

TERAPI DENGAN PENDEKATAN KONSEP KOGNITIF PERILAKU UNTUK MENCEGAH RELAPSE PADA PENGGUNA NARKOBA

Indra Dwi Purnomo dan George Hardjanto

Fakultas Psikologi Universitas Katolik Soegijapranata Semarang

Abstrak

Penelitian ini memberikan gambaran mengenai pengaruh Terapi dengan Pendekatan Konsep Kognitif Perilaku untuk Mencegah *Relapse* pada Penyalah guna Narkoba. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui ada tidaknya pengaruh terapi dengan pendekatan konsep kognitif perilaku untuk mencegah *relapse* pada penyalah guna narkoba. Hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini adalah Ada perbedaan frekuensi (kecenderungan) *relaps* antara kelompok kontrol dan eksperimen setelah diberi terapi dengan pendekatan konsep *Cognitive- Behavioral Therapy* (CBT). Metode penelitian yang digunakan adalah *the two group pre test-post treatment design*. Subjek penelitian adalah Mantan pecandu (*resident*) yang telah selesai menjalani proses rehabilitasi dan saat ini berada pada *fase after care*, tidak mengalami *Dual-Diagnosa*, belum pernah mendapatkan terapi yang berhubungan dengan *relapse prevention*, dan memiliki kemampuan Intelektual normal/rata-rata. Instrumen dalam penelitian ini menggunakan *Alcohol and Drug relapse Warning Scale* yang telah diuji validitas dan realibilitasnya untuk digunakan di Indonesia. Analisis data penelitian yang digunakan adalah teknik analisis U Mann-Whitney, dalam Teknik ini analisa data dilakukan guna menguji perbedaan antara kelompok kontrol dan eksperimen, berdasarkan data yang diperoleh pada *Alkohol and Drug Relapse Warning scale* saat pre-test dan post-test. Proses Terapi dilaksanakan sebanyak 5 Tahap, dengan total jumlah pertemuan 8 kali, sesuai dengan rancangan pertemuan disetiap tahapannya. Hasil terapi menunjukkan Tidak Ada perbedaan secara signifikan antara kelompok eksperimen dengan kelompok kontrol.

Kata Kunci : Terapi dengan Pendekatan Konsep Kognitif-Perilaku, *Rela*

PENDAHULUAN

Narkoba adalah bahan kimia yang mengubah *mood* atau perilaku seseorang ketika dihisap, disuntikkan, diminum, dihirup, atau ditelan dalam bentuk pil. Penyalahgunaan narkoba didefinisikan sebagai pola maladaptif penggunaan narkoba yang terjadi dalam periode 12 bulan yang mengarah kepada kemunduran signifikan atau bukti-bukti distress yang diikuti oleh satu atau lebih hal berikut ini: (1) kegagalan dalam melakukan tugas atau tanggung jawab, (2) menggunakan zat dalam situasi fisik yang berbahaya, (3) masalah-masalah hukum, (4) masalah-masalah interpersonal (Krauss, 2010).

Program rehabilitasi yang diperuntukkan bagi pecandu narkoba untuk menghentikan kecanduan bukanlah masalah yang sulit, karena banyak orang yang dapat berhenti menggunakan narkoba untuk beberapa lama. Hal yang sulit dilakukan adalah

mencegah agar jangan sampai *relapse*.

Ketergantungan secara fisik terhadap narkoba cenderung mudah diatasi dengan memberikan obat-obatan dengan golongan sejenis sebagai pengganti zat yang biasa dikonsumsi untuk meminimalisir gejala putus zat, namun hal yang tersulit adalah mengubah perilaku pecandu yang berorientasi pada perilaku mencari narkoba. Hal itulah penyebab mantan pecandu yang telah menyelesaikan rehabilitasi kembali *relapse* menggunakan narkoba. Angka kekambuhan dari pecandu yang pernah dirawat pada berbagai pusat terapi dan rehabilitasi semakin tinggi yaitu 60 sampai dengan 80%, (Martono dan Joewana, 2006b).

Penjelasan di atas senada dengan hasil kutipan wawancara pada salah satu konselor adiksi di Panti Sosial Pamardi Putra Sehat Mandiri Yogyakarta, yaitu Bro E (52 tahun):

“ Mas kalau pecandu berhenti tidak menggunakan sebenarnya bisa- bisa

saja dan tidak sulit tetapi mempertahankan agar tetap bersih itu yang paling sulit. Banyak yang sudah keluar dari rehabilitasi kembali *pake* lagi karena mereka sugesti, *ketemu* dengan teman-temannya sesama pemakai, dan kegiatan yang kurang. Kalau memang mau benar-benar bersih harus ada banyak kegiatan biar sibuk dan jauhi lingkungan pemakai “.

