

BAB II

KAJIAN KONSEPTUAL

2.1 Penelitian Terdahulu

Dasar atau acuan yang berupa teori-teori atau temuan-temuan melalui hasil berbagai penelitian sebelumnya merupakan hal yang perlu dan dapat dijadikan sebagai data pendukung. Dalam hal ini, peneliti mengangkat beberapa penelitian sebagai referensi dalam memperkaya bahan kajian pada penelitian yang dilakukan. Fokus penelitian terdahulu yang dijadikan acuan adalah terkait pencegahan *relapse*. Adapun penelitian-penelitian tersebut, yaitu:

2.1.1 Yelsa, Nabilla Puteri. 2019. “Kecenderungan *Relapse* Korban Penyalahgunaan NAPZA Di Yayasan Serba Bhakti: Pondok Inabah Kabupaten Tasikmalaya”, Skripsi, Politeknik Kesejahteraan Sosial Bandung.

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan metode deskriptif. Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran mengenai Kecenderungan *Relapse* Korban Penyalahgunaan NAPZA di Yayasan Serba Bhakti: Pondok Inabah Kabupaten Tasikmalaya. Penentuan responden menggunakan teknik sensus dengan jumlah 64 responden yang merupakan klien Pondok Inabah yang hampir menyelesaikan program pemulihannya. Teknik pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini pemberian angket, studi dokumentasi, dan observasi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 33 orang korban penyalahguna NAPZA memiliki tingkat kecenderungan *relapse* sedang, akan tetapi adanya

kecenderungan relapse yang ditunjukkan belum sesuai dengan kriteria yang diharapkan yaitu aspek *emotionally problem* dan *insight into one's drug problem*. Berdasarkan hasil tersebut ditemukan bahwa 51,56% responden masih memiliki permasalahan emosional dan belum memiliki pengetahuan akan permasalahan yang akan timbul dari penggunaan NAPZA yang dapat berpengaruh pada kemungkinan terjadinya relapse. Program yang direkomendasikan oleh peneliti adalah “Workshop Pencegahan Relapse Korban Penyalahguna NAPZA melalui Self Help Group”.

2.1.2 Putri, Intan Agitha. 2018 “Hubungan Antara *Self Efficacy* dan Kecenderungan *Relapse* Pada Pecandu Narkoba Yang Menjalani Rehabilitasi”, Skripsi, Universitas Islam Indonesia.

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan teknik pengumpulan data menggunakan skala yaitu skala kecenderungan *relapse* dan skala *self efficacy*. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui adanya hubungan antara *self efficacy* dan kecenderungan *relapse* pada pecandu narkoba yang menjalani rehabilitasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara *self efficacy* dan kecenderungan *relapse* pada pecandu narkoba yang menjalani rehabilitasi, dengan arah hubungan negatif, dimana semakin tinggi *self efficacy* pada pecandu narkoba maka akan semakin rendah kecenderungan *relapse* yang akan dialami oleh pecandu narkoba. Sebaliknya, semakin rendah *self efficacy* maka akan semakin tinggi tingkat kecenderungan *relapse* yang dimiliki oleh pecandu narkoba.

2.1.3 Pratiidina, Tri Sakti. 2016. Rehabilitasi Sosial Korban Penyalahguna NAPZA di Panti Rehabilitasi Kejiwaan dan Narkoba Yayasan Penuai Indonesia Cianjur Jawa Barat. Poltekesos Bandung

Penelitian dilakukan untuk memperoleh gambaran tentang intervensi pekerjaan sosial pada korban penyalahguna NAPZA di Panti Rehabilitasi Kejiwaan dan Narkoba Yayasan Penuai Indonesia Cianjur Jawa Barat. Aspek yang diteliti meliputi kesepakatan, kontak, kontrak, asesmen, rencana intervensi, intervensi, evaluasi, dan terminasi yang dilakukan oleh pekerja sosial maupun konselor pada korban penyalahguna NAPZA di Panti Rehabilitasi Sosial Kejiwaan dan Narkoba Yayasan Penuai Indonesia.

