pengkonsumsian tramadol dan somadril yang didapatkannya ketika kumpul bersama komunitas dan juga mengakibatkan hubungan seks yang berisiko, karena dampak dari penggunaan obat-obatan tersebut yaitu bisa menyebabkan penggunannya mabuk atau lupa diri. Kesehatan jiwa individu yang menggunakan narkoba mempunyai *stressor* yang bertambah meliputi perjuangan untuk mengukuhkan identitas seksual atau gendernya, konflik batin yang datang dari teman dan keluarganya, ketakutan menghadapi stigma, prasangka, dan kekerasan.

Pengguna zat mempunyai hak yang sama dalam memperoleh layanan *treatment*. Cochran & Cauce, (2006) menjelaskan bahwa penyalahguna zat dengan jenis LGBT memiliki tingkat keparahan dalam masalah penyalahgunaan zat, psikopatologi, dan tingginya penggunaan pelayanan kesehatan daripada heteroseksual. Perlunya perhatian khusus dalam menjalankan *special treatment* terhadap pengguna zat pada komunitas ini.

Konselor dalam komunitas (pecandu narkoba) sebagai kaum minoritas harus memahami seluruh aspek kehidupan pengguna zat. Aspek-aspek yang dimaksud adalah aspek fisik, psikis, emosional, dan perkembangannya.

Konselor dalam lingkup komunitas berurusan dengan populasi yang beragam dan sejumlah tipe dan ciri problem manusia. Pusat-pusat layanan non-tradisional ini memiliki sejumlah nama yang berbeda-beda dengan pusat *hotline*, pusat krisis, pusat *drop-in*, pusat *open-door*, dan pusat-pusat konseling khusus seperti pemulihan bagi pecandu obat dan alkohol dengan populasi khusus seperti wanita, kaum minoritas atau lansia (Gibson & Mitchell, 2011).

Treatment bagi pengguna zat dilakukan oleh orang yang profesional dalam hal ini konselor adiksi harus memahami karakteristik pengguna zat yaitu (1) *self identity*, (2) budaya, dan (3) bahasa yang khas pada pecandu narkoba. Kebutuhan pengguna zat. Hal ini ditunjukkan dalam penelitian Eliason kepada konselor adiksi yang menangani pengguna zat yaitu rendahnya pengetahuan konselor tentang *issue legal* pengguna zat, konsep kemitraan *domestic*, internalisasi dari homophobia, dan *issue* keluarga.

Walker & Prince (2010) mendiskusikan kebutuhan konselor untuk memahami pengguna zat yang mempunyai *multiple identities* dan model perkembangan identitas. Mereka juga menyarankan konselor harus familiar dengan model perkembangan seksual yang berbeda ketika bekerja dengan pengguna zat agar dapat memberikan *treatment* yang efektif. Konselor yang mampu memenuhi kebutuhan dan memberikan pengetahuan tentang sumber daya tentang komunitasnya dapat membantu pemulihannya. Perlunya teori konseling pada pengguna zat berdasarkan *Technical Assistance Publication series 21* yang dipublikasikan oleh *Center for Substance Abuse Treatment* (Abuse, 2012) tentang delapan kompetensi model yaitu (1) evaluasi clinical (2) *treatment planning* (3) rujukan (4) koordinasi pelayanan (5) konseling (6) pengguna zat, keluarga, dan edukasi komunitas (7) dokumentasi (8) tanggung jawab professional dan etika.

3. Model Transformasi Identitas

Konselor yang menerima dan memvalidasi perasaan, pengalaman, identitas pengguna zat dapat memainkan peranan yang penting dalam pengguna zat yang mencapai abstinensi dari narkoba dan alkohol. Pengguna zat yang menggunakan zat untuk mengobati perasaan negatif yang membutuhkan bantuan untuk mengatasi perasaan itu. Beberapa pengguna zat mungkin tidak memutuskan untuk menjadi pecandu, atau beberapa tidak mengungkapkan perasaan dan pengalaman itu kepada siapapun. Untuk lebih membantu, konselor harus memahami tahapan identitas pengguna zat dan mempertimbangkan tahapan itu.

Model perkembangan identitas mendeskripsikan bagaimana seseorang menyebut diri sebagai pecandu narkoba. Model ini membantu konselor memahami interaksi menjadi pecandu narkoba dengan penggunaan zat dan pemulihan. Prochaska, Norcross, dan Diclemente dalam Center for Substance Abuse Treatment. *Addiction Counseling Competencies* (in Committee et al., 2006) mengembangkan model tahap transformasi identitas, yaitu.

a. *Identity confusion*

Pada tahap ini seseorang mulai bertanya pada ketertarikannya dan menghadapi krisis tentang siapa dirinya. Mulai menggunakan zat untuk mengatasi perasaan yang menyakitkan seperti kecemasan dan rasa malu, untuk bersosialisasi, untuk menutupi perasaan yang diinginkan dari ketertarikannya.

b. *Identity comparison*

Mulai menghibur diri tentang kemungkinan, tetapi terus mempunyai perasaan yang cukup cemas, dan rasa sakit emosional, dan terus menggunakan zat untuk mengatasi kecemasan dan rasa sakit. Pada tahap ini rentan pada kekambuhan dan konselor dapat membantu pengguna zat untuk berbicara bebas tentang perasaan mereka.

c. *Identity tolerance*

Dapat mengidentifikasi sebagai tahapan memakai sebelum mengidentifikasi. Mulai untuk memiliki komitmen yang lebih besar untuk memiliki identitas. Memiliki pengalaman meningkatnya rasa keterasingan dan isolasi dari komunitas; dan Mulai mencari individu dan komunitas; konselor dapat membantu dengan memberikan informasi mengenai tempat sosial di mana pengguna zat ini lebih mungkin untuk bertemu orang-orang yang *abstinent* dan menyarankan kehadiran di pertemuan Alcoholics Anonymous (AA) atau Narkotika Anonymous (NA).

d. *Identity acceptance*

Mulai menerima dan menyatakan bahwa “saya harus sembuh.” Hal ini ditandai dengan meningkatnya komunitas dengan sesama. Mempunyai pengalaman untuk “menormalkan” identitas dan *lifestyle*. Namun, di sisi lain, memiliki identitas yang rapuh dan kesulitan mengatasi orang-orang yang tidak mengerti kebutuhan. Pada tahap ini pengguna zat ingin mengungkapkan identitas pada orang yang tidak mempunyai toleransi pada pengguna zat di situasi yang tidak aman, konselor perlu mendorong pengguna zat untuk menahan atau membantu pengguna zat mengeksplorasi konsekuensi positif atau negatif dari pengungkapan tersebut.

e. *Identity pride*

Menjadi lebih sadar perbedaan antara penerimaan pengguna zat terhadap pecandu sendiri dan penolakan masyarakat mengenai hal tersebut.

f. *Identity synthesis*

Mengembangkan kesadaran bahwa "mereka dan kita" dikotomi yang tidak valid; Memiliki rasa marah yang menurun, memiliki pengalaman rendahnya perasaan agresif pada harga dirinya dan mengintegrasikan identitas dirinya dengan identitas yang lain; dan dengan sejarah penyalahgunaan zat panjang mungkin memiliki kesulitan mencapai tingkat sintesis ini. Walker & Prince (2010) menyatakan konselor harus

memahami beberapa identitas dan model-transformasi identitas. Hal ini perlu dilakukan agar intervensi dapat tepat diberikan dan keefektifan treatment.

Berdasarkan Center for Substance Abuse Treatment (in Abuse, 2012) dalam buku *Addiction Counseling Competencies* terdapat delapan dimensi dalam model kompetensi yang harus dimiliki profesional adiksi yaitu (1) evaluasi klinis (2) *treatment planning* (3) rujukan (4) koordinasi pelayanan (5) konseling (6) pengguna zat, keluarga, dan edukasi komunitas (7) dokumentasi (8) tanggung jawab profesional dan etika.

Dalam model kompetensi konseling, konselor harus menghargai pengguna zat dengan *framenya*, mengenal pentingnya kerjasama dan kolaborasi dengan pengguna zat, mempertahankan objektivitas profesional, mengenal kebutuhan dan menyesuaikan strategi sesuai dengan karakteristik pengguna zat, menghargai peran dan wewenang konselor sebagai fasilitator kelompok, menghargai penggunaan proses intervensi yang tepat, dan tanpa menghakimi dan menghargai perbedaan pengguna zat dari budaya, perilaku dan nilai. Hal ini merupakan metode praktik yang sangat penting ketika bekerja dengan pengguna zat.

Konseling bagi komunitas pecandu narkoba dilaksanakan oleh konselor yang memiliki kompetensi, yaitu:

- a. *Self monitoring*; agar konselor menghindari *countertransference* dimana konselor melihat dirinya pada pengguna zat, mengidentifikasi pengguna zat secara berlebihan, menemukan kebutuhan pribadi pada pengguna zat sendiri, dan bereaksi terhadap pengguna zat karena masalah pribadi yang belum terselesaikan (Corey, 2015). Konselor harus memeriksa kepercayaannya tentang dirinya untuk menghindari *contertransference*.
- b. Membantu pengguna zat mengatasi efek negatif dari homophobia dan heterosexism, Homophobia dan heteroseksisme merujuk kepada kelompok

yang membenci kelompok homoseksual sehingga terdapat perilaku diskriminasi, sikap dan prasangka terhadap pecandu yang berada pada tahap pemulihan. Menurut Neisen (1993), konselor dapat membantu mengobati pengguna zat dalam menghadapi pengalamannya melawan homophobia dan heteroseksisme. Peran konselor dalam membantu pengguna zat melawan kelompok heteroseksisme ini adalah;

- 1) Mendorong pengguna zat untuk berdiskusi bagaimana pengguna zat menyembunyikan perasaannya terhadap orang lain.
 - 2) Mengeksplorasi konsekuensi perasaan yang disembunyikannya dan penyalngkalan seksualitas pengguna zat
 - 3) Mendiskusikan upaya pengguna zat yang dibuatnya sebagai usaha yang tepat
 - 4) Memeriksa perasaan negatif yaitu menyalahkan diri sendiri, perasaan sakit atau buruk yang merupakan implikasi dari perasaan malu
 - 5) Membantu perkembangan pengguna zat untuk menerima dan berbicara tentang siapa dirinya.
- c. Membangun tanggung jawab pelaku dengan mengarahkan pengguna zat untuk berjuang menghadapi diskriminasi dan prasangka yang pernah dialaminya. Peran konselor adalah sebagai berikut:
- 1) membantu pengguna zat untuk mengelola amarah yang konstruktif daripada menyakiti diri sendiri,
 - 2) Membantu pengguna zat memahami bahwa marah dan *self image* yang negatif dari kecanduan adalah sebagai hasil dari korban budaya dan cacat pribadi,
 - 3) Mengubah perspektif pengguna zat dengan menggambarkan proses *recovery* dari kekerasan fisik maupun psikis dengan mengakui bahwa pengguna zat pernah mengalami kekerasan (agresifitas),
 - 4) Memastikan bahwa lingkungan treatment dalam perubahan perilaku tidak menjadi ancaman bagi pengguna zat.

- d. Mendapatkan kembali kekuatan pengguna zat yang meliputi (1) *self concept* dan *self confidence*, (2) mengidentifikasi pesan negatif yang sudah diinternalisasi yang merupakan hasil dari korban budaya, (3) Mengubah pesan negatif menjadi positif, (4) Mencari hal positif dengan menegaskan ekspresi spiritualitas untuk memerangi pesan negatif tentang moralitas pengguna zat sendiri, (5) Mengintegrasikan identitas umum dan identitas pribadi, (6) Membangun dirinya.

4. Peran Konselor Adiksi

Konselor memiliki peran untuk melaksanakan program rehabilitasi narkoba. Program rehabilitasi yang tepat melalui rehabilitasi sosial dan pasca rehabilitasi. Salah satunya adalah program konseling/ treatment khusus bagi pengguna zat yang bertujuan membuat *treatment plan* yang sesuai dengan karakteristik dan pengalaman pengguna zat dan bekerja terhadap pencegahan *relapse* dengan mengatasi *issue* lingkungan sosial dan mengembangkan sistem dukungan di komunitas mereka, memberi kesempatan pengguna zat untuk *clean* dan *sober*. Wynn & West-Olatunji (2009) juga menekankan model perkembangan identitas dapat menjadi penting dalam konseling. Harapan dari model perkembangan identitas ini untuk mengembangkan identitas pengguna zat dalam masa pemulihan pada program rehabilitasi narkoba, khususnya rehabilitasi sosial dan pasca rehabilitasi narkoba.

Konselor adiksi dalam melaksanakan *treatment* perlu memiliki langkah-langkah yang tepat, yaitu (a) Menciptakan suasana yang aman untuk pengguna zat, (b) Memahami karakteristik pecandu sehingga pengguna zat dapat mengakses sumber dayanya. Peran konselor dalam membantu pengguna zat adalah menginformasikan pertemuan dan sumber daya lain yang mendukung pemulihannya seperti *Alcohol Anonimous*, (c) Membuat atmosfer yang mendukung misalnya dengan menanyakan orang-orang yang mendukung pengguna zat (*significant other*), (d) Memberi penghargaan pada *significant*

other dan mendorong untuk berpartisipasi dalam *treatment*, (e) Menjadi pembimbing bagi pengguna zat. Mendengarkan “apa yang dikatakan pengguna zat.” Mendukung keterbukaan diri dan penerimaan identitasnya, dan (f) Mendapatkan training mengenai pengetahuan dan pemahaman dan memperlemah pemulihan.

Adapula hal-hal yang tidak diperbolehkan untuk dilakukan konselor adiksi pada pengguna zat, yaitu (a) Tidak memberi label pada pengguna zat, (b) Jangan memberi tekanan pada proses identitas pengguna zat, (c) Tidak menolak *significant others* atau anggota keluarga, dan (d) Tidak menginterpretasikan pernyataan pengguna zat. Misalnya “Anda harus marah karena orang tua tidak menerima jika menjadi transgender.

BAB 7

ASESSMENT

Konsep *assessment* diawali dari konsep evaluasi. Menurut Purwanto (2010) “*Evaluation is a systematic process determining the extent to which instructional objectives are achieved by pupils*”. Kalimat tersebut menjelaskan bahwa penilaian adalah suatu proses dalam mengumpulkan informasi dan membuat keputusan berdasarkan informasi tersebut. Dalam proses mengumpulkan informasi, tentunya tidak semua informasi bisa digunakan untuk membuat sebuah keputusan. Informasi-informasi yang relevan dengan apa yang dinilai akan mempermudah dalam melakukan sebuah penilaian dalam suatu kegiatan.

Kebutuhan untuk klasifikasi gangguan mental sudah jelas sepanjang sejarah kedokteran, tapi sampai saat ini ada sedikit kesepakatan yang gangguan harus dimasukkan dan metode yang optimal untuk organisasi. Banyak sistem klasifikasi yang berbeda dan dikembangkan selama 2.000 tahun terakhir. Sistem klasifikasi telah berbeda dalam penekanan yang relatif pada fenomenologi, etiologi, dan didefinisikan dalam fitur. Beberapa sistem hanya segelintir kategori diagnostik. Selain itu, berbagai sistem untuk mengkategorikan gangguan mental telah berbeda dalam definisinya tergantung dari tujuan penggunaannya dalam klinis, penelitian, atau pengaturan administrasi.

Seperti yang telah terjadi untuk DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) dan DSM-II, pengembangan edisi ketiga (DSM-III) dikoordinasikan dengan perkembangan versi berikutnya dari ICD, ICD-9, yang diterbitkan pada tahun 1975 dan dilaksanakan pada tahun 1978. Pekerjaan dimulai pada DSM-III tahun 1974, dengan publikasi pada tahun 1980. DSM-III memperkenalkan sejumlah inovasi penting, termasuk kriteria eksplisit diagnostik, sistem penilaian diagnostik multiaksial, dan pendekatan yang berusaha untuk menjadi netral terhadap penyebab gangguan mental. Upaya ini dibantu oleh

pekerjaan yang luas untuk membangun dan memvalidasi kriteria diagnostik, serta mengembangkan wawancara untuk penelitian dan penggunaan klinis.

ICD-9 tidak termasuk kriteria diagnostik atau sistem multiaksial karena fungsi utama dari sistem internasional ini adalah untuk menguraikan kategori untuk pengumpulan data statistik kesehatan dasar. Sebaliknya, DSM-III dikembangkan dengan tujuan tambahan memberikan definisi yang tepat dari gangguan mental untuk dokter dan peneliti. Karena ketidakpuasan di semua obat dengan kurangnya kekhususan dalam ICD-9, keputusan dibuat untuk memodifikasinya untuk digunakan di Amerika Serikat, sehingga ICD-9-CM (*for Clinical Modification*).

Berbagai DAST cut-poin yang divalidasi terhadap DSM-III kriteria penyalahgunaan obat / ketergantungan, sebagaimana dinilai oleh jadwal wawancara diagnostik. Hasil penelitian Gavin et al., (1989) menunjukkan sangat baik bersamaan dan diskriminan validitas. Penelitian ini menyimpulkan bahwa estimasi yang cukup akurat kriteria obat DSM-III bisa dibuat dengan menggunakan *brief self-administered questionnaire* (DAST). Namun, hati-hati harus dinyatakan ketika generalisasi temuan ini ke konteks lain (mis sistem peradilan) di mana subjek mungkin memiliki motivasi kuat untuk keterlibatan narkoba di bawah-laporan.

Pada DSM III, pola perilaku abnormal digolongkan sebagai “gangguan mental pada pecandu”. Gangguan mental mencakup distres emosional (secara khusus ada pada depresi dan kecemasan) dan ataupun *impairment* yang signifikan pada fungsi psikologis. Fungsi yang rusak melibatkan berbagai kesulitan dalam memenuhi tanggungjawab di tempat kerja, keluarga, dan masyarakat luas. Hal tersebut mencakup pula pola perilaku yang menempatkan seseorang pada resiko mengalami penderitaan pribadi, sakit, atau kematian.