Proses *relapse* adalah kembalinya seseorang kepada kecanduan narkoba. Relaps tidak berarti program pemulihannya gagal, sebab *relapse* adalah bagian yang wajar dari proses pemulihan. Marlatt dan Gordon (1985), menjelaskan tiga jenis pengalaman yang dihubungkan dengan kekambuhan, antara lain adanya *downer* (merasa tertekan), *row* (konflik interpersonal), dan *join the club* (tekanan dari orang lain untuk melanjutkan kebiasaan mabuk, merokok, dan seterusnya).

Dalam wawancara personal

peneliti di Yogyakarta terhadap A (35 tahun), salah seorang pecandu dan penderita HIV yang hingga saat dilakukannya komunikasi personal ini masih sering kali *relaps*, diperoleh hasil kutipan wawancara sebagai berikut:

“ ...Sedikit yang berhasil bebas dari narkoba dan tetap bertahan, kami saja dari sekian puluh orang yang direhabilitasi *kemaren* cuma sedikit yang berhasil, yang lainnya balik *kayak* dulu, salah satunya saya mas,,, bahkan ada yang tambah parah dan mati beberapa teman saya. Saya termasuk sisa yang masih hidup dari teman-teman seangkatan pemakai. Bersih dari obat setelah direhabilitasi *gak* otomatis membuat kita bersih selamanya terus lepas dari narkoba begitu saja. Justru masa-masa mempertahankan untuk tetap bersih dari obat di tengah-tengah lingkungan yang bebas, *gak kayak* di rehab dulu ini, yang paling sulit. Adakalanya memang jatuh balik lagi *make* tapi pecandu seperti saya ini mas,,

harus tetap punya suatu harapan bahwa nantinya bisa lepas dari narkoba, *kalo gak bisa lepas ya,, tambah parah lalu OD (over dosis) terus mati nyusul teman-teman. Karena waktu kita bolak-balik pengen berhenti tapi bolak-balik juga gak berhasil bisa buat kita stress sendiri dan malas untuk berusaha lagi. Kalo udah gitu, ya udahlah mau kemana lagi balik lagi makek merupakan kemungkinan yang udah gak terelakkan. Aku aja,, mas beberapa kali relaps, tapi sampai sekarang terus punya harapan untuk bebas total, walaupun kenyataannya ya,, seperti ini mas,, beberapa hari yang lalu saya ijin pamiit ke luar kota pakai lagi akhirnya “.*

Berangkat dari permasalahan diatas, maka dibutuhkan suatu penanganan yang serius agar dapat mencegah terjadinya *relaps*. Proses Terapi menggunakan pendekatan konsep kognitif perilaku menjadi poin penting untuk menyediakan ketrampilan yang dapat menolong seseorang untuk

mempertahankan perilaku bebas zatnya (pencegahan kambuh).

Terapi pencegahan kekambuhan (*relapse prevention therapy*) adalah tritmen 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 (Krauss & Susan, 2009).

CBT 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 (NIDA dalam Panduan Pelayanan Psikologi BNN, 2009).

Berdasarkan latar belakang di atas, peneliti ingin meneliti efektifitas dari Terapi dengan pendekatan konsep kognitif perilaku (*Cognitive-Behavioral Therapy*) untuk mencegah terjadinya *relaps* pada penyalahguna narkoba yang telah menyelesaikan masa rehabilitasi dan tengah berada pada program *after-care*.

***Relaps Prevention* (Pencegahan Kambuh)**

Relapse Prevention (RP) adalah program kendali diri yang didesain untuk mengedukasi seseorang yang berusaha mengubah perilakunya dan mengatasi problema relaps. RP adalah

suatu program psiko-edukasi yang menggabungkan prosedur latihan ketrampilan perilaku dengan teknik intervensi kognitif. Prinsip utamanya adalah berdasarkan *social learning theory*. Sebagian ahli dalam bidang ketergantungan zat telah melakukan sejumlah penelitian yang berkait dengan perilaku relaps sejak tahun 1985 (Marlatt and Gordon) dan menyimpulkan tujuan RP adalah mendidik seseorang bagaimana mencapai suatu *lifestyle* yang seimbang dan mencegah pola kebiasaan yang tidak sehat. Klien dibimbing untuk mengenali *high risk situation* atau dengan kata lain situasi tertentu yang dapat menjadi ancaman terhadap kendali diri pasien dan dapat meningkatkan risiko *relaps*. Ada beberapa situasi yang tergolong *high risk* ; yaitu :

- a. Status emosional yang negatif (35% dari sampel relaps)
- b. Konflik interpersonal (16% dari sampel relaps)

c. Tekanan sosial (20% dari sampel), (Husin, Bachri, 2002).