Metode penelitian yang digunakan adalah deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Penentuan informan dipilih berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan. Teknik pengumpulan data menggunakan wawancara mendalam, observasi, dan dokumentasi. Teknik pemeriksaan keabsahan data menggunakan perpanjangan keikutsertaan, ketekunan pengamatan, triangulasi, kecukupan referensial. Adapun teknik analisis data menggunakan pemrosesan, kategorisasi, dan penafsiran data.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rehabilitasi sosial di Panti Rehabilitasi Kejiwaan dan Narkoba Yayasan Penuai Indonesia sudah cukup baik. Terungkap permasalahan bahwa pekerja sosial sebagai salah satu profesi utama dalam penyalahguna NAPZA belum diberikan kesempatan oleh pihak lembaga untuk dapat menangani klien secara langsung. Pekerja sosial dianggap sebagai profesi baru dalam menangani korban penyalahguna NAPZA, sehingga pengalaman dan pengetahuan yang dimiliki masih kurang. Program yang

disarankan oleh peneliti adalah “Program Peningkatan Kompetensi Pekerja Sosial dan Konselor Adiksi melalui *Educational Group*”.

Berdasarkan dari ketiga penelitian terdahulu, terdapat perbedaan dan persamaan dengan penelitian yang akan peneliti lakukan, diantaranya:

Tabel 2.1 Penelitian Terdahulu

No.	Peneliti	Tahun	Judul Peneliti	Persamaan	Perbedaan
1.	Nabilla Puteri Yelsa	2019	Kecenderungan <i>Relapse</i> Korban Penyalahgunaan NAPZA di Yayasan Serba Bhakti: Pondok Inabah Kabupaten Tasikmalaya	Memiliki subjek penelitian yang sama yaitu korban penyalahgunaan NAPZA	Lokasi penelitian dan variabel penelitian
2.	Intan Agitha Putri	2018	Hubungan Antara <i>Self Efficacy</i> dan Kecenderungan <i>Relapse</i> Pada Pecandu Narkoba Yang Menjalani Rehabilitasi	Memiliki subjek penelitian yang sama yaitu korban penyalahgunaan NAPZA	Lokasi penelitian dan variabel penelitian
3.	Tri Sakti Pratidina	2016	Rehabilitasi Sosial Korban Penyalahguna NAPZA di Panti Rehabilitasi Kejiwaan dan Narkoba Yayasan Penuai Indonesia Cianjur	Lokasi penelitian yaitu Yayasan Penuai Indonesia dan subjek penelitian yaitu Korban Penyalahguna NAPZA	Variabel penelitian yaitu Rehabilitasi Sosial

Penelitian mengenai “Pencegahan *Relapse* Korban Penyalahgunaan NAPZA” merupakan ide penelitian yang masih faktual dan sesuai dengan permasalahan utama yang terjadi khususnya pada lingkup bidang adiksi/NAPZA. Pembahasan

mengenai rehabilitasi sosial sudah terlalu banyak, akan tetapi pembahasan mengenai pencegahan sebelum terjadinya kekambuhan (*relapse*) masih jarang diidentifikasi apa yang sebenarnya harus dilakukan oleh korban penyalahgunaan NAPZA untuk kembali terhindarkan dari narkoba setelah masa *abstinence*. Pembaruan dari penelitian mengenai pencegahan *relapse* korban penyalahgunaan NAPZA adalah penelitian ini mengidentifikasi mengenai upaya-upaya yang harus dilakukan oleh korban penyalahgunaan NAPZA dengan metode penelitian kualitatif dan pendekatan deskriptif. Pemilihan metode penelitian kualitatif dilakukan untuk menganalisis lebih dalam mengenai upaya yang harus dilakukan oleh korban penyalahgunaan NAPZA untuk menghindari terjadinya *relapse* setelah melewati masa rehabilitasi.