Nevid et al., (2005) menjelaskan bahwa “diagnosis gangguan mental dalam *DSM* mensyaratkan bahwa pola perilaku tersebut tidak mewakili suatu respons yang sesuai secara budaya atau diduga muncul pada peristiwa stres berat, seperti kehilangan orang tercinta”. Pada pecandu narkoba, perilaku sebagai pecandu muncul dapat dialami karena faktor tempat kerja, keluarga, dan masyarakat luas.

Hal tersebut muncul disebabkan berbagai tekanan yang menimbulkan efek jangka panjang untuk memakai narkoba. Dampak memakai narkoba adalah kerusakan secara fisik dan psikologis.

Pecandu narkoba memiliki gangguan-gangguan di dalam dirinya yang mempengaruhi kehidupannya. Gangguan-gangguan ini bersifat deskriptif. DSM menguraikan ciri-ciri diagnostik dari perilaku dan berusaha menjelaskan penyebab. Hal tersebut didukung dari hasil penelitian yang menyimpulkan bahwa gangguan kepribadian dengan keandalan yang cukup baik terdapat di negara-negara yang memiliki perbedaan bahasa, dan budaya dengan menggunakan wawancara klinis semiterstruktur dan menemukan data yang relevan, bermakna, dan ramah pengguna (Loranger et al., 1994).

Hasil penelitian dari Khantzian & Treece (1985) menyimpulkan bahwa tujuh puluh tujuh persen dari sampel memenuhi kriteria untuk satu atau lebih diagnosa pada sumbu I, dan 65% memenuhi kriteria untuk gangguan kepribadian pada sumbu II. Secara total, 93% memenuhi kriteria untuk satu atau lebih gangguan kejiwaan selain penyalahgunaan zat. Meskipun heterogenitas diagnosis dicatat, depresi dan gangguan kepribadian, sering terkombinasi dan terdapat paling menonjol. Beberapa faktor yang berhubungan dengan kelompok diagnostik tertentu yang dianalisis dan memiliki signifikansi untuk psikopatologi kecanduan narkotika.

Diagnosis tingkat kecanduan pada pecandu narkoba tidak akan lepas dari metode *assessment*. Dagnosis kecanduan dapat diketahui melalui instrumen-instrumen, yaitu wawancara, tes psikologis, kuisisioner, *self-report*, ukuran perilaku, dan ukuran fisiologis. Peran *assessment* lebih daripada hanya penggolongan saja. Suatu *assessment* yang diteliti memberikan informasi yang sangat banyak tentang kepribadian klien dan fungsi kognitifnya. Informasi ini dapat memberi bantuan klinisi untuk memperoleh suatu pemahaman yang lebih luas tentang permasalahan klien dan merekomendasikan bentuk rehabilitasi medis dan sosial dalam program rehabilitasi.

1. Wawancara

Wawancara menurut Moleong (2009) adalah percakapan yang dilakukan oleh dua pihak, yaitu pewawancara (*interviewer*) yang mengajukan pertanyaan dan terwawancara (*interviewee*) yang memberikan jawaban atas pertanyaan itu. Menurut Denzin (2018) wawancara adalah seni bersosialisasi, pertemuan “dua manusia yang saling berinteraksi dalam jangka waktu tertentu berdasarkan kesetaraan status, terlepas apakah hal tersebut benar-benar kejadian nyata atau tidak”. Dengan demikian, wawancara dapat menjadi alat/ perangkat dan juga dapat sekaligus menjadi objek. Maka dapat disimpulkan bahwa *interview* atau wawancara merupakan suatu teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan tanya jawab secara lisan, baik langsung atau tidak langsung dengan sumber data responden/ klien (terwawancara).

Penerapan interview atau wawancara dapat diklasifikasikan ke dalam beberapa tipe wawancara. Menurut fungsinya, maka terdapat wawancara diagnostic, wawancara penyembuhan atau perawatan, wawancara penelitian, wawancara sample, wawancara bantuan hukum, dan seterusnya. Disamping itu, wawancara atas perencanaan pertanyaan dibedakan antara tipe wawancara pembicaraan informal, wawancara dengan pendekatan menggunakan petunjuk umum, dan wawancara baku terbuka. Selanjutnya menurut data dan informasi yang diinginkan dibedakan menjadi wawancara sejarah kehidupan, wawancara ethnografi, wawancara postmodern, dan wawancara feminis. Selanjutnya Sugiyono (2010) membagi wawancara menjadi wawancara terstruktur, wawancara tak terstruktur, dan wawancara semiterstruktur.

a. Wawancara Terstruktur

Tipe Wawancara ini disebut juga wawancara terkendali, yang dimaksudkan adalah bahwa seluruh wawancara didasarkan pada suatu sistem atau daftar pertanyaan yang ditetapkan sebelumnya. Wawancara terstruktur ini mengacu pada situasi ketika seorang peneliti melontarkan sederet pertanyaan kepada responden berdasarkan kategori-kategori jawaban

tertentu atau terbatas. Namun, peneliti dapat juga menyediakan ruang bagi variasi jawaban, atau peneliti dapat juga menggunakan metoda pertanyaan terbuka yang tidak menuntut keteraturan, hanya saja pertanyaannya telah disiapkan terlebih dahulu oleh peneliti. Dalam hal ini, peneliti sebaiknya mencatat semua jawaban-jawaban terbuka dari responden dengan menggunakan skema kode (coding scheme) yang sudah dibuat oleh peneliti sendiri (Moleong, 2009). Dalam menggunakan tipe wawancara ini, peneliti perlu mengurutkan kuesioner atau pertanyaan yang akan diajukan kepada responden (layaknya skenario pembelajaran), sehingga dapat mengendalikan proses wawancara yang sedang berlangsung.

b. Wawancara Tidak Terstruktur

Berdasarkan sifatnya dasarnya, wawancara tak terstruktur (unstructured interviewe) memberikan ruang yang lebih luas dibandingkan dengan tipe-tipe wawancara yang lain. Menurut Sugiyono (2009: 74), wawancara tak struktur adalah wawancara yang bebas dimana peneliti tidak menggunakan pedoman wawancara yang telah tersusun secara sistematis dan lengkap untuk pengumpulan datanya. Pedoman yang digunakan hanya berupa garis-garis besar permasalahan yang akan ditanyakan. Salah satu bentuk wawancara tak terstruktur adalah “catatan harian lapangan” yang menunjukkan sedemikian pentingnya teknik wawancara tak terstruktur dalam riset lapangan, dan secara tegas berbeda dengan teknik wawancara terstruktur (Denzin, 2018). Ciri dari wawancara tak struktur adalah kurang diinterupsi dan arbiter, biasanya teknik wawancara ini digunakan untuk menemukan informasi yang bukan baku atau informasi tunggal, dengan waktu wawancara dan cara memberikan respon jauh lebih bebas iramanya dibanding wawancara struktur (Moleong, 2009).

c. Wawancara Kelompok

Disamping tiga tipe di atas, wawancara juga dibedakan menjadi wawancara individual dan wawancara kelompok. Wawancara individual

adalah wawancara yang dilakukan dengan memberikan sederetan pertanyaan sistematis kepada individu responden. Sedangkan wawancara kelompok adalah wawancara dengan sederetan pertanyaan sistematis kepada beberapa individu atau kelompok secara serentak, baik dalam setting formal maupun informal. Wawancara kelompok ini nampaknya lebih baik ketimbang wawancara secara individual, karena teknik wawancara kelompok akan menghasilkan perspektif tentang objek penelitian yang tidak dapat dicapai hanya dengan teknik wawancara individual (Denzin, 2018). Wawancara kelompok pada prinsipnya adalah teknik pengumpulan data kualitatif yang menuntut seorang peneliti mampu mengarahkan proses interaksi yang sedang berlangsung, baik berbasis pada aturan ketat terstruktur atau pada aturan longgar tak terstruktur bergantung pada tujuan wawancara dari peneliti itu sendiri. Dalam menggunakan teknik wawancara kelompok, peneliti harus memiliki kecakapan dan keahlian dalam melaksanakan wawancara, yaitu pewawancara harus fleksibel, objektif, empatik, persuasif, menjadi pendengar yang baik, dan lain-lain.

2. Tes

Tes biasanya terstandarisasi pada sejumlah besar subjek dan menyediakan norma-norma yang membandingkan skor klien dengan rata-rata. Dengan membandingkan hasil tes dari sejumlah orang yang bebas gangguan psikologis dengan mereka yang didiagnosis mengalami gangguan psikologis pada pecandu narkoba.

a. Tes

Assessment perilaku pecandu narkoba seringkali mencakup suatu evaluasi. Tes yang formal digunakan untuk membantu membuat diagnosis retradasi mental digunakan untuk mengevaluasi kondisi yang mungkin disebabkan oleh gangguan lain, seperti gangguan syaraf otak akibat kecanduan akut dari narkoba. Tes menyediakan profil tentang kekuatan dan

kelemahan intelektual klien untuk membantu mengembangkan suatu rencana pengobatan yang tepat dengan kemampuan klien dalam program rehabilitasi narkoba.

b. Tes Kepribadian *Self-Report*

Di dalam Tes Kepribadian *Self-Report* (*self-report personality test*), individu-individu memberi respon terhadap sekumpulan *item* perasaan, pikiran, pertimbangan, sikap, minat, keyakinan mereka, dan semacamnya. Respon-respon tersebut disampaikan dalam bentuk-bentuk “ya-tidak,” “benar-salah,” “sesuai-tidak sesuai” atau “setuju-tidak setuju.” Beberapa tes kepribadian *self-report* dimaksudkan untuk mengukur *trait* atau konstruk tertentu, seperti kecemasan dan depresi.

3. *Behavioral Assessment*

Behavioral assessment menggunakan hasil tes sebagai sampel perilaku yang terjadi ada situasi spesifik dan bukan sebagai tanda-tanda dari tipe atau *trait* kepribadian yang mendasarinya. Dalam konsep *behavioral*, perilaku manusia merupakan hasil belajar, sehingga dapat diubah melalui memanipulasi dan mengkreasi kondisi-kondisi belajar. Menurut pandangan behavioristik, setiap orang dipandang memiliki kecenderungan positif dan negatif yang sama. Menurut pandangan *behavioral* pula, perilaku terutama ditentukan oleh faktor-faktor situasional atau lingkungan, seperti penguatan dan sinyal-sinyal stimulus (Nevid et al., 2005).

Model *behavioral* telah mengilhami perkembangan teknik-teknik yang bertujuan untuk meneliti perilaku individu dalam setting kemiripan yang mungkin dengan situasi nyata, sehingga memaksimalkan hubungan antara situasi tes dan kriteria nyata. Peneliti/ pemeriksa mungkin melakukan teknik-teknik yang dapat digunakan, yaitu analisis fungsional, *self-monitoring*, dan skala penilaian perilaku.

Analisis fungsional dari perilaku bermasalah diperiksa menggunakan wawancara *behavioral* dengan mengajukan pertanyaan lebih banyak tentang riwayat dan aspek-aspek situasional dari perilaku bermasalah. Perilaku pecandu narkoba juga dapat diperiksa menggunakan metode-metode observasi untuk menghubungkan perilaku bermasalah dengan stimuli dan membantu mempertahankannya. Teknik observasi yang lazim digunakan pada pecandu narkoba sebagai pengumpul data/ informasi. Observasi/ pengamatan yang dilakukan secara langsung (observasi langsung). Observasi langsung atau observasi perilaku sebagai kunci *behavioral assessment*. Konselor dalam mengamati perilaku pecandu narkoba secara klinis maupun non klinis melalui observasi perilaku untuk mengetahui perilaku bermasalah dalam program rehabilitasi narkoba.

Penggunaan observasi langsung sebagai kunci dari *behavioral assessment* memiliki kelebihan dan kelemahan. Kelebihan dari observasi langsung adalah observasi langsung tidak tergantung pada *self-report* dari klien, yang mungkin terdistorsi oleh usaha untuk membuat suatu impresi yang kurang baik atau yang baik. Selain menyediakan pengukuran dan informasi yang akurat terhadap perilaku bermasalah, observasi *behavioral* dapat menyarankan strategi-strategi intervensi. Observasi langsung juga memiliki kelemahan, antara lain:

- a. Kemungkinan tidak ada konsesus dalam menetapkan dengan menggunakan terminologi perilaku.
- b. Kurangnya reliabilitas atau ketidakkonsistenan pengukuran dari waktu ke waktu. Reliabilitas berkurang bila seorang konselor/ pengamat tidak konsisten dalam pengkodean perilaku yang spesifik/ dua/ atau lebih pengamat/ konselor memberikan kode perilaku dengan tidak konsisten.
- c. Kecenderungan perilaku yang diamati dipengaruhi oleh sebab lain (reaktivitas). Jika sedang diobservasi, maka akan melakukan perilaku terbaik. Jika tidak diobservai, makan menunjukkan perilaku normal.

- d. Penyimpangan pengamatan (*observer drift*) yaitu kecenderungan dari pengamat atau sekelompok pengamat untuk menyimpang dari sistem pengkodean di mana mereka telah terlatih sejalan dengan berlalunya waktu.
- e. Observasi *behavioral* terbatas untuk pengukuran perilaku yang terlihat (*overt*).

4. Self Monitoring

Menurut Nevid et al., (2005), “*self monitoring* diharapkan untuk melatih klien untuk mencatat atau memonitor perilaku.” Harapannya adalah klien memonitor atau mengamati dirinya sendiri akan perilakunya. *self monitoring* memungkinkan pengukuran secara langsung dari perilaku bermasalah pada saat dan di tempat di mana perilaku itu terjadi. Pada umumnya klien menyadari frekuensi terjadinya perilaku dan konteks situasional. Kesimpulannya adalah bahwa pemantauan diri, atau kapasitas untuk mengamati (mengukur) dan mengevaluasi perilaku seseorang, merupakan komponen penting dari fungsi eksekutif dalam perilaku manusia pada instrumen *self monitoring*.

5. Skala Penilaian Perilaku (*behavioral rating scale*)

Menurut Miltenberger, (2011),” *Frequency, duration, and intensity are all physical dimensions of a behavior*”. Maka aspek yang mendasari perilaku manusia adalah frekuensi, durasi, dan intensitas perilaku manusia. Sehingga dalam skala penilaian perilaku didasarkan pada aspek-aspek yang mendasari perilaku manusia. Hal tersebut didukung oleh Nevid et al., (2005), bahwa suatu skala penilaian perilaku (*behavioral rating scale*) merupakan suatu daftar *checklist* yang menyediakan informasi tentang frekuensi, intensitas, dan rentang perilaku bermasalah. Skala penilaian perilaku ini menilai perilaku yang spesifik, bukan pada karakteristik-karakteristik kepribadian, walaupun perilaku tersebut didasari pada kepribadian manusia.

BAB 8

BIMBINGAN DAN KONSELING

1. Konsep Bimbingan dan Konseling

Bimbingan dan konseling perkembangan berasumsi bahwa secara lahiriah manusia menggerakkan kepribadian individualnya secara berurutan dan secara positif menuju pengembangan diri. Hal ini berarti bahwa terdapat suatu kekuatan di antara satu dengan yang lain yang membuat kita meyakini bahwa kita merupakan pribadi istimewa dan tidak ada orang lain yang menyerupai kita. Potensi individual kita merupakan aset yang bernilai bagi masyarakat dan masa depan.

Pendekatan bimbingan beranggapan bahwa perkembangan manusia yang alamiah termasuk beberapa tahapan umum dan tugas pengalaman sebagian besar individual ketika mereka mengalami perkembangan dari masa kanak-kanak menuju kedewasaan. Ini berpusat pada beberapa konsep diri yang positif dan pengakuan konsep diri seseorang yang dibangun dan dibangun kembali melalui pengalaman dan pendidikan. Ini selanjutnya mengenali perasaan, ide dan perilaku yang berhubungan erat dan mereka dipelajari. Oleh karena, beberapa kondisi yang sangat diharapkan untuk pembelajaran dan pembelajaran ulang merupakan pertimbangan yang penting bagi bimbingan. Tujuan akhirnya adalah untuk membantu para pecandu narkoba untuk pulih dari kecanduan.

Program bimbingan dan program konseling pada saat pelaksanaan program rehabilitasi sosial membutuhkan bantuan semua agar dapat mencapai tujuannya. Para konselor dan *stahelholders* dalam rehabilitasi harus bekerja erat satu sama lain untuk memberikan bimbingan yang layak dan layanan konseling bagi para pecandu. Ada suatu kebutuhan, oleh karenanya, untuk mengidentifikasi peran para personil rehabilitasi dalam suatu bimbingan dan

program konseling dan untuk mengenali bagaimana mereka melengkapinya satu sama lain. Lebih jauh, ada kebutuhan yang secara spesifik menetapkan fungsi tugas dan intervensi dasar bagi para konselor dalam kegiatan bimbingan dan konseling. Hal tersebut telah muncul pada beberapa tahun terakhir ini yang telah berkembang mengenai empat pendekatan dasar dalam bimbingan dan konseling, yaitu pendekatan-pendekatan: krisis, remedial, pencegahan, dan perkembangan (Muro & Kottman, 1995).

Pada pendekatan krisis, konselor menunggu sampai ada beberapa tipe krisis dan kemudian melangkah ke tindakan membantu individu dalam krisis atau kesulitan mengatasi masalahnya. Dalam pendekatan ini, semua ahli atau konselor seringkali menggunakan teknik-teknik mengatasi krisis dan menentukan masalah. Dalam pendekatan remedial, konselor memfokuskan pada kelemahan-kelemahan yang dapat diukur dan mencoba meremidinya. Tujuan intervensi ini adalah mengatasi kemungkinan anak mengalami krisis. Banyak strategi yang dapat digunakan dalam pendekatan remedial ini, seperti: mengajarkan ketrampilan-ketrampilan kepada pecandu dalam belajar dan sosial yang belum mereka miliki. Dalam pendekatan pencegahan, konselor mengantisipasi masalah-masalah yang muncul dan mencegahnya agar tidak terjadi *relapse*. Pendekatan pencegahan ini didasarkan pada pemikiran bahwa jika konselor dapat mendidik siswa tentang bahayanya aktivitas tertentu dan cara-cara menghindarinya sebelum mereka melakukannya, konselor akan dapat mencegahnya dari perbuatan yang demikian itu. Teknik-teknik yang digunakan di dalam pendekatan ini adalah memberikan informasi. Sedangkan pendekatan perkembangan adalah pendekatan yang lebih proaktif daripada tiga pendekatan lainnya itu.