Model penanganan *relapse prevention* pencegahan kekambuhan yang dikembangkan oleh Marlatt dan Gordon melihat aspek-aspek ketergantungan yang sifatnya dipelajari dan melihat kekambuhan sebagai kegagalan keterampilan *coping* kognitif maupun perilaku. Terapi melibatkan tindakan membantu orang-orang untuk menghilangkan ambivalensi mengenai penghentian pemakaian obatnya dengan menelaah keyakinan mereka tentang aspek-aspek positif obat-obatan dan menghadapkan mereka pada berbagai konsekuensi negatif penggunaannya. Situasi-situasi beresiko tinggi diidentifikasi dan berbagai strategi dikembangkan untuk menghadapi situasi yang berpotensi problematik dan menghadapi *craving* sebagai akibat dari abstinensi (Durand dan Barlow, 2007).

Terapi dengan Pendekatan Konsep Kognitif Perilaku (CBT) Definisi

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 dkk, 2006). McLeod (2006) 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 Terapi Kognitif-Perilaku

McLeod (2006) mengatakan bahwa 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. Senada dengan McLeod, Nevid dkk (2005) menyatakan bahwa 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 dengan Pendekatan Konsep Kognitif Perilaku untuk Mencegah Relapse pada Penyalahguna Narkoba

Relapse adalah kondisi dimana individu gagal untuk mempertahankan kondisi „sober“/„sehat“ setelah ia mengetahui dan melakukan usaha-usaha pemulihan sebelumnya. *Relapse* merupakan suatu proses yang progresif yang melibatkan proses emosi dan behavioral dari individu dimana pada akhirnya ia kembali pada kondisi seperti sebelum ia menerima perawatan pemulihan. Menurut Marlatt & Gordon (1985) *relapse* dapat terjadi pada kecanduan terhadap alcohol, rokok, heroin, dan zat-zat adiktif lainnya dan diperkirakan dapat mencapai 50% - 90% dari kasus kecanduan. Juga menurut Marlatt & Gordon (1985) salah satu faktor utama dan memainkan peran penting pada proses terjadinya *relapse* adalah situasi-situasi berisiko tinggi dan respon individu terhadap situasi berisiko tinggi tersebut yang akan menentukan apakah seseorang akan *relapse* atau tidak. Marlatt (1996) mengidentifikasi serangkaian situasi-

situasi yang biasa dialami oleh para pencandu dan dapat memicu munculnya *relapse*, yaitu : situasi emosi yang negatif, situasi yang melibatkan orang lain atau sekelompok orang yang dapat menyebabkan konflik interpersonal, konflik-konflik intrapersonal, tekanan sosial, situasi emosi yang positif, keinginan untuk menguji kendali diri dan kondisi ketagihan /"suges".

Pendekatan kognitif dan perilaku 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 beresiko tinggi menimbulkan kembali keinginan untuk menggunakan zat, mengetahui efek buruk obat, dan mencari alternatif

lain selain menggunakan obat (Kaplan, Sadock, dan Grebb, dalam Fausiah dan Widury. 2005).

Hipotesis

Ada perbedaan frekuensi (kecenderungan) *relaps* antara kelompok kontrol dan eksperimen setelah diberi terapi dengan pendekatan konsep *Cognitive- Behavioral Therapy* (CBT).

METODE PENELITIAN

a. Rancangan Penelitian

Desain Eksperimen yang digunakan *the two group pre test-post treatment design*. Disini sebuah kelompok di tes dua kali, yaitu di awal dan di akhir treatment. Design seleksi subjek dilakukan secara random untuk masing- masing kelompok, baik kelompok eksperimen maupun kelompok kontrol (Setyorini & Wibhowo, 2008).

Desain: R $\frac{O_1 \quad X \quad O_2}{O_1 \quad \quad O_2}$

b. Partisipan

Partisipan direncanakan berjumlah 10 orang. Dengan pembagian 5 orang sebagai kelompok dikenai tritmen dan 5 orang sebagai kelompok kontrol.

Penelitian ini menggunakan subjek penelitian dengan karakteristik sebagai berikut :

1. Mantan pecandu (*resident*) yang telah selesai menjalani proses rehabilitasi dan saat ini berada pada *fase after care*
2. Tidak mengalami *Dual-Diagnosa*
3. Belum pernah mendapatkan terapi yang berhubungan dengan *relapse prevention*
4. Memiliki kemampuan Intelektual normal/rata-rata

c. Pengukuran

Pengukuran pada penelitian ini menggunakan *Alcohol and Drug Relapse Warning Scale*

Sebelum melakukan tritmen subjek diberikan pretest terlebih dahulu, lalu setelah diberikan pelatihan subjek

diberikan Posttest. Pretest dan Posttest diberikan pada kedua kelompok yaitu kelompok Eksperimen dan Kontrol.

d. Alat dan Materi

Adapun peralatan yang diperlukan selama sesi terapi, antara lain :