2.2 Teori yang Relevan dengan Penelitian

2.2.1 Tinjauan Tentang Pencegahan

2.2.1.1 Pengertian Pencegahan

Pencegahan adalah pendekatan, prosedur, dan metode yang dibuat untuk meningkatkan kompetensi interpersonal seseorang dan fungsinya sebagai individu, pasangan, dan sebagai orang tua. Pencegahan juga bisa didefinisikan sebagai proses, cara, tindakan menahan agar sesuatu tidak terjadi. Yunita dalam L. Abate (1990:10)

Menurut Oktavia (2013) upaya pencegahan adalah sebuah usaha yang dilakukan individu dalam mencegah terjadinya sesuatu yang tidak diinginkan. Berdasarkan beberapa pengertian tersebut, peneliti menyimpulkan mengenai upaya pencegahan yaitu tindakan yang dilakukan sebelum sesuatu terjadi. Hal

tersebut dilakukan karena sesuatu tersebut merupakan hal yang dapat merusak ataupun merugikan.

Berdasarkan beberapa pengertian diatas maka peneliti mengambil kesimpulan bahwa pencegahan adalah perbuatan menahan yang dilakukan oleh individu agar suatu peristiwa tidak terjadi.

2.2.1.2 Aspek-aspek Pencegahan

Menurut Johnson, Sharon L. (2003) bahwa ada beberapa aspek yang bisa menjadi faktor utama pencegahan khususnya dalam kasus *relapse* yang terjadi pada korban penyalahgunaan NAPZA yaitu :

1. Meningkatkan perilaku sehat
2. Mengambil keputusan yang baik
3. Peran lingkungan sekitar

Ketiga aspek diatas dijabarkan dalam beberapa sub-poin yang melingkupi kebiasaan individu untuk terhindar kembali dari kekambuhan akibat penyalahgunaan narkoba.

2.2.2 Tinjauan Tentang Kekambuhan (Relapse)

2.2.2.1 Pengertian Kekambuhan (*Relapse*)

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

relapse merupakan penggunaan kembali narkoba dengan frekuensi berulang atau lebih dari satu kali setelah masa berhenti dari penggunaan.

Chong dan Lopez (2007) mengemukakan bahwa *relapse* merupakan penggunaan kembali obat-obatan, khususnya narkoba dalam jangka waktu tertentu setelah menyelesaikan pengobatan atau rehabilitasi. Berdasarkan teori perubahan perilaku *Stage of Change Theory* juga menyatakan bahwa *relapse* atau tahap kambuh merupakan perubahan perilaku seseorang kembali pada perilaku yang beresiko atau kurang aman yang dilakukan sebelumnya.

Selain itu, dalam kamus Badan Narkotika Nasional (2007) dijelaskan bahwa *relapse* adalah masa dimana pengguna kembali memakai narkoba yang merupakan kejadian paling akhir dalam suatu rangkaian panjang, yakni berupa respons kegagalan beradaptasi (*maladaptive*) terhadap stressor atau stimuli internal dan eksternal. Pada kondisi tersebut pecandu menjadi tidak mampu menghadapi kehidupan secara wajar. *Relapse* dapat timbul karena pecandu dipengaruhi kejadian masa lampau baik secara psikologis maupun fisik. *Lapse* dan *relapse* biasanya dipicu suatu dorongan yang demikian kuat (*craving*). Marlatt dan Gordon (Larimer, dkk. 1999) menjelaskan bahwa *relapse* merupakan proses dimana pecandu kembali menggunakan narkoba setelah melewati periode *abstinence* selama menjalani proses rehabilitasi. *Relapse* diasumsikan sebagai kegagalan individu dalam cobaan untuk mengubah perilaku selama proses pemulihan. Hal tersebut sejalan dengan pertanyaan yang diungkapkan Gorski dan Miller (1986) bahwa *relapse* merupakan suatu proses kompleks yang melibatkan faktor biologis, psikologis, dan hubungan sosial.

2.2.2.2. Aspek-aspek Terjadinya Kekambuhan (*relapse*)

Marlatt dan Gordon (Larmier, dkk. 1999) juga menjelaskan bahwa secara garis besar penyebab terjadinya *relapse* dapat digolongkan menjadi faktor internal dan eksternal, faktor-faktor tersebut diantaranya, yaitu:

1. Faktor Internal

Faktor internal yang diketahui memiliki pengaruh terhadap terjadinya *relapse* yakni efikasi diri, motivasi, *craving*, *coping*, *emotional states*, dan *outcome expectancies*.