Konselor yang menggunakan pendekatan perkembangan, mengidentifikasi ketrampilan-ketrampilan dan pengalaman-pengalaman khusus yang perlu siswa-siswa miliki agar berhasil dalam hidupnya. Karena program bimbingan dan konseling perkembangan ini didasarkan pada

hasil yang dicapai. Teknik-teknik intervensi yang digunakan dalam pendekatan ini, meliputi: pengajaran, bermain peran, latihan, dan konseling. Konselor yang menggunakan pendekatan perkembangan ini akan menggunakan unsur-unsur intervensi krisis, membangun ketrampilan, kerja remedial, program-program pencegahan, dan bimbingan yang komprehensif (Myrick, 2011). Konselor mengembangkan hasil yang dicapai dan rencana-rencana untuk mencapai tujuan program rehabilitasi dan diwujudkan pada program pasca rehabilitasi.

Myrick (2011) memberikan penegasan bimbingan dan konseling perkembangan berasumsi bahwa secara lahiriah manusia mampu menggerakkan kepribadian individualnya secara berurutan dan secara positif menuju pengembangan diri. Ini membuat kita mengenali bahwa terdapat suatu kekuatan antara kita satu sama lain yang membuat kita meyakini bahwa kita adalah istimewa dan tidak ada orang yang menyerupai kita. Ini juga berasumsi bahwa potensi individual kita merupakan asset yang bernilai bagi masyarakat dan masa depan kemanusiaan.

Bimbingan Perkembangan menggunakan titik pandang perkembangan dengan alasan bahwa layanan bimbingan dan konseling tidak hanya berurusan dengan perilaku maladaptif dan mencegah perilaku maladaptif tersebut, namun yang lebih penting adalah menyangkut upaya pemulihan pecandu agar mampu mengembangkan keterampilannya. Pendekatan perkembangan dalam bimbingan dan konseling menuntut bimbingan dan konseling memberikan layanan secara proaktif melebihi pendekatan krisis, remedial, dan preventif (Kartadinata, 2003).

Asumsi dasar pendekatan bimbingan dan konseling perkembangan adalah pemikiran bahwa perkembangan individu yang sehat akan terjadi dalam interaksi yang sehat individu dengan lingkungannya. Dengan kata lain, lingkungan tersebut bagi individu menjadi lingkungan belajar. *“Being educate for its proportional emphasis is on prevention and improvement, not corective and therapeutic, Being-developmental for its main goal of counseling is to*

develop human capacity by providing developmental environment” (Myrick, 2011). Kata sehat dalam hal ini bukan hanya merujuk pada interaksi antara individu dan lingkungan, tetapi lingkungan itu sendiri juga harus sehat. Bimbingan dan konseling perkembangan dengan demikian dapat dartikan sebagai perspektif, pendekatan dalam bimbingan dan konseling yang berlandaskan pada teori-teori perkembangan dan bertujuan mengembangkan individu ke arah perkembangan optimal dalam lingkungan perkembangan yang mendukung.

2. Bimbingan bagi Pecandu Narkoba

Undang-undang nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika menyatakan bahwa pecandu narkotika dan korban penyalahgunaan narkotika wajib menjalani rehabilitasi. Proses rehabilitasi korban penyalahgunaan NARKOBA dilakukan dengan dua tahapan program penanganan yaitu (1) rehabilitasi medis, dan (2) rehabilitasi sosial. Rehabilitasi medis dilakukan untuk memberikan perawatan kesehatan fisik kepada klien. Sedangkan pada rehabilitasi sosial ditujukan untuk mengembalikan kondisi psikis dan sosial klien. Ada beberapa metode yang digunakan dalam proses rehabilitasi korban penyalahgunaan NARKOBA, seperti program 12 Langkah, *Therapeutic Community* (TC), dan lain sebagainya. Secara garis besar, kegiatan yang dilakukan dalam proses rehabilitasi meliputi (1) bimbingan fisik (olah raga, rekreasi, perawatan kesehatan), (2) bimbingan mental psikologik (konseling, terapi kelompok, dan lain-lain), (3) bimbingan mental keagamaan (ibadah, ceramah agama, pendidikan budi pekerti, kegiatan keagamaan, dan sebagainya), (4) bimbingan sosial (sesi kelompok, terapi kelompok/ dinamika kelompok, simulasi, *role playing*, dan lain-lain), (5) pelatihan/ bimbingan kerja (karir), (6) bimbingan belajar, dan praktik belajar kerja. Dalam tahap ini juga dilakukan pula konseling keluarga, *home visit*, *family support group* (Cursel, 2013).

a. Bimbingan Fisik

Bimbingan fisik dilaksanakan melalui kegiatan yang ditujukan untuk memulihkan kondisi fisik klien, meliputi pelayanan kesehatan, peningkatan gizi, baris berbaris dan olah raga. Kegiatan fisik ini melalui bimbingan dari konselor. Pemulihan fisik dilakukan secara bertahap dengan didukung secara medis oleh tim medis pada program rehabilitasi.

b. Bimbingan Mental Keagamaan, Sosial, dan Psikologik

rehabilitasi sebagai “pemulihan kepada kedudukan (keadaan, nama baik) yang dahulu (semula); Perbaikan anggota tubuh yang cacat dan sebagainya atas individu (misalnya klien rumah sakit, korban bencana) supaya menjadi manusia yang berguna dan memiliki tempat di masyarakat.” Dalam kamus konseling, rehabilitasi adalah “proses atau program-program penugasan kesehatan mental atau kemampuan yang hilang yang dipolakan untuk membetulkan hasil-hasil dari masalah-masalah emosional dan mengembalikan kemampuan yang hilang. Sedangkan dalam pengertian lain dengan objek yang lebih spesifik lagi yaitu bagi korban narkoba dikatakan bahwa rehabilitasi adalah usaha untuk memulihkan dan menjadikan pecandu narkotika hidup sehat jasmaniah dan rohaniyah sehingga dapat menyesuaikan dan meningkatkan kembali ketrampilan, pengetahuan, serta kepandaiannya dalam lingkungan hidup (Sudarsono, 1993).

Sedangkan jiwa menurut adalah sesuatu yang menyangkut batin dan watak manusia yang baik bersifat badan maupun tenaga, bukan hanya pembangunan fisik yang dibutuhkan tetapi juga psikis. Jiwa bisa juga berarti mental yang berasal dari bahasa latin yaitu: mens, mentis yang artinya nyawa atau sukma, roh. Jiwa yang dimaksudkan disini adalah mental, dalam hal ini mental yang sedang mengalami masalah atau gangguan. Setelah mengetahui arti dari kata-kata di atas, dapat diketahui bahwa yang dimaksud rehabilitasi jiwa bagi pecandu narkoba disini adalah

upaya memulihkan dan mengembalikan kondisi para mantan penyalahguna atau ketergantungan NARKOBA kembali sehat dalam arti sehat fisik, psikologik, sosial dan spiritual atau agama (keimanan). Dengan kondisi sehat tersebut diharapkan mereka akan mampu kembali berfungsi secara wajar dalam kehidupannya sehari-hari.

Dari pengertian di atas, dapat dipertegas bahwa yang dimaksud dengan metode rehabilitasi jiwa bagi pecandu narkoba disini adalah cara memulihkan para korban narkoba secara psikologis dan mengembalikan fungsi-fungsi kehidupan klien yang sesuai dengan norma dan agama. Ada beberapa metode atau teknik untuk mengatasi para korban penyalahgunaan narkoba. Adapun teknik-teknik rehabilitasi/ pembinaan/ psikoterapi bagi pecandu narkoba adalah:

- 1) Penyuluhan, dalam metode penyuluhan ini meliputi wawancara, tanya jawab, temu wicara, sarasehan, seminar.
- 2) Bimbingan sosial, yang meliputi wawancara dan konseling.
- 3) Pendidikan, meliputi seminar, pelatihan, diskusi, dan simulasi.
- 4) Kegiatan pengganti yang meliputi kelompok bermain dan kelompok belajar.

Rehabilitasi bertujuan untuk memberikan penyembuhan secara berkelanjutan dan holistik sehingga klien benar-benar sembuh secara total dan siap untuk kembali ke masyarakat dalam keadaan sehat. Rehabilitasi merupakan rangkaian kegiatan yang bertujuan untuk melakukan aksi pencegahan, peningkatan, penyembuhan, pemakaian, serta pemulihan kemampuan bagi individu yang membutuhkan layanan khusus. Kaitannya dengan pelaksanaan pelayanan pendidikan terhadap individu tersebut, peranan rehabilitasi secara paripurna sangat diperlukan. Hal tersebut didasarkan atas masalah yang dialami oleh masing-masing individu. Layanan perlu diberikan secara terpadu dan berkesinambungan. Adapun tujuan dari rehabilitasi jiwa sebagai berikut:

- 1) Terwujudnya sikap masyarakat yang konstruktif memperkuat ketaqwaan dan amal keagamaan di dalam masyarakat
- 2) Memberikan pertolongan kepada setiap individu agar sehat rohaniyah, atau sehat mental, spiritual, dan moral, atau sehat jiwanya
- 3) Responsif gagasan-gagasan pembinaan/rehabilitasi
- 4) Menggali dan mengembangkan potensi esensial sumber daya insani
- 5) Mempertahankan komunitas
- 6) Mengantarkan individu kepada perubahan konstruksi dalam kepribadian dan etos kerja
- 7) Memperkuat komitmen (keterikatan), mengikis habis sebab-sebab dan kemungkinan timbul serta berkembangnya ateisme, komunisme, kemusyrikan dan kesesatan masyarakat
- 8) Mengembangkan generasi muda yang sehat, cakap, dan terampil

Teknik-teknik rehabilitasi tersebut dapat memberikan bagian penting dalam proses pemulihan pecandu. Pemulihan pecandu tidak hanya pada saat rehabilitasi, akan tetapi setelah proses rehabilitasi untuk pengembangan sikap sosial. Oleh karena itu adapun jenis terapi untuk mempersiapkan pada dunia luar adalah:

- 1) Terapi Energi (Mental Psikologik)

Terapi energi adalah terapi yang dijalankan berupa latihan-latihan khusus yang bertujuan untuk membuka energi diri (energi negatif, aura, cakra). Dengan demikian tubuh akan menjadi lebih sehat dan bisa menghilangkan berbagai penyakit. Jenis terapi yang termasuk dalam kategori ini adalah yoga, meditasi, refleksiologi, akupunktur, akupresur, dan lainnya.

Mental adalah “hal-hal yang berkaitan dengan akal, fikiran dan ingatan atau proses yang berasosiasi dengan akal, fikiran dan ingatan.” Contohnya seperti mudah lupa, malas berfikir, tidak mampu berkonsentrasi, tidak dapat mengambil suatu keputusan dengan baik

dan benar, bahkan tidak memiliki kemampuan membedakan antara yang halal dan yang haram. Kebahagiaan juga bukan hanya dipengaruhi oleh faktor ekstrinsik berupa harta benda dan hal-hal kasat mata lainnya tetapi juga dipengaruhi oleh faktor intrinsik yaitu keadaan mental. Jadi yang mempengaruhi ketenangan dan kebahagiaan hidup adalah kesehatan mental/jiwa dan kemampuan menyesuaikan diri.

Kriteria mental yang sehat secara psikologi adalah sebagai berikut: 1) *Adequate feeling of security*: rasa aman yang memadai yaitu berhubungan dengan merasa aman dalam hubungannya dengan pekerjaan, sosial dan keluarganya. 2) *Adequate self-evaluation*: kemampuan memulai dari diri sendiri. 3) *Adequate spontaneity and emotionality*: memiliki spontanitas dan perasaan yang memadai dengan orang lain. 4) *Efficient contact with reality*: mempunyai kontak yang efisien dengan realitas. 5) *Adequate bodily desires and ability to gratify them*: keinginan-keinginan jasmani yang memadai dan kemampuan untuk memuaskannya. 6) *Adequate self-know ledge*: mempunyai pengetahuan yang wajar. 7) *Integrition and concistency of personality*: kebibadian yang utuh dan konsisten. 8) *Adequate life good*: memiliki tujuan hidup yang wajar. 9) *Ability to satisfy the requirements of the group*: kemampuan memuaskan tuntunan kelompok. 10) *Adequate emancipation from the group or culture*: mempunyai emansipasi yang memadai dari kelompok atau budaya.

2) Terapi Pikiran dan Spiritual

Terapi pikiran dan spiritual adalah suatu metode yang dilakukan untuk membangun sistem berfikir dan spiritualitas agar bermanfaat bagi ketahanan fisik, kekebalan terhadap penyakit, dan hidup lebih menyenangkan untuk dijalani. Misalnya, psikoterapi, psikoanalitik, hipnoterapi, terapi warna, terapi suara, terapi musik, dan lainnya. Termasuk dalam jenis terapi ini adalah psikoterapi Islam.

Spiritual yaitu “yang berhubungan dengan masalah ruh, semangat atau jiwa, religius, yang berhubungan dengan agama, keimanan, keshalehan, dan menyangkut nilai-nilai transendental”. Seperti syirik (menduakan Allah), nifaq, fasiq, dan kufur; lemah keyakinan dan tertutup atau terhibatnya alam ruh, alam malakut dan alam ghaib; semua itu akibat dari kedurhakaan dan pengingkaran kepada Allah (Adz-Dzaky, 2004).

Penyakit ini sulit disembuhkan karena berada dalam diri setiap individu, oleh karena itu ada bimbingan serta petunjuk dari Allah, Rasul, dan hamba-hambanya yang berhak, maka penyakit itu tidak akan pernah disembuhkan dengan mudah, dan faktor penentu penyembuhan tetap ada pada diri dan tekad seseorang untuk sembuh.

BAB 9

PENDEKATAN KONSELING

1. **Konseling Keluarga**

Untuk membantu pemulihan (*recovery*) klien narkoba, sangat diperlukan dukungan keluarga seperti ayah, ibu, saudara, istri, suami, pacar, dan keluarga dekat lainnya. Proses pemulihan untuk pengguna zat salah satunya melalui peningkatan kesehatan keluarga (Csiernik, 2002), karena keluarga sebagai komponen utama atau factor ektenal kapital dalam pemulihan klien pengguna zat. Intervensi keluarga memiliki potensi positif dalam mendukung anggota keluarga dalam pemulihan dan rehabilitasi kecanduan narkoba (Baharudin et al., 2014).

Fasilitator konseling keluarga adalah konselor adiksi, sedangkan pesertanya adalah klien, orang tua, saudara, suami/istri, dan sebagainya. Nuansa emosional yang akrab harus mampu diciptakan oleh konselor agar terjadi keterbukaan klien terhadap keluarga, sebaliknya anggota keluarga mempunyai rasa tanggung jawab yang tinggi terhadap pemulihan klien. Dua kategori utama dalam proses pemulihan dengan keterlibatan keluarga adalah pemulihan sebagai tindakan perubahan dan sifat relasional dari pemulihan berupa keterlibatan keluarga (Dekkers et al., 2020). Dampaknya adalah tumbuh rasa aman, percaya diri, dan rasa tanggung jawab klien terhadap diri dan keluarga. Untuk mencapai keberhasilan maka prosedur yang harus ditempuh.

- a. Menyiapkan mental klien narkoba untuk menghadapi anggota keluarga. Alasannya karena ada sebagian anggota keluarga yang jengkel, marah, dan bosan dengan kelakuan klien yang mereka anggap amat keterlaluan, merusak diri, mencemarkan nama keluarga, dan biaya keluar jadi besar untuk pemulihan. Mempersiapkan mental klien berarti dia harus berani

- menerima kritikan-kritikan anggota keluarga dan siap untuk berubah kepada kebaikan sesuai harapan keluarga.
- b. Memberi kesempatan kepada setiap anggota keluarga untuk menyampaikan perasaan terpendam, kritikan-kritikan, dan perasaan-perasaan negatif lainnya terhadap klien. Di samping itu, ada kesempatan untuk memberi saran-saran, pesan, keinginan-keinginan terhadap klien agar dia berubah. Semuanya bertujuan untuk menurunkan stres keluarga sebagai akibat kelakuan klien sebagai anggota keluarga yang dicintai.
 - c. konselor memberi kesempatan kepada klien untuk menyampaikan isi hatinya berupa kata-kata pengakuan jujur atas kesalahan-kesalahannya, serta penyesalan terhadap masa lalu. Kemudian, klien mengemukakan harapan hidup masa depan dan diberi kesempatan untuk berbuat baik terhadap diri, keluarga, dan masyarakat.
 - d. Konselor mengemukakan kepada keluarga tentang program pemulihan klien secara keseluruhan. Maksudnya supaya keluarga klien menaruh kepercayaan terhadap semua upaya konselor bersama klien. Selanjutnya, keluarga akan mendorong penyembuhan klien dengan tulus dan kasih sayang.
 - e. Konselor meminta tanggapan keluarga tentang program tersebut. Di samping itu, diminta juga tanggapan mereka terhadap keadaan klien saat ini. Demikian juga, tanggapan klien terhadap program yang telah disusun konselor, dan juga tanggapan terhadap keluarganya. Tanggapan-tanggapan dari kedua pihak terhadap program yang disusun konselor amat penting supaya semua pihak terutama klien sungguh-sungguh didalam menjalani program pemulihan dirinya.