Form *Assessment* awal digunakan untuk *Intake Assessment* yang menguraikan data demografis, sosial, psikologis, dan medis secara umum, Tes Intelegensi SPM, untuk mengetahui kemampuan intelektual subjek *Alcohol and Drug Relapse Warning Scale* untuk mengukur gejala kekambuhan klien sebelum menggunakan narkoba

Socrates-Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (untuk membantu konselor menilai tingkat motivasi klien mengikuti terapi, dalam tes ini perhitungan yang dilakukan mengkategorisasikan item pada tiga aspek *recognition*, *abivalence*, dan *taking steps*)

Form Identifying High-Risk Situation (dengan mengetahui situasi beresiko tinggi menolong subjek untuk menangani dan menghindari hal-gal yang membuat *relapse*)

Form Identifications of Core Beliefs (menolong subjek untuk dapat mengenali dan mempertimbangkan keyakinan salah yang ada pada dirinya sehingga berpengaruh terhadap tindakan akhirnya yaitu *relapse*) *Form Improved Reactions to Mandates and Injunctions* (menolong subjek menemukan cara baru untuk bereaksi terhadap *mandates and Injunctions* yang benar)

Form Management of High-Risk Situation (latihan ini membantu subjek untuk mengumpulkan hal-hal yang telah dipelajarinya dan memberikan kesempatan yang baik untuk menggunakan apa yang telah dipelajari)

Form Relapse Prevention Strategy (untuk membantu subjek

menyusun berbagai strategi untuk mempertahankan *abstinence* dari materi yang telah didapat)

Alat perekam, alat tulis, dan peralatan penunjang lainnya

e. Prosedur

Melakukan screening subjek sesuai pedoman subjek penelitian dan disertai dengan melakukan tes intelegensi.

Melakukan *random assignment* untuk menentukan kelompok kontrol dan eksperimen.

Melakukan *Pre-test* pada kelompok Kontrol dan eksperimen, dengan menggunakan *Alkohol and Drug Relapse Warning Scale* dan *Rapid Test* (urin)

Melakukan Intake Aassessment untuk mengetahui kondisi klien secara umum dan dilanjutkan dengan memberikan tes Socrates untuk mengetahui motivasi klien menjalani terapi

Selanjutnya para subjek

diberikan penjelasan, dukungan, dan semangat untuk melakukan perubahan menggunakan terapi kognitif perilaku agar subjek mendapat gambaran. Kemudian pembuatan komitmen bersama mengenai sesi terapi yang akan dilaksanakan.

Proses Terapi menggunakan CBT pada subjek eksperimen dan kelompok kontrol tidak diberi perlakuan

Melakukan *Post-treatment* pada kelompok Kontrol dan eksperimen, dengan menggunakan *Alcohol and Drug Relapse Warning Scale* dan *Rapid Test* (urin)

Tritmen diberikan selama lima sesi, setiap sesi dilakukan dalam waktu 60 menit dengan aturan 30/30/30.

Sesi terapi dapat diuraikan sebagai berikut :

1. Tahap 1: Asesmen dan diagnosa awal
2. Tahap 2: Mencari emosi negatif, pikiran otomatis, keyakinan utama yang berhubungan dengan gangguan
3. Tahap 3: Menyusun rencana

intervensi dengan memberikan Konsekuensi positif-negatif kepada klien dan *significant persons*

4. Tahap 4: Fokus terapi, intervensi tingkah laku lanjutan

5. Tahap 5: Penutup

f. Analisis

Untuk melihat validitas dan reliabilitas suatu alat ukur terutama pada alat ukur *Alcohol and Drug Relapse Warning Scale* dilakukan adanya analisis item terlebih dahulu. Teknik analisis item yang digunakan untuk melakukan uji validitas adalah *Partial Least Square*. Teknik reliabilitas menggunakan reliabilitas *alpha cronbach*. Berdasarkan hasil item valid dari perhitungan validitas dan reliabilitas pada *pre-test*, item yang valid tersebut digunakan pula untuk perhitungan *post-test*.

Tenik analisa data untuk menguji perbedaan antara kelompok kontrol dan eksperimen pada *Alcohol and Drug Relapse Warning scale* yaitu

menggunakan teknik analisis U Mann-Whitney, yaitu uji statistika non parametrik yang digunakan untuk membandingkan sampel independen, (Uyanto, 2009).

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Gambaran Umum Pelaksanaan program terapi Kognitif Perilaku

Pelaksanaan program terapi berlangsung sebanyak 8 sesi, setiap dua kali dalam seminggu (hari Selasa dan Jumat). Pelaksanaan program dilakukan di ruang konsultasi Panti Sosial Pamardi Putra Sehat Mandiri Yogyakarta. Dalam proses pelaksanaan program seluruh subjek tidak berkenan didokumentasikan melalui foto dan video, serta tidak memperkenalkan orang lain selain peneliti dan terapis untuk masuk ke ruang konsultasi, oleh sebab itu program dilaksanakan dengan *setting* yang dikondisikan jauh dari gangguan dan tertutup bagi staf PSPP-

Sehat Mandiri. Periode program terapi dimulai dari tanggal 24 Juni 2013 sampai dengan 3 Agustus 2013.