2. Faktor Eksternal

Faktor eksternal yang berpengaruh terhadap terjadinya *relapse* yaitu adanya konflik interpersonal atau tekanan sosial, peran dukungan sosial, dan sejarah keluarga.

2.2.2.3 Proses dan Tahapan Terjadinya *Relapse*

Menurut Gorski dan Miller dalam Nasution, Zulkarnain (2014) mengidentifikasi ada 10 tahapan dalam proses terjadinya *relapse* berikut ini adalah tahapannya:

1. Proses Pertama : Melakukan penolakan kembali. Mantan pecandu narkoba akan memberikan penolakan terhadap perasaan yang mereka miliki atau keberadaan mereka sendiri dan mulai merasa bahwa ia mungkin tidak memerlukan proses penyembuhan atau pemuliahn bahkan proses resosialisasinya semua berjalan dengan baik.
2. Proses Kedua : Perilaku menghindari dan defensif. Dalam proses ini mantan pecandu narkoba akan :

- 1) Mulai menyingkir dan malas untuk menghadiri pertemuan untuk penyembuhan
 - 2) Timbul keyakinan dan perasaan bahwa program penyembuhan sebenarnya tidak diperlukan bahkan percuma karena membuang waktu
 - 3) Kembali perilaku dan kebiasaan lama, seperti baru masuk proses penyembuhan
3. Proses Ketiga : Membangun dan mengembangkan terjadinya krisis
- 1) Mantan pecandu narkoba mulai menutup diri dari pergaulan dengan orang lain
 - 2) Mengembangkan visi “kacamata kuda” artinya melihat sesuatu hanya dari sebagian kecil aspek, tidak dalam gambaran utuh dan cenderung subjektif
 - 3) Ilusi bahwa segala sesuatunya berjalan dengan baik dan normal, padahal dalam kenyataan berjalan sebaliknya
 - 4) Mulai membuat rencana kehidupan dan keinginan hanya berdasarkan angan-angan dan khayalan, jauh dari pemikiran dan pertimbangan yang realistis
4. Proses Keempat : Immobilisasi (tidak bergerak dari kehidupannya sekarang)
- 1) Angan-angan dan khayalan semakin meningkat. Terkadang sering menggunakan ungkapan “seandainya saja” dalam setiap percakapannya.
 - 2) Berkhayal tentang hidup yang bahagia, tanpa mampu mengidentifikasi apa yang dapat dan harus dilakukannya agar hidup bahagia.
5. Proses Kelima : Bingung dan reaksi berlebihan
- 1) Cepat tersinggung

- 2) Mudah sensitif dan memberikan reaksi yang berlebihan terhadap hal-hal kecil atau sepele
 - 3) Mudah marah dan frustrasi
6. Proses Keenam : Depresi
- 1) Intensitas depresi meningkat dengan kemauan dan berfikir untuk memakai kembali korban bahkan ingin bunuh diri
 - 2) Mulai tidak mampu melaksanakan aktivitas secara normal seperti biasanya
 - 3) Pola makan dan tidur mulai tidak teratur
7. Proses Ketujuh : Perilaku lepas kendali
- 1) Mulai mengembangkan sikap masa bodoh, tidak peduli atau cuek
 - 2) Cepat menjadi panik
 - 3) Tidak puas dengan segala hal
8. Proses Kedelapan : Mengakui bahwa perilakunya lepas kendali
- 1) Merasa menyesal dan menyatakan permohonan maaf atas kesalahannya kepada orang lain
 - 2) Sering menunjukkan perilaku “memelas”, minta belas kasihan untuk mendapatkan simpati dari anggota keluarga dan teman-temannya
 - 3) Merasa dapat memakai kembali narkoba pada situasi atau kebiasaan sosial, tanpa merasa bahwa ia tengah memiliki masalah yang banyak
9. Proses Kesembilan : Opsi atau pilihan mengurangi narkoba
- 1) Meyakini bahwa tidak ada bantuan atau pertolongan bagi ia yang menggunakan narkoba
 - 2) Merasa kesepian, frustrasi, dan marah