2. Konseling dengan Pendekatan *Cognitif Behaviour Therapy (CBT)*

Terapi kognitif-perilaku menggunakan teori dan riset tentang proses-proses kognitif. Terapi kognitif-perilaku merupakan bagian dari paradigma kognitif, namun pada kenyataannya terapi kognitif-perilaku merupakan

gabungan paradigma kognitif dan belajar (Davison, 2006). Cooper & McLeod (2010) berpendapat bahwa secara historis pendekatan kognitif-perilaku merupakan aliran terapi utama yang paling muda, dan mungkin muncul dalam fase paling kreatif dengan ide dan teknik yang terus ditambahkan ke dalamnya setiap tahun. Prinsip dasar dalam pendekatan kognitif-perilaku adalah perubahan dalam berpikir dapat menghasilkan perubahan dalam perilaku.

Tujuan utama dari sebagian besar karya kognitif-perilaku adalah untuk menggantikan keyakinan yang memberikan kontribusi kepada perilaku *self-defeating* dengan keyakinan yang diasosiasikan dengan penerimaan diri (*self-acceptance*) dan pemecahan masalah yang konstruktif. Terapi kognitif perilaku bertujuan untuk membantu klien mengidentifikasi dan memperbaiki keyakinan-keyakinan maladaptif, jenis pikiran otomatis, dan sikap *self-defeating* yang menghasilkan atau menambah masalah emosional.

Berdasarkan penjelasan diatas, maka dapat disimpulkan bahwa tujuan dari terapi kognitif-perilaku adalah untuk mengajak klien mengenali dan mengubah distorsi kognitif, yang mempengaruhi *mood* dan merusak diri sendiri yang dititikberatkan pada masa kini untuk diubah dari negatif menjadi positif dengan tidak mengabaikan masa lalu klien. Terapi pencegahan kekambuhan (*relapse prevention therapy*) adalah *treatment* psikologis yang didasarkan pada model kognitif perilaku dari kekambuhan yang tujuannya adalah untuk mengidentifikasi dan mencegah terjadinya situasi berisiko tinggi untuk kambuh. Dalam pencegahan terhadap kekambuhan individu mempelajari kemampuan mengambil keputusan yang memungkinkan mereka untuk menganalisis situasi yang berisiko tinggi dan untuk menentukan ketrampilan coping terbaik guna mencegah kekambuhan. Teknik kognitif perilaku digunakan untuk membantu klien memodifikasi pikiran, harapan, dan perilaku mereka yang terkait dengan penggunaan narkoba. Terapi kognitif-perilaku merupakan pendekatan berbasis fakta dengan memberdayakan diri sebagai bentuk konseling pemulihan dari kecanduan (Horvath, 2021).

Terapi kognitif-perilaku adalah pendekatan yang terfokus dan jangka pendek untuk mengarahkan klien agar dapat mengenali situasi berisiko terhadap relaps kemudian menghindari situasi tersebut, dan melakukan adaptasi perilaku (*cope*) yang efektif berkenaan dengan masalah dan perilaku yang berhubungan dengan penyalahgunaan zat. Pendekatan kognitif dan perilaku juga mengajarkan seorang individu untuk mengurangi kecemasan, antara lain menggunakan pelatihan relaksasi, asertivitas, ketrampilan kontrol diri, selain itu mereka juga diberikan beberapa program kondisioning untuk mengubah pola penggunaan narkoba. Penangan secara kognitif juga mengajarkan bagaimana menghindari tempat yang berisiko tinggi menimbulkan kembali keinginan untuk menggunakan zat, mengetahui efek buruk obat, dan mencari alternatif lain selain menggunakan obat. Terapi kognitif-perilaku dalam konseling secara umum membantu klien pengguna zat secara berkelanjutan untuk mengatasi kondisi gangguan stres pascatrauma (Fletcher, 2013).

3. *Peace Counseling*

Salah satu model yang dapat digunakan adalah model konseling kedamaian dikembangkan dengan akar konsep pendidikan kedamaian dengan tokoh terkenal adalah Johan Galtung (Castro & Nario-Galace, 2008; Galtung & Fischer, 2013). Konsep dan makna damai itu sendiri adalah suatu kondisi internal manusia yang memiliki pikiran damai terhadap dirinya sendiri. Castro & Nario-Galace (2008) menjelaskan bahwa konsep kedamaian bertujuan untuk menghindarkan situasi perang atau kekerasan secara langsung. Selanjutnya Momodu (2015) mengumpulkan beberapa konsep dari kedamaian itu sendiri. Pertama, W.E.B. Du Bois. Tokoh tersebut menyebutkan kedamaian adalah tanggung jawab tanpa kekuasaan ejekan dan lelucon. Kedua, konsep dari Paolo Friere. Tokoh tersebut menyebut bahwa kedamaian adalah dimensi kemurahan hati yang bertujuan untuk mengikis penyebab suatu pertempuran.

Pendidikan kedamaian yang merupakan akar dari konseling kedamaian telah memiliki definisi yang beragam tergantung pada konteks dan konten yang akan diatasi. Castro & Nario-Galace (2008) menjelaskan pendidikan kedamaian adalah pendidikan yang mempromosikan budaya perdamaian, yang pada dasarnya transformatif dengan membangun kesadaran, pemahaman, dan kepedulian yang akan memungkinkan orang untuk hidup, berinteraksi, dan menciptakan kondisi dan sistem yang mengaktualisasikan antikekerasan, keadilan, peduli lingkungan dan nilai-nilai perdamaian lainnya. Anand (2014) menjelaskan pendidikan kedamaian adalah proses di mana individu dapat mengubah sikap dan perilakunya tentang konflik kekerasan, memperoleh nilai-nilai, pengetahuan dan mengembangkan keterampilan dan perilaku untuk hidup dalam harmoni dengan orang lain. Adeyemi & Salawudeen (2014) menjelaskan pendidikan kedamaian adalah suatu filosofi dan proses yang berkaitan dengan akuisisi pengetahuan dan keterampilan menciptakan perdamaian. Tujuan utama dari pendidikan kedamaian adalah untuk mengekspos individu dengan cara-cara non-kekerasan dalam menangani konflik. Hal ini sesuai dengan pandangan dasar dari Mahatma Gandhi, “*Non-Violence*” (Biswas, 2015).

Berdasarkan beberapa pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa konseling kedamaian adalah konseling yang berakar dari filosofis pendidikan kedamaian yang secara perlahan berusaha untuk mengikis konflik-konflik yang telah terjadi dan menimbulkan suatu ketenangan hati baik yang bersifat intrapersonal dan interpersonal. Ahli lain Castro & Nario-Galace (2008) menjelaskan bahwa pendidikan kedamaian dapat dilaksanakan melalui tiga komponen. Pertama, **dimensi kognitif**. Pada dimensi pertama ini, konselor menjelaskan pentingnya implementasi dan tujuan konseling kedamaian bagi klien sebagai pengguna zat. Klien menyadari dan memahami akar dan dampak konflik tertentu. Kedua, **dimensi afektif**. Pada dimensi yang kedua, klien melakukan refleksi, yaitu diskusi melihat fenomena konflik dari berbagai perspektif dan membayangkan diri mereka berada di tempat lain, untuk

menumbuhkan empati untuk korban kekerasan. Ketiga, **dimensi aktif**. Pada dimensi yang ketiga ini, klien memunculkan pikiran alternatif mereka dalam bentuk perilaku konstruktif dan konselor mendorong mereka untuk berperilaku melalui cara-cara tanpa kekerasan.

Tujuan *peace* konseling untuk pengguna zat adalah mengembangkan pikiran damai dalam rangkan perubahan perilaku. Tahapan dari konseling kedamaian adalah rasional model konseling kedamaian, menggali akar permasalahan kekerasan, refleksi terhadap fenomena kekerasan dari berbagai perspektif, mengajarkan mencari alternatif perilaku kekerasan, mencari bentuk berbeda dari kekerasan dan menghilangkannya dan evaluasi dan tindak lanjut pikiran, perasaan, dan perilaku damai. Pada posisi ini, konselor memiliki atribut Atribut yang harus dimiliki oleh seorang konselor meliputi, bertanggung jawab, dapat memotivasi, mampu untuk terus belajar, sebagai transformator budaya, sebagai penghubung perdamaian, peka terhadap gender, mampu berpikir kritis, peduli terhadap individu, memiliki keterampilan berkomunikasi yang baik, dan sebagai konselor yang kooperatif.

4. Konseling dengan Pendekatan Psikoanalisis (Psiko)

Pendekatan psikoanalisis pada perubahan diri pengguna zat perlu didiskusikan lebih lanjut. Pembahasan mengenai pendekatan psikoanalisis didasarkan pada pengalaman masa lampau sebagai akibat dari kehidupan sehari-hari. Pada pengguna zat, pengalaman masa lampau dapat digali lebih dalam sebagai dukungan kapital sebagai proses pemulihan. Pendekatan psikoanalisis menjangkau tiga komponen utama, yaitu struktur kepribadian, dinamika kepribadian, dan juga perkembangan kepribadian. Permasalahan yang kronik pada pengguna zat sebagai bentuk dari pengalaman masa lampau dan muncul pada kondisi terkini. Permasalahan individu berbentuk kegagalan berulang-ulang dalam prespektif psikoanalisis sebagai penjelasan fenomena

mental (Lacan et al., 2020). Tori psikoanalitik secara umum menggambarkan etiologi gangguan penggunaan narkoba (Cavaiola, 2020).

Konseling dengan pendekatan psikoanalisis bertujuan bagi pengguna zat dapat menumbuhkan kesadaran dari ketidaksadaran klien. Pada kondisi ini, fungsi konselor dalam konseling psikoanalisis sebagai penentu proses dan arah dari konseling (Komalasari & Wahyuni, 2011). Konselor adiksi dalam penggunaan konseling psikoanalisis yaitu menganalisis perasaan-perasaan klien, kemudian menciptakan suasana supaya klien dapat mengekspresikan pikiran. Pada kondisi ini konselor berusaha supaya klien mendapatkan wawasan atau edukasi terhadap permasalahan masa lampau. Akhir dari proses konseling adalah klien menemukan kesadaran diri dan mengatasi kecemasan realistik, serta dapat mengendalikan perilaku impulsif dan irasional dari pengguna zat. Kesimpulannya adalah konseling dengan pendekatan psikoanalisis membantu klien melacak gejala yang berubah selama proses pemulihan dalam merubah perilaku adiktif (Dodes, 2019).

Konselor adiksi dapat menggunakan berbagai teknik konseling psikoanalisis untuk membantu pengguna zat sebagai klien selama proses pemulihan. Psikoanalitik membantu perubahan pemikiran relasional dalam membantu pemulihan penggunaan zat (Potik, 2020). Pada kondisi ini, konselor adiksi dalam menggunakan konseling psikoanalisis harus benar-benar menguasai teknik-teknik psikoanalisis. Konselor harus menguasai struktur kepribadian individu dari Id, Ego, dan Superego.

a. Teknik Analisis Kepribadian

Teknik analisis kepribadian dengan menganalisis keseimbangan kepribadian Ego antara Id dan Superego. Tujuan teknik analisis kepribadian pada pengguna zat adalah melihat fase-fase perkembangan dorongan seksual yang bersifat wajar atau adanya hambatan, sehingga membantu klien menyeimbangkan kepribadian tentang “Ego.”

b. Hipnotis

Teknik hipnotis adalah teknik yang hanya dikuasai oleh konselor profesional. Hipnotis dapat mengeksplorasi dan memahami permasalahan dari ketidaksadaran sebagai penyebab masalah. Klien sebagai pengguna zat dapat mengemukakan konflik-konflik personal, interpersonal, dan intrapersonal dari kondisi ketidaksadaran. Tingkat kesulitannya adalah tidak semua konselor dan tidak semua klien dapat mengimplementasikan teknik hipnotis atau menganalisis kondisi ketidaksadaran terkait konflik. Kemudian hasil dari hipnotis tidak dapat bertahan lama dan kondisi individu tetap mengganggu klien.

c. Asosiasi Bebas

Teknik asosiasi bebas membantu klien dalam mengungkapkan kondisi realita pada pikiran awal yang diungkapkan. Konselor dan klien pada kondisi ini tidak memperhitungkan baik/buruk, benar/salah, irrasional/rasional, serta menyakitkan/menyenangkan. Pada kondisi ini, Id klien berbicara sepenuhnya dengan mengungkapkan cara berpikir bebas sesuai kondisi realita yang dipikirkan.

d. Analisis Resistansi

Teknik analisis resistensi bertujuan untuk membantu klien untuk berkomitmen. Teknik ini membantu klien berhasil dalam terapi dalam pemulihan dari penggunaan zat. Analisis terhadap sikap resisten klien dirubah pada kondisi yang lebih baik.

e. Analisis Tranferensi

Teknik analisis tranferensi dalam proses konseling untuk mendorong klien menginterpretasikan perasaan-perasaan positif dan negatif. Perasaan-perasaan positif dan negatif dalam teknik ini diekspresikan sebagai bentuk terapi, katarsis, dan bentuk pelepasan emosional. Pada kondisi ini, klien mentransfer semua perasaan positif dan negatif tentang orang penting bagi klien pada masa lalu yang mempengaruhinya kepada konselor.

f. Interpretasi

Teknik interpretasi membantu klien pengguna zat memahami peristiwa masa lalu dan masa sekarang. Teknik ini menjelaskan dan menganalisa pikiran, perasaan, dan perilaku klien. Pada kondisi ini, teknik interpretasi memiliki tiga aspek yaitu mimpi, *parapraxia*, dan humor. Analisis mimpi itu mengeksplorasi ketidaksadaran, kemudian dianalisis dari arti tersembunyi dan arti dari kenyataan. Teknik *parapraxia* dengan mengemukakan secara sengaja sebagai kesalahan sebagai bentuk Id. Id ini mendorong dari ketidaksadaran ke kesadaran. Terakhir adalah humor untuk mengekspresikan diri dari pikiran dalam bentuk Id dan Superego sebagai bentuk *jokes*.

5. Konseling dengan Pendekatan Behavioristik (BH)

Ketergantungan juga dapat dilihat sebagai perilaku yang diperkuat dan dikondisikan dengan factor untuk memperkuat perilaku dan bertanggungjawab (Treisman & Clark, 2011). Konseling dengan pendekatan *behavioral* atau *behaviour* didasari oleh perikau individu sebagai pengguna zat. Pada kondisi ini, harus ada pendekatan sistematis dan terstruktur pada konseling behavioral. Perubahan perikau menuju perikau baru atau perbaikan dari perikau klien sebagai pengguna zat pada proses rehabilitasi maupun pasca rehabilitasi sebagai bentuk keberhasilan dari konseling behavioral. Konseling behavioral pada pengguna zat berpandangan bahwa klien memiliki potensi untuk merubah perilaku buruk dan salah menjadi perilaku baik atau benar. Konsep perilaku tersebut adalah perubahan perilaku mal adaptif menjadi perilaku adaptif.

Ciri utama dalam pendekatan behavioral untuk dapat diimplementasikan pada pengguna zat dengan tiga poin penting. Pertama, konseling behavioral sebagai proses Pendidikan atau konseling membantu klien untuk mempelajari perikau baru dalam pemecahan masalah sesuai prinsip-prinsip belajar. Kedua, konseling behavioral pada pengguna zat dengan tujuan konseling, asesment, serta teknik konseling disusun, didesain, maupun dirancang oleh klien bersama

konselor adiksi. Terakhir, proses konseling dengan aessment dan evaluasi konseling menggunakan metode ilmiah yaitu instrument observasi yang sistematis, data kuantitatif, serta kontrol yang tepat (Komalasari & Wahyuni, 2011).

Kesimpulan pembahasan terkait konseling behavioral pada pengguna zat, maka tujuan konseling behavioral adalah penciptaan kondisi-kondisi baru sebagai proses belajar, penghapusan perilaku mal adaptif, pengalaman perilaku baru yang adaptif dan belum pernah dipelajari, pemberian stimulus baru dan pembuangan atau mereduksi respons-respons yang lama atau perilaku mal adaptif dengan mempelajari dan memperkuat perilaku baru yang adaptif, serta penetapan perilaku yang baru. Penetapan tujuan untuk perubahan dan penguatan perilaku ditetapkan oleh klien sebagai pengguna zat dan mempertimbangkan kemampuan klien dengan bantuan konselor. Mekanisme perubahan perilaku meningkatkan pemahaman dan memfasilitasi inisiasi dan pemeliharaan untuk perilaku adiktif (Feldstein Ewing & Chung, 2013). Konselor adiksi dalam konseling behavioral sebagai ahli yang mendiagnosa perilaku mal adaptif dan menentukan prosedur yang tepat, relevan, dan sistematis untuk mengatasi, mereduksi, serta merubah perilaku pengguna zat menjadi adaptif.

Pembentukan perilaku adaptif dalam proses konseling behavioral melalui empat tahapan yaitu assessment, penentuan tujuan, implementasi teknik, serta evaluasi dan terminasi. Assessment dalam konseling behavioral melalui analisis ABC (*Antecedent, Behavior, dan Consequence*). *Antecedent* sebagai pencetus dari perilaku individu yang muncul pada pengguna zat. *Behavior* sebagai perilaku yang dipermasalahkan oleh individu dan akan dirubah. Sedangkan *consequence* adalah akibat dari munculnya perilaku yang bermasalah atau mal adaptif. Hasil analisis asesment melalui ABC, klien bersama konselor adiksi menetapkan tujuan konseling.

Tujuan konseling behavioral dicapai melalui proses konseling. Pada kondisi ini, konselor adiksi harus mampu menerapkan teknik yang tepat untuk dapat mengatasi, merubah, ataupun mereduksi/ mengeliminasi perilaku mal adaptif ke perilaku yang adaptif. Teknik-teknik yang dapat digunakan oleh konselor adiksi dalam proses konseling behavioral adalah reinforcement, token economy, shaping, contingency contracting, modeling, self management, extinction, flooding, satiation, punishment, terapi aversi, dan desensitisasi sistematis.