Hasil Analisis Kuantitatif

Dilakukan analisis U-Man Whitney untuk membandingkan ada tidaknya pengaruh program Terapi Kognitif perilaku yang diberikan kepada kelompok eksperimen dengan kelompok kontrol yang tidak diberikan terapi. Berdasarkan hasil analisis data yang telah dilakukan menunjukkan hasil sebagai berikut :

Pada Tabel 1, dapat dilihat data yang diperoleh dalam penelitian ini adalah skor *Alcohol and Drug Relapse Warning Scale*, dengan partisipan antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol.

Tabel 1. Skor *Alcohol and Drug Relapse Warning Scale*

Kelompok	Jumlah	Initial partisipan	Pre-Test	Post-Test	Gain
Eksperimen	4	B	115	124	-9
		C	77	90	-13
		F	114	94	20
		G	147	135	12
Kontrol	3	A	61	72	-11
		D	100	103	-3
		E	63	58	5

Kesimpulan, berdasarkan hasil dari penghitungan U-ManWhitney terlihat bahwa hipotesis ditolak ($U=5,000$; $p>0.05$; $Z= -,354$), hal ini berarti Tidak ada perbedaan yang signifikan antara perubahan kelompok eksperimen setelah diberikan terapi dengan kelompok kontrol yang tidak diberi terapi.

Berdasarkan hasil dari

perhitungan U-Man Whitney terlihat $U=5,000$; $p>0,05$. Hal ini berarti tidak ada perbedaan yang signifikan antara perubahan kelompok eksperimen setelah diberikan terapi dengan kelompok kontrol yang tidak diberi terapi. Dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan efek terapi dengan pendekatan konsep kognitif perilaku untuk mencegah *relapse* pada pengguna narkoba.

Dengan demikian hipotesis tidak terbukti.

Penelitian ini juga menggunakan Analisis statistik Wilcoxon signed ranks, guna mengetahui efektifitas dari suatu terapi dengan cara membandingkan skor subjek sebelum dan sesudah diberikan terapi. Selain itu dalam uji statistik Wilcoxon signed ranks, juga membantu peneliti melakukan analisis terhadap satu sampel dan sesuai dengan jumlah subjek dalam penelitian ini kelompok eksperimen, antara sebelum dan sesudah diberikan terapi dengan pendekatan konsep kognitif perilaku.

B. Pembahasan

Dalam penelitian ini, kelompok eksperimen terdiri dari 4 orang yang mengikuti program terapi hingga selesai. Keempat subjek melakukan pengisian pre- post test

adalah 7 orang, dimana termasuk dalam kategori *non parametric*.

Berdasarkan perhitungan Wilcoxon pada kelompok kontrol diperoleh hasil *Z score* $-,535$; $p>0,05$. Hal ini berarti tidak ada perbedaan yang signifikan pada kelompok kontrol antara *pre-test* dan *post-test*.

Berdasarkan hasil analisis statistik pada kelompok eksperimen, diperoleh hasil perhitungan *Z score* $-,365$; $p>0,05$. Hal tersebut berarti tidak ada perbedaan yang signifikan pada *Alcohol and Drug Relapse Warning Scale* sesuai dengan prosedur. Kelompok kontrol berjumlah 6 orang, 3 diantaranya tidak hadir dalam proses post-test.

Melalui penelitian ini, ada beberapa temuan yang cukup menarik untuk didiskusikan. Analisis dalam penelitian ini meliputi empat bahasan, yang meliputi penjelasan latar belakang

penggunaan dan ketergantungan pada narkoba, pemaknaan secara keseluruhan terhadap kondisi diri ataupun lingkungan terdekat yang terkait dan tindakan-tindakan apa saja yang digunakan dalam menyelesaikan masalah. Proses terapi dan hasil dari Terapi menggunakan pendekatan kognitif-perilaku. Hasil penelitian ini menampilkan bahasan analisis tiap partisipan dan antar partisipan. Dalam analisis, nama partisipan diganti dengan nama samaran untuk menjaga kerahasiaan semua partisipan.