Terakhir adalah hasil proses konseling dengan penerapan teknik yang tepat, dievaluasi melalui proses yang berkesinambungan dengan instrument yang telah disusun oleh konselor adiksi. Evaluasi konseling behavioral sebagai bentuk efektifitas konselor adiksi. Kemudian, diakhir dengan terminasi meliputi eksplorasi kebutuhan konseling selanjutnya, transfer perilaku, dan pemantauan perubahan perilaku secara terus-menerus. Secara umum kecanduan sebagai bentuk perilaku dan pendekatan behavioristik sebagai model perubahan perilaku (Rosenberg, 2019).

6. Konseling dengan Pendekatan Analisis Transaksional (An-Trans)

Analisis transaksional didasarkan pada dua kata yaitu analisis dan transaksional. Makna kata analisis adalah penarikan kesimpulan dari hasil pengujian untuk dapat lebih memahami. Sedangkan makna transaksional adalah transaksi dari hubungan sosial. Analisis transaksional sebagai metode atau pendekatan konseling yang mempelajari interaksi antar individu dan pengaruh timbal balik sebagai kepribadian. Dalam tinjauan filosofis, analisis transaksional sebagai bentuk kepercayaan pada individu untuk mampu memilih tujuan dan perilaku baru, karena individu memiliki pilihan-pilihan dan tidak bergantung pada masa lalu (Lapworth & Sills, 2011).

Pendekatan analisis transaksional dalam konseling adalah bahwa perilaku klien dipengaruhi oleh *ego state*. Setiap individu dalam analisis transaksional

memiliki tiga *ego state* yaitu *ego state* orang tua (parent), *ego state* anak (child), dan *ego state* dewasa (adult). Makna *ego state* adalah setiap tindakan yang dipilih oleh klien dalam kehidupannya dipandang sebagai transaksi hasil pengalaman masa kecil dari empat kemungkinan posisi hidup yaitu 1) I'm OK, You're OK; 2) I'm OK, You're Not OK; 3) I'm Not OK, You're OK, dan 4) I'm Not OK, You're Not OK (Berne, 2016). Konseling dengan pendekatan analisis transaksional untuk mengembangkan kapasitas perhatian dalam menangani keadaan ego anak dan ego orangtua, pola naskah, emosi yang tidak menyenangkan, dan transaksi yang tidak nyaman (Žvelc et al., 2011).

Salah satu konsep dalam analisis transaksional adalah *injunction* atau *don't*. *Injunction* adalah kondisi klien berupa pesan menyuruh atau menerima kepada anak oleh *parent's internal child out* tentang harus melakukan sesuatu secara verbal dan perilaku yang terbentuk dari kesakitan perilaku orang tua (Lapworth & Sills, 2011). Contohnya adalah kondisi cemas, marah, frustrasi, tidak bahagia, dan kondisi negatif lain. Kondisi-kondisi inilah sebagai bentuk pengambilan keputusan awal yang salah pada diri individu pengguna zat. Berikut beberapa keputusan yang salah akibat dari *injunction*:

- a. *Don't* atau *Don't Do Anything*
- b. *Don't Be*
- c. *Don't Be Important*
- d. *Don't Be A Child*
- e. *Don't Grow*
- f. *Don't Succeed* atau *Don't Make It*
- g. *Don't Be You*
- h. *Don't Be Sane and Don't Be Well*
- i. *Don't Belong*
- j. *Don't Think*
- k. *Don't Feel*

Setiap individu membutuhkan pengakuan atau yang disebut *strokes*. *Strokes* dapat berbentuk positif dan negatif. Bentuk positif dari *stroke* dapat dengan syarat maupun tanpa syarat. Selain itu adapula bentuk negated dari *stroke* dapat dengan syarat maupun tanpa syarat. *Strokes* positif maupun negatif dengan syarat maupun tanpa syarat berpengaruh terhadap klien. Kondisi ini berpengaruh pula dalam proses konseling dengan pendekatan analisis transaksional (Berne, 2016).

Tujuan konseling dengan pendekatan analisis transaksional adalah membantu klien pengguna zat untuk mampu membuat keputusan baru tentang perilaku sekarang dan arah hidup masa depan yang lebih baik. Klien memperoleh kesadaran tentang makna kebebasan, sehingga menemukan arah hidup yang lebih baik. Tujuan konseling dengan pendekatan analisis transaksional secara spesifik adalah konselor membantu klien dalam pembentukan kepribadian tentang fungsi *ego state* yang tepat, klien dapat menganalisis transaksi di dalam diri, klien menjadi bebas atau orang yang mandiri dalam memilih yang diinginkan, serta klien dapat mengkaji keputusan yang salah telah dibuat dan membuat keputusan baru (Komalasari & Wahyuni, 2011). Analisis transaksional sebagai konseling integratif dan dapat digunakan secara efektif dalam pemulihan pengguna zat dari kecemasan dan depresi dalam pengaturan komunitas (Rijn & Wild, 2013).

Konselor adiksi berperan pada pemikiran klien. Hasil dari konseling dengan pendekatan analisis transaksional adalah munculnya *insight* emosional dan intelektual secara rasional. Hubungan konselor dan klien sebagai partner dan efektifitas konseling dengan pendekatan analisis transaksional adalah inisiatif dari klien dalam pemilihan keputusan. Konselor mengembangkan kapasitas untuk sepenuhnya hadir dalam proses konseling (Žvelc et al., 2011). Selain itu, ada pula teknik-teknik yang relevan digunakan dalam konseling dengan pendekatan analisis transaksional, yaitu metode didaktik, kursi kosong, *role playing*, *family modelling*, analisis ritual dan waktu luang. Hasil konseling

dengan pendekatan analisis transaksional adalah pembuatan keputusan ulang atau disebut dengan *redecisions*. Kondisi awal terkait keputusan yang tidak dapat dirubah tentang arah hidup klien, kemudian klien dapat membuat keputusan baru yang lebih sesuai dan memungkinkan klien mengalami kehidupan baru.

7. **Konseling dengan Pendekatan *Rational Emotif Behavior Therapy* (REBT)**

Konseling dengan pendekatan *rational emotif behaviour therapy* (REBT) menekankan pada perasaan, perilaku, dan pikiran klien pengguna zat. Dasar pondasi klien adalah kepemilikan tendensi dalam berpikir irasional yang didapat dalam kehidupan dan mengganggu emosional, kemudian klien dapat belajar Kembali untuk berpikir rasional. Klien pengguna zat memiliki pandangan negatif atau irrasional karena permasalahan adiksinya. Pikiran irrasional yang tidak segera dirubah akan menimbulkan pikiran irrasional yang lebih kompleks terhadap dirinya sendiri maupun orang lain disekitarnya maupun di tempat lain.

Pikiran-pikiran irrasional yang muncul pada pengguna zat menimbulkan masalah emosional atau *irrational belief*. *Irrational belief* dikategorikan dalam empat macam pikiran. Pertama adalah ***demands*** atau tuntutan atau ekspektasi yang tidak realistis. Kedua adalah ***awfulizing*** yaitu melebih-lebihkan konsekuensi negatif dari kondisi atau situasi yang ekstrim, kemudian berdampak kemungkinan kejadian yang tidak menyenangkan menjadi sangat menyakitkan. Ketiga adalah ***low frustration tolerance*** (LFT) merupakan lanjutan dari tuntutan untuk selalu pada kondisi nyaman dan refleksi dari ketidaktoleransian terhadap ketidaknyamanan. Terakhir adalah ***global evaluation of human worth*** (GEHW) tentang penilaian harga dirinya sendiri dan orang lain tentang dirinya lebih baik dibandingkan oranglain. Selain irrational belief, pikiran individu menurut Ellis membagi pikiran pada tiga tingkatan. Tingkatan pertama adalah ***dingin*** (*cool*) sebagai pikiran deskriptif

yang mengandung emosi. Tingkatan kedua adalah **hangat** (*warm*) sebagai pikiran yang mengarah pada keyakinan rasional. Tingkatan ketiga adalah **panas** (*hot*) sebagai pikiran tentang evaluasi yang tinggi dan penuh dengan perasaan.

Konseling dengan pendekatan *rational emotif behaviour therapy* memiliki filosofi personal yaitu rasionalitas. Konseling dengan pendekatan *rational emotif behaviour therapy* membantu klien pengguna zat mengembangkan filosofi hidup yang dapat membantu mereduksi stress dan pengembangan kebahagiaan. Klien dapat memiliki dua hal yaitu memilih untuk menyakiti dirinya sendiri dari pikiran yang tidak logis (*irrational*) dan tidak ilmiah. Pilihan kedua adalah klien dapat mengembangkan kebahagiaan hidup dengan berpikir logis dan rasional melalui bukti nyata dan fakta.

Analisis kepribadian dalam prespektif pendekatan *rational emotif behaviour therapy* melalui analisis ABCDEFG (DiGiuseppe et al., 2013). Setiap individu memiliki G (*goal*) atau tujuan yang fundamental dalam kehidupan. Kemudian A (*activating event in person's life*) yang disebut dengan kejadian yang mengaktifkan atau mengakibatkan individu. Selanjutnya adalah B (*belief*) yang disebut dengan keyakinan irrasional maupun rasional. C (*counsequences*) sebagai bentuk konsekuensi emosional maupun perilaku. D (*disputing irrational belief*) yang disebut dengan *dispute* pikiran irrasional. E (*effective new philosophy of live*) dengan cara mengembangkan filosofi hidup yang efektif. Terakhir adalah F (*further action / new feeling*) sebagai aksi tindak lanjut dan perasaan baru yang dikembangkan oleh pengguna zat.

Konseling dengan pendekatan *rational emotif behaviour therapy* adalah bertujuan untuk mengibah individu berpikir irrasional menuju pikiran rasional yang lebih produktif. Sub tujuan dari konseling dengan pendekatan *rational emotif behaviour therapy* adalah mempunyai minat diri, minat sosial, toleransi, fleksibilitas, arah dan tujuan diri, harapan yang realistis, penerimaan diri, menerima ketidakpastian, menerima diri sendiri, dan mampu mengambil resiko. Konselor adiksi sebagai pengguna konseling dengan pendekatan

rational emotif behaviour therapy berperan dalam mengkonfrontasi dan menyerang pikiran *irrational* klien dengan berbagai teknik untuk berpikir rasional dengan kekuatan berpikir bukan emosi yang bersifat didaktif (Komalasari & Wahyuni, 2011). Konselor adiksi dapat menggunakan keterampilan konseling berupa empati, menghargai, ketulusan, konkrit, dan konfrontasi. Konselor adiksi juga harus mampu mendominasi dalam layanan konseling dengan kemampuan berbahasa atau pengolahan verbal untuk mengubah pikiran *irrational* klien, menuju pikiran rasional.

Konseling dengan pendekatan *rational emotif behaviour therapy* memiliki tahapan yang khas. Tahap pertama adalah kemampuan bekerjasama dengan klien. Kedua adalah melaksanakan *assessment* terhadap masalah, orang, dan situasi melalui ABCDEFG dengan menyadarkan klien tentang pikiran *irrational* dan pengembangan diri bahwa klien mampu berubah. Ketiga adalah persiapan klien menuju terapi. Keempat mengimplementasikan program *treatment* sebagai proses *dispute* pikiran *irrational* dengan berbagai teknik konseling. Kelima adalah mengevaluasi kemajuan melalui pengembangan filosofi hidup rasional. Terakhir adalah persiapan konseling untuk mengakhiri konseling.

Konseling dengan pendekatan *rational emotif behaviour therapy* memiliki tiga teknik khusus yaitu teknik kognitif, teknik imajinasi, dan teknik behavioral. Teknik kognitif sebagai bentuk mengubah keyakinan *irrational*. Teknik-teknik yang dapat digunakan yaitu analisis rasional, *dispute standard* ganda, skala katastropi, *devil advocate* atau *rational role reversal*, serta membuat frame ulang. Teknik berikutnya adalah *imageri* atau *imajinasi* sebagai teknik untuk membayangkan dirinya Kembali kepada situasi awal pada malsah yang muncul untuk melihat perubahan emosi. Teknik imajinasi yang bisa diaplikasikan adalah kartu control emosional, proyeksi waktu, dan teknik melebih-lebihkan. Teknik terakhir adalah teknik behavior tentang perubahan perilaku dari perubahan pikiran *irrational* ke pikiran rasional. Teknik-teknik behavior dalam konseling dengan pendekatan *rational emotif behaviour therapy* yaitu *dispute*

perilaku, bermain peran, peran rasional terbalik, pengalaman langsung, pekerjaan rumah, dan menyerang rasa malu.

8. **Konseling dengan Pendekatan Realitas (Real)**

Pandangan konseling realitas adalah konselor sebagai guru dan model bagi klien. Klien didorong dapat dalam situasi realitas dan mampu menghadapinya. Perubahan perilaku yang bertanggungjawab dengan perencanaan dan implementasi dari tindakan tersebut sebagai ciri khas dari konseling realitas. Permasalahan yang muncul pada diri klien pengguna zat karena terhambatnya kebutuhan psikologis atau disebut dengan kebutuhan dasar psikologis manusia dalam bentuk cinta, kekuasaan, kesenangan, dan kebebasan.

Kecanduan narkoba adalah fenomena luas yang mempengaruhi banyak bidang dalam kehidupan pecandu (Potik, 2020). Pengguna zat memiliki permasalahan ini karena stigma sosial, terkhususnya adalah kebutuhan klien untuk mencintasi dan dicintai antara lain persahabatan, keterlibatan dalam organisasi, dan juga acara muncul bersama. Bentuk dari cinta adalah cinta dalam sosial, cinta dalam bekerja, dan cinta dalam keluarga. Kebutuhan akan kekuasaan juga sebagai sumber dalam bentuk prestasim perasaan berharga dan pengakuan dari orang lain. Kebutuhan berikutnya adalah kesenangan atau perasaan senang, bahagia, santai, humor, lucu, dan berbagai macam bentuk lain. Terakhir adalah kebebasan dalam bentuk tidak bergantung pada orang lain. Kesimpulan dasar dari konseling realitas sangat cocok bagi pengguna zat untuk proses pemulihan karena setiap individu memiliki kemampuan mengatasi hambatan yang dimilikinya dengan apa yang individu punya dan solusi tersebut muncul dari klien. Solusi dalam konseling realitas adalah memenuhi kebutuhan dasar psikologis klien.

Konsep teori dan konseling realitas adalah perilaku manusia sebagai perilaku total (*total behaviour*) dari empat komponen dasar yaitu *doing* (perbuatan), *thinking* (berpikir), *feeling* (merasakan), *psysiology* (respon-respon

fisiologi. Ketika klien sebagai pengguna zat dan telah pulih telah terpenuhi kebutuhan dasarnya, maka klien telah mencapai identitas sukses. Pencapaian identitas sukses dalam perilaku total secara bertanggungjawab, sesuai kenyataan, dan benar (Wubbolding, 2016). *Responsibility* adalah kemampuan individu bertanggungjawab untuk memenuhi kebutuhan dirinya tanpa merugikan orang lain. *Reality* atau kenyataan adalah dunia yang dihadapi klien, kemudian sebagai tantangan untuk mengatasi masalahnya. Klien dapat menyusun solusi dari kenyataan yang apa adanya. *Right* atau kebenaran sebagainorma-norma yang dapat diterima secara umum, sehingga perilaku yang benar dapat dibandingkan. Klien dapat berperilaku dengan tata cara yang nyaman dan dapat diterima secara umum.

Tujuan konseling realita adalah membantu klien mencapai identitas total atau keberhasilan. Konselor harus dapat berperan sebagai guru sehingga dapat mengarahkan klien dan mampu mengkonfransi klien yang berdampak klien dapat berpikir realistis dan mampu menghadapi kenyataan. Konseling realitas membentuk perilaku yang bertanggungjawab sesuai kenyataan yang dihadapi, sehingga klien dapat mengatasi tekanan-tekanan dari permasalahan yang dialami. Proses konseling realita harus mampu mencapai tujuan konseling. Proses konseling realitas adalah perubahan sikap klien dari penolakan terhadap realitas ke penerimaan terhadap realita melalui klien dapat mengeksplorasi keinginannya, klien dapat fokus pada perilaku sekarang tanpa terpaku pada perilaku atau permasalahan masa lampau, klien dapat mengevaluasi perilakunya, serta klien dapat menetapkan perubahan yang dikehendaki oleh dirinya sendiri.

Untuk mencapai tujuan konseling realita, maka ada delapan tahapan konseling realita. Pertama tahap *be friend*, tahap konselor menunjukkan keterlibatan dengan klien dengan sikap otentik, hangat, dan perhatian terhadap hubungan yang dibangun melalui keterampilan-keterampilan konseling seperti *attending*, refleksi, *parafrashe*, dan lainnya. Kedua adalah tahap fokus pada

perilaku sekarang melalui proses eksplorasi diri bagi klien terkait ketidaknyamanan tentang permasalahan klien. Ketiga adalah eksplorasi *total behaviour* tentang cara pandang dalam konseling realita dan berfokus pada akar masalah yang bersumber pada perilaku. Keempat adalah evaluasi atau penilaian terhadap diri klien sendiri sehingga konselor membimbing klien untuk menilai perilakunya saat ini sudah benar, realitis, dan dapat dipertanggungjawabkan. Kelima adalah perencanaan tindakan yang bertanggungjawab, sehingga klien sadar akan pilihannya kurang realitis dan tidak dapat membantu dirinya kemudian klien membuat perencanaan tindakan yang konkret, spesifik, dan bertanggungjawab untuk keluar dari permasalahannya. Keenam adalah komitmen klien merealisasikan rencana yang disusun secara realistik, spesifik, bertanggungjawab, dan konkret.