Secara keseluruhan, hasil penelitian ini mengatakan tidak ada perbedaan yang signifikan dari terapi dengan pendekatan konsep kognitif perilaku untuk mencegah *relapse*. Bila ditinjau per individu dalam kelompok eksperimen, ada perbedaan reaksi terhadap terapi kognitif perilaku. Dua orang subjek mengalami penurunan

kecenderungan *relapse* yaitu subjek “F” dan “G”. Sebaliknya subjek eksperimen “B” dan “C” mengalami peningkatan kecenderungan *relapse*. Hal ini mungkin disebabkan karena Subjek “B” terkendala masalah naik turunnya kondisi medis akibat terinfeksi HIV-AIDS. Selain itu zat alkohol yang terus dikonsumsi selama proses terapi guna membantu menolong tubuhnya agar tetap terasa segar berdampak negatif pada proses kognitifnya. Kemudian kondisi semakin diperberat pada pertemuan keempat subjek karena hilangnya dukungan dari pacar yang memutuskan untuk berpisah dengan subjek. Pada pertengahan proses *treatment* tepatnya pada pertemuan ketiga subjek “C” mengalami kehilangan dukungan lingkungan terdekatnya yaitu atasan dalam bekerja, rekan seprofesinya, serta mengalami tekanan dari orang yang

dilayaninya dalam bekerja, hal tersebut tentu saja berpengaruh terhadap fokus subjek mengerjakan tugas-tugas, sehingga membuatnya mengalami hambatan dalam berjuang mencapai keberhasilan proses terapi.

Tinjauan lain yang dapat digunakan untuk memahami peningkatan kecenderungan *relapse* zat adiktif pada kelompok eksperimen adalah pendapat dari *Micmillin dan Rogers (1992)* yang mengemukakan bahwa kambuh merupakan kesalahan pengambilan keputusan yang dipengaruhi oleh emosi-emosi yang kuat. Klien menunjukkan respon yang berbeda terhadap tuntutan dari gangguan penyakit dan disitulah terletak perbedaan antara keberhasilan dan kegagalan. Klien yang tidak kambuh memperoleh dukungan dari keluarga atau orang-orang di lingkungan terdekatnya.

Keseluruhan subjek baik dari kelompok eksperimen maupun kelompok kontrol, terutama yang mengalami peningkatan kecenderungan kekambuhan penggunaan zat adiktif mengalami satu atau lebih hal yang menghambat proses kekambuhan sesuai dengan pendapat Rogers dan McMillin (1991 dan 1992) yaitu kurang atau tidak memenuhi petunjuk yang diberikan oleh petugas atau terapis, seperti keharusan untuk mengikuti program terapi rawat jalan setelah keluar dari program rehabilitasi, keluarga kurang mendukung rencana kesembuhan klien, mencoba menggunakan zat dengan dalih dapat mengendalikan, lingkungan resiko tinggi, masalah psikiatris, masalah medis yang muncul bersamaan, dan melakukan kesalahan pengambilan keputusan yang dipengaruhi oleh emosi-emosi yang kuat.

Kelemahan-kelemahan yang dihadapi oleh peneliti dan merupakan keterbatasan penelitian adalah faktor-faktor yang tidak dapat dikontrol, yaitu :

a. Faktor psikologis yang meliputi peristiwa emosional yang muncul di pertengahan proses terapi sebagai akibat dari tekanan dari lingkungan terdekatnya (keluarga, pacar, rekan kerja, dan kelompok sebayanya).

b. Kesulitan dalam mengontrol penggunaan terhadap zat adiktif tertentu selama proses terapi, sehingga zat-zat adiktif yang dikonsumsi berpengaruh terhadap tidak maksimalnya pengaruh terapi yang telah diberikan, bahkan terdapat beberapa subjek yang mengalami peningkatan kecenderungan kekambuhan.

c. Tidak adanya karantina terhadap subjek, sehingga sulit untuk mengontrol pengaruh lingkungan dan kemungkinan subjek kembali

mengonsumsi narkoba

d. Jumlah pertemuan yang dipadatkan sehingga mempersempit waktu subjek dalam berlatih dan menerapkan ketrampilan yang dipelajari karena harus segera menyesuaikan dengan cepat materi proses terapi yang baru. Menurut BNN (2008), Terapi kognitif Perilaku untuk mencegah *relapse* dilakukan hingga 20 sesi. Dalam penelitian ini mengenai efektifitas terapi kognitif perilaku yang dilakukan, waktu pertemuan yang bisa diberikan hanya terbatas hingga 8 sesi pertemuan. Waktu yang terbatas menyebabkan hasil terapi dengan pendekatan konsep kognitif perilaku menjadi kurang optimal dan efektif.

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang dilakukan oleh peneliti, maka dapat ditarik kesimpulan

bahwa dalam penelitian ini Terapi dengan Pendekatan Konsep Kognitif Perilaku kurang efektif untuk mencegah *relapse* pada penyalah guna narkoba.