Ketujuh adalah tidak menerima alasan atau permintaan maaf klien. Tahap ketujuh ini adalah tahap lanjutan untuk pertemuan berikutnya dan klien telah mencoba rencana yang telah ditetapkan Bersama. Jika klien belum berhasil, konselor mengajak klien Kembali pada rencana awal dan mengevaluasi klien terkait ketidakberhasilannya. Konselor adiksi tidak dapat menerima permintaan maaf atau alasan apapun dari klien. Terakhir adalah tahap tindak lanjut dengan konselor adiksi dan klien mengevaluais Bersama perkembangan yang dicapai. Tahap terakhir ini adalah tahap dimana proses konseling dapat dilanjutkan lagi jika tujuan belum tercapai atau berakhir jika tujuan telah tercapai.

9. Konseling dengan Pendekatan *Person Center Therapy* (PCT)

Konseling dengan pendekatan *person centered* atau *client centered* sebagai bantuan kepada klien untuk diperlakukan sebagai individu yang bertanggungjawab dan memiliki kekuatan untuk mengarahkan dirinya. Klien pada dasarnya memiliki kekuatan untuk mampu menyelesaikan masalahnya dan mampu mengarahkan dirinya sendiri. Konseling dengan pendekatan *client centered* diaplikasikan dalam kondisi kelompok, individual, pasangan atau

pranikah atau pernikahan, keluarga, maupun populasi minoritas salah satunya adalah pengguna zat. Konseling dengan pendekatan *client centered* sebagai cabang dari pendekatan humanistik dalam prespektif eksistensial.

Individu dalam prespektif konseling dengan pendekatan *client centered* adalah individu yang baik dan mampu berkembang secara positif, konstruktif realitis, serta dapat dipercaya. Pengguna zat dalam prespektif konseling dengan pendekatan *client centered* sebagai makhluk sosial yang rasional, realistik, dan mampu berkembang. Individu juga memiliki kemampuan merasakan pengalaman dan mengekspresikan dengan menekan pikiran-pikiran yang tidak sesuai ke arah yang lebih sesuai. Konselor adiksi yang menggunakan pendekatan *client centered* percaya jika klien memiliki *worth* dan *dignity*, mampu mengatur dirinya sendiri, menilai dirinya sendiri, memilah hal yang baik untuk dirinya sendiri, belajar bertanggungjawab secara konstruktif, mengatasi perasaan, perilaku, dan pikirannya, serta potensi untuk berubah secara konstruktif dan berkembang ke arah aktualisasi diri.

Konsep dasar dari konseling dengan pendekatan *client centered* memiliki dua hipotesis dasar bahwa klien mampu memahami kondisi sebagai penyebab ketidakbahagiaan dan mengatur dirinya secara baik, serta mampu menghadapi kondisi dari penyelesaian masalah melalui bantuan konselor secara hangat, diterima, dan dapat membangun relasi. Tiga aspek dasar dari konseling dengan pendekatan *client centered* adalah *organism*, *phenomenal field*, dan *self*. *Organism* adalah bahwa klien pengguna zat sebagai individu yang memiliki cakupan aspek fisik dan psikologis. *Phenomenal field* bahwa individu memiliki pengalaman-pengalaman hidup yang bermakna secara psikologis bagi klien pengguna zat berupa pengetahuan, pola asuh, dan relasi. Terakhir adalah *self* sebagai interaksi antara *organism* dan *phenomenal field* akan membentuk dirinya (Saya/ Aku). Kesadaran akan *self* sebagai pembandingan dirinya dengan orang lain. Konseling dengan pendekatan *client centered* untuk membentuk dan menemukan *self* yang sehat (*the real self*), sehingga individu memelukan

penghargaan, kondisi yang hangat, perhatian, dan penerimaan tanpa syarat. Jika klien sebagai pengguna zat telah menemukan dirinya sebagai individu yang berharga sesuai yang dikehendaki oleh orang lain, maka terbentuklah *ideal self*. Masalah klien sebagai pengguna zat dalam perspektif konseling dengan pendekatan *client centered* adalah ketidaksesuaian antara *ideal self* dan *the real self*.

Tujuan konseling dengan pendekatan *client centered* untuk membantu klien menemukan konsep diri yang lebih positif, sehingga individu sebagai orang yang berhargam orang penting, memiliki potensi yang positif, dengan penerimaan tanpa syarat. Tujuan utama dari konseling adalah kemandirian dan integrasi diri, sehingga klien dapat menyelesaikan masalahnya di masa kini dan masa mendatang sebagai proses pertumbuhan. Konseling dengan pendekatan *client centered* untuk membangun keberlangsungan masa depan secara spiritual, intelektual, dan emosional. Konselor adiksi memiliki kemampuan dalam menerapkan keterampilan konseling melalui *active listening*, *genuineness*, dan *paraphrasing* (Komalasari & Wahyuni, 2011).

Konselor adiksi dalam mengimplementasikan pendekatan *client centered* dapat membangun hubungan interpersonal sebagai elemen kunci keberhasilan konseling yaitu *empathy*, *unconditional positive regard and possibly*, dan *congruence* (Kirschenbaum & Jourdan, 2005). Konselor adiksi berperan untuk memperhatikan tiga kondisi. Kondisi pertama adalah sikap selaras dan keaslian (*congruence of genuineness*) dengan konselor adiksi menampilkan diri yang sebenarnya/ asli dengan terintegrasi dan otentik. Kedua adalah penerimaan tanpa syarat (*unconditional positive regard and acceptance*) sehingga konselor dapat berkomunikasi secara mendalam kepada klien secara jujur dan mendalam antar pribadi. Ketiga atau terakhir adalah pemahaman empati yang tepat (*accurate empathic understanding*) sebagai bentuk konselor memahami permasalahan klien dan melihat klien dari sudut pandang klien, serta peka terhadap klien, sehingga konselor adiksi mengetahui perasaan klien.

Konseling dengan pendekatan *client centered* tidak memiliki tahap khusus dalam pelaksanaannya. Proses pelaksanaan layanan konseling dengan pendekatan *client centered* bersifat fleksibel dan disesuaikan dengan komunikasi antara konselor adiksi dan klien pengguna zat sebagai bentuk kontrak psikologis. Pada proses konseling, kondisi awal klien adalah kondisi ketidakseimbangan (*incongruence*) antara persepsi diri tentang keberhargaan dirinya (*ideal self*) dengan pengalaman nyata (*the real self*). Kemudian konseling mencoba mengatasi permasalahannya, tetapi belum berhasil. Berikutnya konselor adiksi sebagai individu yang seimbang maka konselor konselor dapat terbuka terhadap perasaan dan pengalaman klien, sehingga konselor dapat menerima klien tanpa syarat (*unconditional positive regard*). Konseli menghargai kondisi klien terhadap pandangan, nilai-nilai, dan pengalaman hidup dengan hangat, empat, genuisitas, bebas, tidak mengancam, percaya, positif, dan penerimaan. Setelah itu konselor adiksi dapat mengevaluasi internal klien untuk membentuk perilaku dan membuat keputusan baik bagi hidupnya. Terakhir sebagai proses kesiapan menjadi untuk menyadari dan pertumbuhan diri sebagai proses perubahan yang berkesinambungan. Proses konseling dengan pendekatan *client centered* dapat menggunakan Teknik konseling yang tepat seperti *active listening, paraphrasing, clarifying, summarizing, questioning, interpreting, confronting, reflection feeling, supporting, empathizing, facilitating, initiating, setting goals, evaluating, giving feed back, protecting, disclosing self, modeling*, maupun *terminating* (Komalasari & Wahyuni, 2011).

10. Konseling dengan Pendekatan Gestalt (Here and Now)

Pendekatan gestalt sebagai terapi humanistik eksistensial yang memandang manusia dapat menemukan cara untuk menerima tanggungjawab untuk mencapai kedewasaan atau disebut dengan premis. Tujuan dari pendekatan ini adalah klien mencapai kesadaran kemudian bertanggungjawab tentang

perasaan, pikiran dan perilakunya. Pendekatan ini berfokus pada pengalaman langsung individu sebagai bentuk diri klien pengguna zat untuk pulih dari kecanduan. Fokus dari pendekatan gestalt diawali dari persepsi bahwa gestalt melihat manusia secara holistik dan psikoanalisis bersifat mekanistik (Clarkson & Cavicchia, 2013).

Gestalt memandang setiap elemen kepribadian saling terkait sebagai keseluruhan kepribadian (Joyce & Sills, 2018). Gestalt menekankan pada kesadaran **Disini dan Sekarang** (*Here and Now*), sehingga mampu mengevaluasi kondisi dan situasi terkini individu. Gestalt berfokus pada proses, dan psikoanalisis pada isi kepribadian. Gestalt memandang tujuan konseling untuk pencapaian pemahaman diri dari perilaku saat ini, sedangkan psikoanalisis tentang perilaku individu masa lampau.

Konseling dengan pendekatan gestalt memiliki landasan filosofis dalam berbagai perspektif yaitu perspektif fenomenologi, perspektif teori medan, perspektif eksistensial. Perspektif fenomenologi bahwa pendekatan gestalt sebagai disiplin ilmu untuk membantu klien berpikir seperti biasa individu lakukan, sehingga dapat membedakan perasaan individu pada kondisi saat ini dan *residu* masa lampau. Perspektif teori medan atau *the field theory perspective* sebagai bentuk metode untuk mengeksplorasi keseluruhan kejadian yang dirasakan secara deskriptif, dan tidak melakukan analisis kejadian perbagian. Pendekatan medan sebagai pendekatan deskriptif, dan bukan sebagai pendekatan spekulatif dan interpretatif. Perspektif eksistensial merupakan dasar dari metode fenomenologi yang berfokus pada eksistensi individu. Konseling gestalt sebagai strategi untuk menjadi pribadi yang autentik dan bertanggungjawab secara bermakna untuk diri klien sendiri.

Pandangan gestalt tentang manusia dari filsafat eksistensial dan fenomenologi. Manusia dianggap dapat mengatasi diri dari permasalahan hidup dengan kesadaran akan pengalaman dirinya tentang kondisi yang dialami dan dunia sekitar. Gestalt menganggap manusia memiliki masalah karena

menghindari masalah, oleh karena itu konseling dengan pendekatan gestalt harus memperhatikan pemikiran dan perasaan individu pada kondisi saat ini. Pendekatan gestalt memiliki pendapat bahwa setiap manusia yang sehat mental dapat mempertahankan kesadaran walaupun diganggu perhatiannya oleh lingkungan, merasakan dan berbagi konflik pribadi dan frustrasi dengan memiliki kesadaran dan konsentrasi tinggi, membedakan masalah yang dapat diselesaikan dan tidak dapat diselesaikan, dapat mengambil tanggungjawab, serta mampu berfokus memenuhi satu kebutuhan (*the figure*) pada waktu tertentu dengan menghubungkan kebutuhan lain (*the ground*), sehingga kebutuhan tersebut terpenuhi. Fakta lain bahwa kita sebagai konselor adiksi sebagai pengguna pendekatan gestalt perlu memperhatikan neurotic. Neurotik adalah kondisi individu terlalu mencapai banyak kebutuhan secara bersamaan, sehingga gagal memenuhi kebutuhan tersebut (Clarkson & Cavicchia, 2013).

Pada kondisi tertentu, menurut prespektif gestalt bahwa klien dapat terjerumus masalah tambahan. Masalah tambahan tersebut berdampak pada ketidakmampuan pengentasan kehidupan yang lebih baik dengan beberapa kategori. Kategori klien yang tidak dapat mengatasi kehidupan yaitu kurang kontak dengan lingkungan, *confluence*, *unfinished business*, *fragmentasi*, *topdog/ underdog*, dan *polaritas/ dikotomi* (Clarkson & Cavicchia, 2013). Kurang kontak dengan lingkungan karena klien kaku dan memutus hubungan dengan orang lain maupun lingkungan. *Confluence* sebagai kondisi banyak nilai-nilai yang klien masukkan kepada orang lain ataupun lingkungan berdampak pada kehilangan pikirannya dan dikontrol oleh lingkungan. *Unfinished business* sebagai kondisi klien yang tidak memiliki kebutuhan tidak terpenuhi, perasaan yang tidak terekpresikan, situasi yang mengganggu dirinya. *Fragmentasi* pada kondisi klien yang mencoba menemukan ataupun menolak kebutuhannya. *Topdog/ underdog* sebagai bentuk perpecahan dalam kepribadiannya. *Topdog* tentang yang harus dilakukan dan *underdog* sebagai

bentuk dari yang orang lain inginkan dari klien. Terakhir adalah polaritas atau dikotomi sebagai kondisi diri yang terekspresikan.

Pembahasan terkait polaritas terbagi menjadi empat komponen yaitu polaritas emosi, polaritas mental, polaritas spiritual, dan polaritas interindividual. Polaritas emosi berbentuk dari perbandingan antara kondisi seperti kesenangan dan depresi maupun cinta dan benci. Polaritas mental kondisi yang membandingkan tentang harus dilakukan dan yang harus diinginkan atau *topdog* dan *underdog*. Polaritas spiritual dengan membandingkan keraguan intelektual dan dogma agama. Terakhir adalah polaritas interindividual sebagai bentuk polaritas antara lawan jenis yaitu laki-laki dan Wanita.

Individu yang sehat adalah individu yang dapat melengkapi siklus gestalt dan jika siklus gestalt ini tidak terpenuhi muncullah permasalahan berkaitan dengan lapiran neurosis, urusan yang tidak selesai (*unfinished business*) dan berbagai bentuk pertahanan diri (*models of defense*). Proses gestalt sebagai suatu siklus yang berkesinambungan. Enam tahapan dalam siklus gestalt yang diawali dari *tranquility*, *sensation*, *awareness*, *mobilitation*, *action*, *final contact*, dan *satisfaction* (Clarkson & Cavicchia, 2013). Permulaan siklus gestalt bahwa individu memiliki ketenangan diri dan bisa muncul ketidaksadaran (*tranquility*). Pada kondisi tertentu muncullah sensasi (*sensation*) dengan sedikit kesadaran (*awareness*) sebagai kondisi ketidaknyamanan. Berikutnya muncullah mobilisasi (*mobilitation*) sebagai bentuk perubahan arah untuk diikuti atau dilaksanakan (*action*). Hasil dari perubahan arah dilaksanakan kontrak akhir (*final contact*). Jika kontrak akhir telah disepakati, muncullah kepuasan (*satisfaction*).

Pertahanan diri (*model of defense*) dalam pendekatan gestalt terdiri dari lima bentuk yaitu *introyeksi*, *proyeksi*, *retrofleksi*, *deflection*, *confluence* dan *isolation* (Clarkson & Cavicchia, 2013). *Introyeksi* sebagai cara klien memasukkan ide-ide, keyakinan, dan asumsi tentang diri yang dituntut oleh

lingkungan tanpa difilter, sehingga klien tidak dapat membedakan dirinya (*self*) dengan lingkungan. Proses *introeksi* ini menimbulkan rasa bersalah, perfeksionis, rendah diri, ketidakmampuan menerima pujian, dan ekspresi yang tidak menjelaskan dirinya sendiri. *Proyeksi* sebagai proses klien melakukan atribusi kepada pemikiran, perasaan, keyakinan, dan sikap oranglain yang sebenarnya bukan milik klien. Efek negatif dari proyeksi adalah munculnya batasan-batasan di dalam diri, membangun kondisi masa lampau dan hadir pada masa kini, perasaan terkucil dari kelompok, individu merasa tidak lebih baik dari orang lain, menyalahkan orang lain yang tidak dapat mendapai yang dia inginkan, pencarian kambing hitam atas ketidaksesuaian, serta perasaan hampa.

Retrofleksi sebagai proses klien mengembalikan impuls dan respon kepada dirinya yang tidak dapat mengekspresikan dirinya terhadap orang lain, sehingga merasa bahwa dirinya tidak diterima oleh orang lain. *Retrofleksi* adalah siklus yang terputus dalam konseling gestalt. *Retrofleksi* memberikan efek psikosomatis dengan bentuk bahu yang kaku dan “cacat” karena ketakutan. Defleksi sebagai metode penghindaran dari klien, sehingga klien menghindari dari respon tentang makna tersebut. Makna dari defleksi adalah cara individu menghindari kontak dengan kenyataan atau disebut pula dengan topeng. *Confluence* adalah kondisi klien merasa dirinya menjadi orang lain atau objek lain yang ideal menurut orang lain atau lingkungan. Dampak dari kondisi *confluence* adalah individu mengisolasi diri dari lingkungan. Individu yang *confluence* selalu mengiyakan pendapat orang lain dan tidak memiliki pendapatnya sendiri.

Konseling gestalt berfokus pada kondisi saat ini atau masa sekarang atau disebut dengan kekuatan masa kini (*the power is in the present*). Individu yang bermasalah merasa cemas dengan membandingkan kondisi masa sekarang dengan masa mendatang dan takut munculnya kejadian buruk dimasa mendatang (*catastrophic expectation*), serta kecemasan akan harapan di masa mendatang (*anasthropic expectation*) akibat harapan yang berlebihan. Adapula

individu yang bermasalah yang selalu memikirkan dan mengeluh tentang kondisi masa lampau, sehingga masa lampau adalah kondisi yang tidak penting dalam teori gestalt.

Individu yang matang secara psikologis harus mengupas lapisan-lapisan neurosis. Lapisan neurosis terbagi menjadi lima lapisan yaitu lapisan *phony*, lapisan *phobic*, lapisan *impasse*, lapisan *implosif*, dan lapisan eksplosif. Lapisan *phony* merupakan lapisan dimana individu bermain bukan seperti dirinya karena individu hidup dalam fantasi yang diciptakan oleh dirinya sendiri dan orang lain. Individu cenderung kehilangan perannya. Lapisan *phobic* adalah kondisi individu menghindari emosional terkait dengan dengan dirinya sendiri yang harus dihindari, sehingga individu cenderung resisten dan harus menerima dirinya sendiri. Lapisan *impasse* sebagai kondisi kemacetan dalam perkembangan, sehingga menganggap dirinya tidak bisa bertahan hidup karena tidak memiliki sumber dan potensi untuk berkembang. Pada kondisi ini klien dapat merasakan kematian (*a sense of deadness*) dan perasaan hampa. Individu yang merasa hidup adalah individu harus melewati tahap ini. Lapisan *impulsif* sebagai kondisi individu dapat menerima perasaan kematian dan kehampaan, selanjutnya individu harus menghadapi permasalahan tersebut dan tidak menghindarinya. Kuncinya adalah membuka lapisan *implosif*. Terakhir adalah lapisan *eksplosif* dimana individu dapat melaksanakan kontak dengan perasaan kematian dan kehampaan, kemudian melepaskan peran kepura-puraan dan *phony*. Pada saat *eksplosif layer* atau lapisan *eksplosif* terbuka, maka klien sebagai individu yang dapat mengembangkan diri, terbuka dengan orang lain, kontak dengan dirinya yang asli dan autentik.