B. Saran

Bagi Peneliti Selanjutnya dan Terapis

a. Alokasi waktu pelatihan yang lebih lama dan penambahan jumlah pertemuan, sehingga penyampaian materi bisa lebih efektif.

b. Jika jumlah pertemuan tetap delapan kali seperti pada penelitian ini, sebaiknya kontrol terhadap faktor eksternal subjek ditingkatkan.

c. Pelaksanaan karantina subjek untuk meminimalisir faktor eksternal yang memengaruhi jalannya terapi

d. Menyarankan melakukan Terapi dengan Pendekatan Konsep Kognitif Perilaku pada *resident* yang berada pada Tahap *Re-Entry*

DAFTAR PUSTAKA

- Adelekan, M.L., & Lawal, R.A. (2006). Drug use and HIV infection in Nigeria: a review of recent findings. *African Journal of Drug & Alcohol Studies*, 5(2),118-129.
- BNN. (2009). *Panduan Pelayanan Psikologi Di OSC-ORC-CBU*. Pusat Terapi dan Rehabilitasi Badan Narkotika Nasional Republik Indonesia: Jakarta
- BNN. (2008). *Terapi Rehabilitasi Komprehensif Bagi Pecandu Narkoba Dilihat Dari Sisi Psikososial*. Pusat Terapi dan Rehabilitasi Badan Narkotika Nasional Republik Indonesia: Jakarta
- Bishop, G. (1994). *Integrating Mind and Body Health Psychology*.
- Bennett, G. (1989). *Treating Drug Abuser*. Routledge: Britis
- Carrol, M. Kathleen (1998). *A Cognitive Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction*
- Colombo Plan Drugs Advisory Programme. (2005) *Management of Drug*

- Treatment and Rehabilitation Programmes in Asia.* Colombo Plan
- Carrol, Kathleen. M. ; Ball, Samuel. A ; Martino, Steve ; Nich, Charia ; Babuscio, Theresa. A ; Nuro, Kathryn. F ; Gordon, Mellisa. A ; Portnoy, Gallina. A ; Rounsaville, Bruce. J. (2008). *Computer-Assisted Delivery of Cognitive- Behavioral Therapy for Addiction: Randomized Trial of CBT4CBT.* Journal of National Institutes of Health: 165(7): 881-888
- Christian, M. (2005). *Jinakkan stress.* Bandung: Nexx Media
- Smet, Bart. (1994). *Psikologi kesehatan.* Jakarta: Gramedia.
- Davison, G.C.; Neale, J.M.; Kring, A.M. (2006). *Psikologi Abnormal.* Ed.9 Jakarta: PT. RajaGrafindo Persada.
- Gathchel, R. (1989). *An Introduction To Health Psychology.* Singapore Bishop
- Gorski, Terence. T and Kelley, John. M. (tth). *Counselor's Manual for Relapse Prevention With Chemically Dependent Criminal Offenders.* U.S. Department of Health and Human Services
- <http://id.wikipedia.org/wiki/Konflik>
- http://www.sioloon.com/t8577_tekanan-mental
- Karoly. P. (1985). *Measurement Strategies In Health Psychology.* Simultaneously: Canada
- Kathleen M. Carroll. (2009). *Therapy Manuals For Drug Addiction.* America: National Institute on Drug Abuse
- Kirkendall, Ellen. (2002). *Cognitive Behavioral therapy for cocaine addiction to improve antiretroviral medication adherence in HIV-positive patients.* Columbia University Collge of Physicians and Surgeons Vol: VI, 2001-2002
- Kadden, Ronald. M. (tth). *Cognitive-Behavioral Therapy for Substance Dependence: Coping Skills Training.* Department Psychiatry: University of Connecticut School of Medecine Farmington
- Halgin, Richard. P dan Whitbourne,

- Susan Krauss. (2011). *Psikologi Abnormal : Perspektif Klinis pada Gangguan Psikologis*. Jakarta : Salemba Humanika
- Latipun. (2002) *Psikologi Eksperimen*. Malang : UMM Press
- Larimer, M. E ; Palmer, R.S ; Marlatt, A. (1999) *Relapse Prevention with Cognitive Behavioral Therapy*. Vol. 23, No 2
- Martono dan Joewana. (2006a). *Membantu Pemulihan Pecandu Narkoba dan Keluarganya*. Jakarta: Balai Pustaka
- Martono dan Joewana. (2006b) *Modul Latihan Pemulihan Pecandu Narkoba Berbasis Masyarakat*. Jakarta: Balai Pustaka
- McLeod, J. (2006). *Pengantar Konseling: Teori Dan Studi Kasus*. Ed.3. Jakarta: Prenada Media Group.
- McHugh, R. Kathryn; Hearon, Bridget. A; W. Otto, Michael. (2010). *Cognitive- Behavioral Therapy for Substance Use Disorders*. National Institutes of Health, 33(3): 511-525
- Marlatt Alan, G dan Katie, Witkiewitz. (2004). *Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems*. Journal of American Psychologist: University of Washington: Vol. 59, No 4, 224-235
- Marlatt, Alan. G and George, Williauw. H. (1984). *Relapse Prevention: Introduction and Overview of the Model*. British Journal of Addiction: 79, 261-273
- Marlatt, Alan. G dan Gordon, J. R. (Eds.) (1985). *Relapse Prevention*. New York: Guilford Press
- Marlatt, Alan, G ; Parks, George. A ; and Witkiewitz, Katie. (2002). *Clinical Guidelines for Implementing Relapse Prevention Therapy*. Department of Psychology :University of Washington
- Monica S, Denise, Elizabeth, Isildinha, Michael. (2010). *Cognitive-Behavioral Therapy to Promote Smoking Cessation Among African American Smoker: A Randomized Clinical Trial*.

- Journal of Consulting and Clinical Psychology: Vol. 78, No. 1, 24-33
- Magill and Ray. (2009). *Cognitive-Behavioral Treatment With Adult Alcohol and Illicit Drug Users: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials*. Department Psychology: University of California at Los Angeles; 70: 516-527
- Macgowan, Mark. J dan Engle, Bretton. (2010). *Evidence for Optimism: Behaviour Therapies and Motivational Interviewing in Adolescent Substance Abuse Treatment*. Journal of National Institute of Health: 19(3): 527-545
- Nevid, J.S.; Rathus, S.A.; Greene, B. (2005). *Psikologi Abnormal*. Jil.1&2. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- O'Donohue, William ; Fisher, Jane. E ; Hayes, Steven. C. (2003). *Cognitive Behavioral Therapy: Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice*. Simultaneously: canada
- Oemarjoedi, A.K. (2003). *Pendekatan Cognitive Behaviour dalam Psikoterapi*. Ed.1.Jakarta: Penerbit Kreatif Media.
- Pinel, John. P. J. (2009). *BIOPSIKOLOGI*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Prasetyo, E ; Alfianto, S ; Wibowo, R. (2010). *Materi dan Terapi Rehabilitasi*. Panti Sosial Pamardi Putra (PSPP) Purwomartani, Kalasan, Sleman, Yogyakarta.
- Priharani, U. A. (2004). *Gambaran Proses Grieving Dan Cara Coping Pada Orang Dewasa Muda Yang Mengalami Putus Cinta*. Depok: Fakultas Psikologi Universitas Indonesia. Tidak Dipublikasikan
- Reber, Arthur. S dan Reber, Emily. S. (2010). *Kamus Psikologi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Rogers, R.L; and McMillin, C.S.1991. Relapse Traps. *How to Avoid The Most Common Pitfalls in Recovery*. New York: The Philip Lief Group , Inc. 9-12;60-61; 61-62.
- Rich, P., & Copans, S. (2000). *The*

- healing journey through addiction: Your Journal for recovery and self renewal.* New York: John Wiley & Sons.
- Rich, P., & Copans, S. (2000). *The healing journey through addiction: Your Journal for recovery and self renewal.* New York: John Wiley & Sons.
- Setyorini, D dan Wibhowo, C. (2008). *Pengantar Psikologi Eksperimen.* Universitas Katolik Soegijapranata : Semarang
- Soeliman, Holil. (2006). *Kamus Narkoba.* BNN : Jakarta
- Somar, Lambertus. (2001). *Kambuh Relapse: Sudut Pandang bagi Mantan Pecandu Narkoba.* Jakarta: PT. Gramedia Widiasarana Indonesia
- Stallard, P. 2004. *Think Good-Feel Good : A Cognitive Therapy Workbook for Children and Young People.* West Sussex: John Wiley and Sons Ltd.
- Teasdale, Scott, Moore, dkk. (2001). *Bagaimana Cognitive Therapy mencegah Relapse pada Depresi Residual ?* Vol. 69, No 3, 347-357
- Taylor, S. E. (2006). *Health Psychology.* (6th. Ed). Singapore: Mc. Graw Hill Book Company.
- Waldron dan Kaminer. (2004). *On the Learning Curve: The Emerging Evidence Supporting Cognitive-Behavioral Therapies for Adolescent Substance Abuse.* National Institute of Health: 99 (Suppl 2): 93-105
- Witkiewitz, Katie dan Marlatt, Alan. G. (tth). *Overview of Relapse Prevention.* Departement of Psychology University of Illinois at Chicago and Department of Psychology University of Washington Seattle
- Wooley, James B . (2006). *Improving Outcomes and Preventing Relapse in Cognitive Behavioral Therapy.* The British Journal of Psychiatry Vol. 189, No 473-475
- Zarb, J. (2007). *Developmental Cognitive Behavioral Therapy with Adults.* Taylor and

Francis group: New York

_____. (2007). *Leader's Guide:
Cognitive Behavioral and
Relapse Prevention Strategies.*

United Nations office on Drug
and Crime.