Pembahasan terkait pandangan dan konsep manusia menurut pendekatan gestalt, maka tujuan konseling gestalt untuk membantu klien mencapai kesadaran diri tentang perilakunya diri sendiri berupa *insight*, penerimaan diri, pengetahuan tentang lingkungan, dan tanggungjawab akan pilihan hidup, sehingga klien mampu melakukan kontak dengan orang lain dengan mengenali,

menerima, serta mengekspresikan perasaan, pikiran, dan keyakinan dirinya. Konselor berperan sebagai *projection screen* untuk menciptakan hidup baru klien yang berfokus pada perasaan, kesadaran, bahasa tubuh, hambatan energi, dan hambatan kesadaran dengan membaca dan menginterpretasikan bentuk-bentuk bahasa dari klien.

Konseling gestalt memiliki tahapan dan teknik yang khas karena klien adalah individu yang unik dan selalu berevolusi sepanjang waktu. Konseling gestalt dapat menurunkan atau mereduksi dampak buruk dari perilaku (Leung, 2010). Konselor adiksi harus menyadari bahwa konseling gestalt tepat digunakan untuk membantu klien. Tahapan dari konseling gestalt sangat fleksibel, karena berfokus pada prioritas dan tujuan tertentu dalam mengorganisasikan konseling. Tahap pertama adalah *the beginning phase* sebagai metode fenomenologi untuk meningkatkan kesadaran klien, menciptakan hubungan dialogis, sehingga klien berfungsi secara sehat dan stimulasi untuk munculnya dukungan pribadi dan lingkungan. Tahap kedua adalah *clearing the ground* sebagai bentuk upaya klien menetapkan strategi yang spesifik. Konselor adiksi pada tahap kedua harus mampu mendorong dan membangkitkan keberanian klien mengungkapkan ekspresi dan emosi sebagai bentuk katarsis, serta menawarkan klien untuk meningkatkan kesadaran, tanggungjawab, dan memahami *unfinished business*.

Tahap ketiga adalah *the existensial encounter* melalui proses eksplorasi masalah secara mendalam dan membuat perubahan cuku signifikan. Fase ini adalah fase tersulit bagi klien karena munculnya kondisi ketidakpastian, ketakutan, dan kecemasan. Konselor adiksi dapat memberikan dukungan dan motivasi dan keyakinan bahwa klien pengguna zat dapat menghadapi masalahnya. Tahap keempat adalah *integration* sehingga klien dapat mengatasi krisis-krisis dan mulai mampu mengintegrasikan keseluruhan diri (*self*), pengalaman, dan emosi dalam prespektif baru. Klien telah mampu menerima

ketidakpastian, kecemasan, dan ketakutan, serta tanggungjawab atas kehidupan dirinya.

Tahap kelima adalah *ending* sebagai bagian bahwa klien telah siap memulai kehidupan baru secara mandiri, tanpa adanya supervise atau evaluasi dari konselor adiksi. Lima tahapan konseling gestalt sesuai dengan lapisan neurosis atau disebut dengan lima tahapan hidup sehat gestalt. Lapisan *phony* sebagai bentuk kesadaran bahwa dirinya menyadari bahwa dirinya bukanlah dirinya yang sebenarnya. Lapisan *phobic* sebagai bentuk kesadaran bahwa dirinya memiliki ketakutan dalam diri akan pengalaman. Lapisan *impasse* sebagai bentuk individu telah sadar bahwa dirinya mendapat banyak dukungan dan menemukan diri yang telah menghambat dirinya terhadap kehidupan dan adanya unsur penilakan untuk maju. Tahap *impulsif* sebagai bentuk kesadaran ada hal yang membatasi dirinya, sehingga klien bereksperimen pada perilaku baru dalam setting konseling. Terakhir adalah lapisan *eksplosif* bahwa klien telah sukses mengeksplorasi dirinya dan meneukan perilaku barunya di luar setting konseling sebagai bagian besar energi untuk klien.

Proses konseling gestalt menggunakan dialog sebagai bentuk manipulasi terhadap klien untuk pencapaian tujuan konseling gestalt. Hubungan terapiutik dalam konseling gestalt dengan empat karakteristik dialog. Pertama inklusi untuk menembatkan klien sepenuhnya dalam pengalaman orang lain, untuk mempertajam kesadaran klien. Kedua adalah kehadiran dari konselor adiksi yang dapat mengekspresikan dirinya terhadap klien sebagai cara klien belajar tentang kepercayaan dan penggunaan pengalaman dalam peningkatan kesadaran klien. Ketiga adalah komitmen untuk dialog melalui kontak egaliter dari segala sesuatu antara klien sebagai pengguna zat dan konselor adiksi. Keempat adalah dialog yang hidup yang menekankan pada kesenangan dan kepentingan klien sebagai bentuk ekpresi dan gerak energi klien. Seluruh aktifitas konseling gestalt dapat menggunakan teknik-teknik konseling yaitu kursi kosong, *topdog versus underdog*, membuat serial, saya bertanggungjawab atas....., bermain

proyeksi, pembalikan, latihan gladiresik, latihan melebih-lebihkan, tetap pada perasaan, serta bahasa “Saya” (Joyce & Sills, 2018).

DAFTAR PUSTAKA

- Abuse, S. (2012). Results from the 2011 national survey on drug use and health: Mental health findings. *United States. Department of Health and Human Services; United States. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.*
- Adam, S. (2012). Dampak narkoba pada psikologi dan kesehatan masyarakat. *Jurnal Health and Sport, 5(2).*
- Adeyemi, B. A., & Salawudeen, M. O. (2014). The place of Indigenous proverbs in peace education in Nigeria: Implications for social studies curriculum. *International Journal of Humanities and Social Science, 4(2), 186–192.*
- Adz-Dzaky, H. B. (2004). *Islamic Counseling and Psychotherapy. Yogyakarta: Fajar Baru Library.*
- Ahern, J., Stuber, J., & Galea, S. (2007). Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug and Alcohol Dependence, 88(2–3), 188–196.*
- Al-Qardhawi, Y. (1993). *Muslimat al-ghad. Darul Wafa': Al-Mansurah.*
- Anand, S. (2014). The contemporary issues and significance of peace education in India. *International Journal of Research in Humanities, Arts and Literature, 2(10), 47–54.*
- Aryanata, N. T., Pangkahila, E., & Damayana, I. W. (2017). Makna Hidup Pecandu Napza Pada Komunitas Pemulihan 12 Langkah. *Intuisi: Jurnal Psikologi Ilmiah, 9(2), 35–54.*
- Assembly, U. G. (1972). *Protocol Amending the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, 9 December 1975. A/RES/3444, available at: <http://www.refworld.org/docid/3b00f1c118.html>*
- Baharudin, D. F., Mohd Hussin, A. H., Sumari, M., Mohamed, S., Zakaria, M. Z., & Sawai, R. P. (2014). Family intervention for the treatment and rehabilitation of drug addiction: An exploratory study. *Journal of Substance Use, 19(4), 301–306.*

- Baron, R. A., & Byrne, D. (2005). *Social Psychology 10 th Edition* (Terjemahan Djuwita, R). *Jakarta: Erlangga*.
- Benn, S., & Dunphy, D. C. (2007). *Corporate governance and sustainability: Challenges for theory and practice*. Routledge.
- Bently, L. (2008). R. v. the Author: From Death Penalty to Community Service- 20th Annual Horace S. Manges Lecture, Tuesday, April 10, 2007. *Colum. JL & Arts*, 32, 1.
- Berne, E. (2016). *Transactional analysis in psychotherapy: A systematic individual and social psychiatry*. Pickle Partners Publishing.
- Bewley-Taylor, D., & Jelsma, M. (2012). Regime change: Re-visiting the 1961 Single Convention on Narcotic Drugs. *International Journal of Drug Policy*, 23(1), 72–81.
- Biswas, P. (2015). Mahatma Gandhi's views on peace education. *Education Journal*, 4(1), 10–12.
- Bodenmann, G., Meuwly, N., Bradbury, T. N., Gmelch, S., & Ledermann, T. (2010). Stress, anger, and verbal aggression in intimate relationships: Moderating effects of individual and dyadic coping. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27(3), 408–424.
- Bradley, M. M., Codispoti, M., Cuthbert, B. N., & Lang, P. J. (2001). Emotion and motivation I: Defensive and appetitive reactions in picture processing. *Emotion*, 1(3), 276.
- Cadoret, R. J., Troughton, E., O’Gorman, T. W., & Heywood, E. (1986). An adoption study of genetic and environmental factors in drug abuse. *Archives of General Psychiatry*, 43(12), 1131–1136.
- Castro, L. N.-C., & Nario-Galace, J. (2008). *Peace education: A pathway to a culture of peace*. Center for Peace Education, Miriam College.
- Cavaiola, A. A. (2020). Psychoanalytic Theory. In *A Comprehensive Guide to Addiction Theory and Counseling Techniques* (pp. 15–41). Routledge.

- Chen, G. (2006). Social support, spiritual program, and addiction recovery. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 50(3), 306–323.
- Clarkson, P., & Cavicchia, S. (2013). *Gestalt counselling in action*. Sage.
- Cleary, J. F., Hutson, P., & Joranson, D. (2010). *Access to therapeutic opioid medications in Europe by 2011? Fifty years on from the single convention on narcotic drugs*. SAGE Publications Sage UK: London, England.
- Cochran, B. N., & Cauce, A. M. (2006). Characteristics of lesbian, gay, bisexual, and transgender individuals entering substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30(2), 135–146.
- Committee, A. T. T. C. N. C., Abuse, U. S. S., Administration, M. H. S., & Treatment (US), C. for S. A. (2006). *Addiction Counseling Competencies: The Knowledge, Skills and Attitudes of Professional Practice*. US Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Administration Service, Washington, DC.
- Cooper, M., & McLeod, J. (2010). *Pluralistic counselling and psychotherapy*. Sage.
- Corey, G. (2015). *Theory and practice of counseling and psychotherapy*. Nelson Education.
- Cornwell, E. Y., & Waite, L. J. (2009). Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 50(1), 31–48.
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614.
- Csiernik, R. (2002). Counseling for the family: The neglected aspect of addiction treatment in Canada. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 2(1), 79–92.
- Cursel, C. (2013). Penerapan Tindakan Rehabilitasi bagi pelaku Tindak Pidana Narkotika Berdasarkan Undang-undang No. 35 Tahun 2009 Tentang Narkotika. *Mataram: Universitas Mataram*.

- Dalimoenthe, I. (2011). Perempuan dalam cengkeraman HIV/AIDS: Kajian sosiologi feminis perempuan ibu rumah tangga. *Jurnal Komunitas*, 5(1), 41–48.
- Davison, G. C. (2006). Dkk. *Psikologi Abnormal Edisi Kesembilan*, Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Davison, G. C., Neale, J. M., & Kring, A. M. (2004). *Abnormal psychology, with cases*. John Wiley & Sons Incorporated.
- Degenhardt, L., & Hall, W. (2012). Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *The Lancet*, 379(9810), 55–70.
- Dekkers, A., De Ruyscher, C., & Vanderplasschen, W. (2020). Perspectives on addiction recovery: Focus groups with individuals in recovery and family members. *Addiction Research & Theory*, 28(6), 526–536.
- Denzin, N. K. (2018). *The qualitative manifesto: A call to arms*. Routledge.
- DiGiuseppe, R. A., DiGiuseppe, R., Doyle, K. A., Dryden, W., & Backx, W. (2013). *A practitioner's guide to rational-emotive behavior therapy*. Oxford University Press.
- Dodes, L. (2019). A general psychoanalytic theory of addiction. *Beyond the Primal Addiction*, 5–20.
- Eldreth, D. A., Matochik, J. A., Cadet, J. L., & Bolla, K. I. (2004). Abnormal brain activity in prefrontal brain regions in abstinent marijuana users. *Neuroimage*, 23(3), 914–920.
- Feldstein Ewing, S. W., & Chung, T. (2013). Neuroimaging mechanisms of change in psychotherapy for addictive behaviors: Emerging translational approaches that bridge biology and behavior. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(2), 329.
- Fernández-Serrano, M. J., Lozano, Ó., Pérez-García, M., & Verdejo-García, A. (2010). Impact of severity of drug use on discrete emotions recognition in polysubstance abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 109(1–3), 57–64.

- Fletcher, K. (2013). Couple therapy treatments for substance use disorders: A systematic review. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 13(4), 327–352.
- Galea, S., & Vlahov, D. (2002). Social determinants and the health of drug users: Socioeconomic status, homelessness, and incarceration. *Public Health Reports*, 117(Suppl 1), S135.
- Galtung, J., & Fischer, D. (2013). Positive and negative peace. In *Johan Galtung* (pp. 173–178). Springer.
- Garavan, H., & Hester, R. (2007). The role of cognitive control in cocaine dependence. *Neuropsychology Review*, 17(3), 337–345.
- Gavin, D. R., Ross, H. E., & Skinner, H. A. (1989). Diagnostic validity of the drug abuse screening test in the assessment of DSM-III drug disorders. *British Journal of Addiction*, 84(3), 301–307.
- Gibson, R. L., & Mitchell, M. H. (2011). *Guidance and Counseling*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Goldin, P., & Gross, J. (2010). Effect of mindfulness meditation training on the neural bases of emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*, 10(1), 83–84.
- Goldstein, R. Z., & Volkow, N. D. (2002). Drug addiction and its underlying neurobiological basis: Neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *American Journal of Psychiatry*, 159(10), 1642–1652.
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1–26.
- Gurule, J. (1998). The 1988 UN Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances-A Ten Year Perspective: Is International Cooperation Merely Illusory. *Fordham Int'l LJ*, 22, 74.
- Harvey, S., Mitchell, M., Keeble, J., McNaughton Nicholls, C., & Rahim, N. (2014). Barriers faced by lesbian, gay, bisexual and transgender people in

- accessing domestic abuse, stalking and harassment, and sexual violence services. *Cardiff: Welsh Government*.
- Hodge, D. R., Cardenas, P., & Montoya, H. (2001). Substance use: Spirituality and religious participation as protective factors among rural youths. *Social Work Research, 25*(3), 153–161.
- Horvath, A. T. (2021). *Addictions*.
- Isnaini, E. (2017). Penggunaan Ganja Dalam Ilmu Pengobatan Menurut Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 Tentang Narkotika. *Jurnal Independent, 5*(2), 46–54.
- Joyce, P., & Sills, C. (2018). *Skills in Gestalt counselling & psychotherapy*. Sage.
- Kartadinata, S. (2003). Bimbingan dan Konseling Perkembangan; Pendekatan Alternatif Bagi Perbaikan Mutu dan Sistem Manajemen Layanan Bimbingan dan Konseling Sekolah. *Jurnal Bimbingan Dan Konseling, 6*(11).
- Khan, I. (1979). Convention on psychotropic substances, 1971: The role and responsibilities of the World Health Organization. *Progress in Neuro-Psychopharmacology, 3*(1–3), 11–14.
- Khantzian, E. J., & Treece, C. (1985). DSM-III psychiatric diagnosis of narcotic addicts: Recent findings. *Archives of General Psychiatry, 42*(11), 1067–1071.
- Kirschenbaum, H., & Jourdan, A. (2005). The Current Status of Carl Rogers and the Person-Centered Approach. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42*(1), 37.
- Komalasari, G., & Wahyuni, E. (2011). Teori dan teknik konseling. *Jakarta: Indeks*.
- L. Simon, S. (2000). Cognitive impairment in individuals currently using methamphetamine. *American Journal on Addictions, 9*(3), 222–231.
- Lacan, J., Sheridan, A., & Bowie, M. (2020). Aggressivity in psychoanalysis. In *Ecrits* (pp. 9–32). Routledge.

- Lande, A. (1962). The Single Convention on Narcotic Drugs, 1961. *International Organization*, 16(4), 776–797.
- Lane, F. J., Shaw, L. R., Young, M. E., & Bourgeois, P. J. (2012). Rehabilitation counselors' perceptions of ethical workplace culture and the influence on ethical behavior. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 55(4), 219–231.
- Lapworth, P., & Sills, C. (2011). *An introduction to transactional analysis: Helping people change*. Sage Publications.
- Leung, G. (2010). A Gestalt Perspective on the Phenomenal World of Addiction. *Gestalt Journal of Australia and New Zealand*, 6(2), 20–38.
- Lines, R. (2011). Deliver us from evil?—The Single Convention on Narcotic Drugs, 50 years on. *International Journal on Human Rights and Drug Policy*, 1, 3–13.
- Loranger, A. W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S. M., Coid, B., Dahl, A., Diekstra, R. F., & Ferguson, B. (1994). The international personality disorder examination: The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51(3), 215–224.
- Manafe, Y. (2011). Pedoman Prosedur Kerja Bidang Advokasi. *Pencegahan Pemberantasan Penyalahgunaan Dan Peredaran Gelap Narkoba (P4GN)*. Jakarta: BNN, Deputi Bidang Pencegahan Direktorat Advokasi.
- Miller, W. R., & Thoresen, C. E. (2003). Spirituality, religion, and health: An emerging research field. *American Psychologist*, 58(1), 24.
- Millis, D., & Levine, D. (2013). *Canine rehabilitation and physical therapy*. Elsevier Health Sciences.
- Miltenberger, R. G. (2011). *Behavior modification: Principles and procedures*. Nelson Education.
- Moleong, L. J. (2009). Penelitian kualitatif. Jakarta: Rineka Cipta.

- Momodu, F. (2015). The relevance of peace education in today's context. *International Journal of Research, 1*.
- Muro, J. J., & Kottman, T. (1995). *Guidance and Counseling in Elementary School and Middle School. Iowa: Brown and Benchmark Publisher.*
- Myrick, R. D. (2011). *Development Guidance and Counseling.* Minneapolis: Educational Media Corporation. USA.
- Neisen, J. H. (1993). Healing from cultural victimization: Recovery from shame due to heterosexism. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy, 2*(1), 49–63.
- Nevid, J. S., Rathus, S. A., & Greene, B. (2005). Psikologi abnormal. *Jakarta: Erlangga, 96–101.*
- Patterson, C. C., Dahlquist, G. G., Gyürüs, E., Green, A., Soltész, G., & Group, E. S. (2009). Incidence trends for childhood type 1 diabetes in Europe during 1989–2003 and predicted new cases 2005–20: A multicentre prospective registration study. *The Lancet, 373*(9680), 2027–2033.
- Piazza, P. V., & Deroche-Gamonet, V. (2013). A multistep general theory of transition to addiction. *Psychopharmacology, 229*(3), 387–413.
- Piptakul, K. K. (2010). *Manajemen Program Terapi dan Rehabilitasi di Asia. Jakarta: Program Penasihat Narkoba Colombo Plan.*
- Potik, D. (2020). An historical overview of psychoanalytic perspectives on drug abuse and addiction—Part 2. In *Psychodynamic Approaches for Treatment of Drug Abuse and Addiction* (pp. 15–38). Routledge.
- Purwanto, N. (2010). Prinsip-prinsip dan Teknik Evaluasi Pembelajaran. *Bandung: Remaja Rosdakarya.*
- Rijn, B. van, & Wild, C. (2013). Humanistic and integrative therapies for anxiety and depression: Practice-based evaluation of transactional analysis, gestalt, and integrative psychotherapies and person-centered counseling. *Transactional Analysis Journal, 43*(2), 150–163.

- Robinson, T. E., & Berridge, K. C. (2001). Incentive-sensitization and addiction. *Addiction*, *96*(1), 103–114.
- Robinson, T. E., & Berridge, K. C. (2004). Incentive-sensitization and drug ‘wanting.’ *Psychopharmacology*, *171*(3), 352–353.
- Rosenberg, J. (2019). Conclusions: The Past Is Prologue: Notes for Understanding Folklore and Education Considering the Pedagogy of Rachel Davis DuBois. In *Intercultural Education, Folklore, and the Pedagogical Thought of Rachel Davis DuBois* (pp. 119–136). Springer.
- Solowij, N., Stephens, R. S., Roffman, R. A., Babor, T., Kadden, R., Miller, M., Christiansen, K., McRee, B., & Vendetti, J. (2002). Cognitive functioning of long-term heavy cannabis users seeking treatment. *Jama*, *287*(9), 1123–1131.
- Spanagel, R., & Weiss, F. (1999). The dopamine hypothesis of reward: Past and current status. *Trends in Neurosciences*, *22*(11), 521–527.
- Sudarsono, F. X. (1993). Peran Pendidikan Luar Sekolah di Daerah Tertinggal dalam Upaya Pengentasan Kemiskinan, Kemelaratan, Kebodohan, Kemalasan dan Kepasrahan pada Situasi yang tidak Menguntungkan bagi warganya. *Diklus*, *1*(1).
- Sugiyono, D. (2010). Metode penelitian kuantitatif dan R&D. *Bandung: Alfabeta*.
- Tarigan, B., Nuh, M., & Alwan, A. (2013). Peranan Polri Dalam Pemberantasan Penyalahgunaan Narkotika (Studi Kasus Polsekta Pancurbatu). *Jurnal Mahupiki*, *3*(01).
- Towakit, J., & Palu, I. (2014). Pedoman Pelaksanaan P4GN melalui Peran Serta Kepala Desa/Lurah di Tingkat Desa/Kelurahan. *Tadbir Jurnal Manajemen Pendidikan Islam*, *2*.
- Treisman, G. J., & Clark, M. R. (2011). A behaviorist perspective. In *Chronic pain and addiction* (Vol. 30, pp. 8–21). Karger Publishers.
- Tuasikal, M. A. (2012). Narkoba Dalam Pandangan Islam. *Artikel Diakses Pada*, *3*.

- Volkow, N. D., Chang, L., Wang, G.-J., Fowler, J. S., Ding, Y.-S., Sedler, M., Logan, J., Franceschi, D., Gatley, J., & Hitzemann, R. (2001). Low level of brain dopamine D2 receptors in methamphetamine abusers: Association with metabolism in the orbitofrontal cortex. *American Journal of Psychiatry*, 158(12), 2015–2021.
- Wahyudi, A. (2017). Character Education: Literatur Study Religious Tolerance Character. *Prosiding Seminar Bimbingan Dan Konseling*, 1(1), 49–56.
- Walker, J. A., & Prince, T. (2010). Training considerations and suggested counseling interventions for LGBT individuals. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 4(1), 2–17.
- Widodo, A. (2009). *Peningkatan Keterampilan Pencegahan Perilaku Penyalahgunaan Narkoba bagi Remaja di Desa Gonilan Sukoharjo*.
- Wiers, R. W., & Stacy, A. W. (2006). Implicit cognition and addiction. *Current Directions in Psychological Science*, 15(6), 292–296.
- Wilis, S. S. (2004). *Konseling Individu. Teori Dan Praktek*, Bandung: Alfabeta.
- Willis, J. (2010). The current impact of neuroscience on teaching and learning. *Mind, Brain and Education: Neuroscience Implications for the Classroom*, 45–68.
- Winkel, W. S., & Hastuti, S. (2005). *Bimbingan dan konseling di institusi pendidikan (edisi revisi)*. Jakarta: Gramedia.
- Wright, H. (1912). The International Opium Conference. *The American Journal of International Law*, 6(4), 865–889.
- Wubbolding, R. E. (2016). Reality therapy. *Contemporary Theory and Practice in Counseling and Psychotherapy*, 173–200.
- Wynn, R., & West-Olatunji, C. (2009). Use of culture-centered counseling theory with ethnically diverse LGBT clients. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 3(3–4), 198–214.
- Žvelc, G., Černetič, M., & Košak, M. (2011). Mindfulness-based transactional analysis. *Transactional Analysis Journal*, 41(3), 241–254.

RENCANA PEMBELAJARAN SEMESTER MATA KULIAH BIMBINGAN DAN KONSELING NAPZA/ NARKOBA

Minggu Ke-	Sub – CPMK (Kemampuan Akhir yang direncanakan)	Bahan Kajian (Materi Pembelajaran)	Bentuk dan Metode Pembelajaran	Estimasi Waktu	Pengalaman Belajar Mahasiswa	Penilaian		
						Kriteria & Bentuk	Indikator	Bobot (%)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
1	Memahami kontrak dan proses perkuliahan Konseling Krisis, menjelaskan Ruang lingkup kajian Konseling Krisis	Penyampaian rencana program semester mata kuliah: tujuan mata kuliah konseling krisis, sistem perkuliahan, kontrak belajar dan sistem penilaian	Kuliah Discovery learning	100 menit	Tugas refleksi	Tes	Mahasiswa mampu menjelaskan ruang lingkup kajian mata kuliah konseling krisis	2
2	Mendeskripsikan narkoba dan dampaknya	Narkoba dan Dampaknya	Kuliah Discovery learning	100 menit	Tugas refleksi	Tes	Mahasiswa mampu mendeskripsikan narkoba dan dampaknya	2
3	Mendeskripsikan dan menganalisis narkoba dalam perspektif islam	Narkoba dalam Prespektif Islam	Kuliah <i>Small Group Discussion</i>	100 menit	Menyusun paper secara berkelompok dan mempresentasikannya	Tes	Mahasiswa mampu mendeskripsikan dan menganalisis narkoba dalam perspektif islam	4

Pendekatan Bimbingan dan Konseling Narkoba
Supriyanto & Hendiani

Minggu Ke-	Sub – CPMK (Kemampuan Akhir yang direncanakan)	Bahan Kajian (Materi Pembelajaran)	Bentuk dan Metode Pembelajaran	Estimasi Waktu	Pengalaman Belajar Mahasiswa	Penilaian		
						Kriteria & Bentuk	Indikator	Bobot (%)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
4	Mendeskripsikan dan menganalisis narkoba dalam perspektif hukum	Narkoba dalam Prespektif Hukum	Kuliah <i>Small Group Discussion</i>	100 menit	Menyusun paper secara berkelompok dan mempresentasikannya	Tes	Mahasiswa mampu mendeskripsikan dan menganalisis narkoba dalam perspektif hukum	4
5	Mendeskripsikan dan menganalisis narkoba dalam perspektif kesehatan	Narkoba dalam Prespektif Kesehatan	Kuliah Discovery learning	100 menit	Tugas refleksi	Tes	Mahasiswa mampu mendeskripsikan dan menganalisis narkoba dalam perspektif kesehatan	2
6	Mendeskripsikan dan menganalisis narkoba dalam perspektif psikologis	Narkoba dalam Prespektif Psikologis	Kuliah Discovery learning	100 menit	Tugas refleksi	Tes	Mahasiswa mampu mendeskripsikan dan menganalisis narkoba dalam perspektif psikologis	2
7	Mengidentifikasi program pencegahan narkoba dan mengembangkan rancangan program pencegahan	Pencegahan Narkoba	Kuliah <i>Small Group Discussion</i>	100 menit	Menyusun paper secara berkelompok dan mempresentasikannya	Tes	Mahasiswa mampu mengidentifikasi program pencegahan narkoba dan mengembangkan rancangan program pencegahan	4

Pendekatan Bimbingan dan Konseling Narkoba
Supriyanto & Hendiani

Minggu Ke-	Sub – CPMK (Kemampuan Akhir yang direncanakan)	Bahan Kajian (Materi Pembelajaran)	Bentuk dan Metode Pembelajaran	Estimasi Waktu	Pengalaman Belajar Mahasiswa	Penilaian		
						Kriteria & Bentuk	Indikator	Bobot (%)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
8	Ujian Tengah Semester							25
9	Mendeskripsikan proses rehabilitasi berkelanjutan	Rehabilitasi Narkoba	Kuliah <i>Small Group Discussion</i>	100 menit	Menyusun paper secara berkelompok dan mempresentasikannya	Tes	Mahasiswa mampu mendeskripsikan proses rehabilitasi berkelanjutan	4
10	Mendeskripsikan kompetensi konselor adiksi dan melakukan refleksi diri	Kompetensi Konselor Adiksi	Kuliah Discovery learning	100 menit	Tugas refleksi	Tes	Mahasiswa mampu mendeskripsikan kompetensi konselor adiksi dan melakukan refleksi diri	2
11	Memahami dan mempraktikkan keterampilan dasar konseling dalam Gangguan Penggunaan NAPZA	Ketrampilan Dasar Konseling dalam Gangguan Penggunaan NAPZA (1)	Kuliah <i>Small Group Discussion</i>	100 menit	Menyusun paper secara berkelompok dan mempresentasikannya	Tes	Mahasiswa mampu memahami dan mempraktikkan keterampilan dasar konseling dalam Gangguan Penggunaan NAPZA	4
12	Memahami dan mempraktikkan keterampilan dasar konseling dalam Gangguan Penggunaan	Ketrampilan Dasar Konseling dalam Gangguan Penggunaan NAPZA (2)	Kuliah <i>Small Group Discussion</i>	100 menit	Menyusun paper secara berkelompok dan mempresentasikannya	Tes	Mahasiswa mampu memahami dan mempraktikkan keterampilan dasar konseling dalam Gangguan	4

Pendekatan Bimbingan dan Konseling Narkoba
Supriyanto & Hendiani

Minggu Ke-	Sub – CPMK (Kemampuan Akhir yang direncanakan)	Bahan Kajian (Materi Pembelajaran)	Bentuk dan Metode Pembelajaran	Estimasi Waktu	Pengalaman Belajar Mahasiswa	Penilaian		
						Kriteria & Bentuk	Indikator	Bobot (%)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
	NAPZA						Penggunaan NAPZA	
13	Mendeskripsikan dasar-dasar konseling adiksi	Dasar-dasar Konseling Adiksi	Kuliah Discovery learning	100 menit	Tugas refleksi	Tes	Mahasiswa mampu mendeskripsikan dasar-dasar konseling adiksi	2
14	Memahami dan menyusun rencana assessment pengguna zat	Pemahaman Karakteristik Pengguna Zat	Kuliah Discovery learning	100 menit	Tugas refleksi	Tes	Mahasiswa mampu memahami dan menyusun rencana assessment pengguna zat	4
15	Memahami dan mempraktikkan konseling adiksi	Pendekatan Konseling adiksi	Kuliah Discovery learning	100 menit	Tugas refleksi	Tes	Mahasiswa mampu memahami dan mempraktikkan konseling adiksi	5
16	Ujian Akhir Semester							30

Riwayat Agus Supriyanto, M.Pd.



Agus Supriyanto, M.Pd., lahir di Semarang, 20 Juli 1989. SD Islam Sultan Agung Semarang Tahun 2001. SMP Negeri 3 Semarang Tahun 2004. SMA Negeri 3 Semarang tahun 2007. Sarjana Bimbingan dan Konseling di Universitas Negeri Semarang tahun 2012. Magister Bimbingan dan Konseling di Universitas Negeri Semarang tahun 2015.

Pada tahun 2012-2013, beliau sempat mengajar di SMK Pelayaran Demak, dan pada tahun 2015 menjadi dosen di Program Studi Bimbingan dan Konseling, Fakultas Keguruan dan Ilmu Pendidikan, Universitas Ahmad Dahlan, Yogyakarta. Mata kuliah yang diajarkan terdiri dari metodologi penelitian, penulisan karya ilmiah, pemahaman individu teknik non tes, ketrampilan dasar konseling, penelitian tindakan dan eksperimen bimbingan dan konseling, Manajemen Bimbingan dan Konseling, serta Bimbingan dan Konseling Narkoba.

Bagi anda yang ingin berbagi mengenai berbagai hal tentang pengembangan potensi dan kompetensi individu secara komprehensif, dan dapat berkorespondensi dengan penulis melalui email di agus.supriyanto@bk.uad.ac.id Facebook: Agus Supriyanto, dengan Nomor HP yang dapat dihubungi +6281-226-822-047.

Riwayat Nurlita Hendiani, S.Psi., RC., ICAP 1



Lahir di Semarang, 1 November 1990. Bersekolah di SD Singosari 03 Semarang, SMPN 3 Semarang, SMAN 3 Semarang dan melanjutkan kuliah di Fakultas Psikologi Universitas Diponegoro. Setelah lulus kuliah di tahun 2012, ia bekerja sebagai Human Resources staff di PT Heinz ABC Indonesia pada tahun 2013 kemudian diterima sebagai PNS di Balai Besar Rehabilitasi BNN di Lido Bogor. Pada Maret 2021 beliau dipindahtugaskan di BNNP D.I. Yogyakarta. Kecintaan sebagai konselor adiksi mengarahkan beliau untuk mendapat sertifikasi internasional yang dikeluarkan oleh Global Centre for Credentialing dan Colombo Plan yaitu sertifikat sebagai Recovery Coach dan International Certified Addiction Professionals I. Nurlita Hendiani, S.Psi., RC., ICAP1 saat ini bekerja sebagai konselor adiksi di Klinik Seger Waras BNNP D.I Yogyakarta dapat dihubungi melalui email nurlita.hendiani@bnn.go.id atau 081212134094.

REPUBLIC INDONESIA
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA

SURAT PENCATATAN CIPTAAN

Dalam rangka perlindungan ciptaan di bidang ilmu pengetahuan, seni dan sastra berdasarkan Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta, dengan ini menerangkan:

Nomor dan tanggal permohonan : EC00202144349, 4 September 2021

Pencipta

Nama : **Agus Supriyanto dan Nurlita Hendniani**
Alamat : Jl. Pandansari I No. 1 RT06/ RW02, Pandansari, Semarang Tengah, Semarang, Jawa Tengah , Semarang, JAWA TENGAH, 50139
Kewarganegaraan : Indonesia

Pemegang Hak Cipta

Nama : **UNIVERSITAS AHMAD DAHLAN**
Alamat : Kampus 2 Unit B Jl. Pramuka 5F, Pandeyan, Umbulharjo, Yogyakarta, DI Yogyakarta , Yogyakarta, DI YOGYAKARTA, 55161
Kewarganegaraan : Indonesia
Jenis Ciptaan : **Buku**
Judul Ciptaan : **Pendekatan Bimbingan Dan Konseling Narkoba (Panduan Pencegahan Narkoba Berbasis Masyarakat Dan Pendekatan Konseling Pada Program Rehabilitasi Narkoba)**

Tanggal dan tempat diumumkan untuk pertama kali di wilayah Indonesia atau di luar wilayah Indonesia : 1 Juli 2021, di Yogyakarta

Jangka waktu perlindungan : Berlaku selama 50 (lima puluh) tahun sejak Ciptaan tersebut pertama kali dilakukan Pengumuman.

Nomor pencatatan : 000269616

adalah benar berdasarkan keterangan yang diberikan oleh Pemohon.

Surat Pencatatan Hak Cipta atau produk Hak terkait ini sesuai dengan Pasal 72 Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta.

a.n. MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA
DIREKTUR JENDERAL KEKAYAAN INTELEKTUAL



Dr. Freddy Harris, S.H., LL.M., ACCS.
NIP. 196611181994031001

Disclaimer:

Dalam hal pemohon memberikan keterangan tidak sesuai dengan surat pernyataan, menteri berwenang untuk mencabut surat pencatatan permohonan.

Penerbit K-Media
Bantul, Yogyakarta
📧 [kmediacorp](https://www.kmediacorp.com)
✉ kmedia.cv@gmail.com
🌐 www.kmedia.co.id