3) Makin sulit mengendalikan emosi, pikiran dan perasaannya

10. Proses Kesepuluh : Mengalami *relapse* yang akut

- 1) Semakin merasa malu dan merasa bersalah
- 2) Berupaya menghindari kenyataan bahwa ia telah *relapse*
- 3) Dalam waktu singkat dan cepat kembali kecanduan menggunakan narkoba dalam ukuran dan tingkat yang sama pada saat sebelum pemulihan

2.2.2.4 Faktor Kecenderungan *Relapse*

Menurut Marlatt dan Gordon dalam Jhonson, Sharon L (2003:271) terdapat tujuh faktor individu mengalami *relapse* diantaranya adalah:

1. Pengaruh *mood*/perasaan: keadaan *mood* yang negatif dapat dikaitkan dengan kambuh (kemarahan, kecemasan, kebosanan, depresi, kekosongan, rasa bersalah, dan kesepian). Kadang-kadang gejala-gejala ini adalah efek dari gangguan psikiatri.
2. Perilaku: Kurangnya keterampilan dalam mengatasi masalah sosial dan pribadi.
3. Kognitif: Kurangnya fungsi kognitif, sikap, keyakinan, dan harapan.
4. Eksternal (hubungan lingkungan): Perubahan kehidupan, konflik interpersonal, kurangnya keterampilan sosial (mendengarkan, membuka diri, ekspresi perasaan, negosiasi konflik), pengaturan hidup, tekanan sosial tidak langsung, substansi ketersediaan, dan jaringan sosial negatif.
5. Fisiologis: penyakit kronis, keinginan fisik, penyakit akut yang berkepanjangan.

6. Faktor kejiwaan-psikologis: Gangguan kepribadian, penyakit kejiwaan, masalah psikologis, kecanduan, masalah dengan kontrol syaraf, atau riwayat pelecehan (fisik, seksual, emosional, verbal).
7. Spiritualitas: Kurangnya makna-tujuan dalam hidup, kekosongan, kurangnya hubungan dengan orang lain, perasaan bersalah atau malu yang berlebihan.

2.2.2.5 Pencegahan *Relapse*

Menurut Johnson, Sharon : (2003:142) pencegahan adalah:

“Prevention refers to the activities or factors that (preferably) prevent the onset of substance use or decrease-stabilize those currently using substances. Therefore, the goal of prevention is to promote healthy behaviors, decisions, and environments that will prevent, reduce, or eliminate the problematic use of substances”

Berdasarkan pengertian diatas, dijelaskan bahwa pencegahan adalah kegiatan atau faktor yang (sebaiknya) dilakukan untuk mencegah timbulnya penggunaan zat atau mengurangi dan menstabilkan kondisi seseorang yang sedang menggunakan zat. Karena itu, tujuan pencegahan adalah untuk melakukan perilaku sehat, mengambil keputusan, dan peran lingkungan yang akan mencegah, mengurangi, atau menghilangkan masalah penggunaan zat.

Menurut Peraturan Menteri Sosial Nomor 26 Tahun 2012 tentang Standar Rehabilitasi Sosial Korban Penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya di dalam pasal 8 menyebutkan bahwa terdapat pencegahan penyalahgunaan NAPZA yang meliputi primer, sekunder, dan tersier. Yang dimaksud pencegahan primer merupakan upaya pencegahan yang dilakukan terhadap pengguna agar tidak mengalami ketergantungan terhadap NAPZA. Sedangkan pencegahan tersier merupakan upaya pencegahan terhadap pengguna

yang sudah pulih dari ketergantungan NAPZA setelah menjalani rehabilitasi sosial agar tidak mengalami kekambuhan.

Menurut BNN (2006) pencegahan penyalahgunaan narkoba adalah segala upaya tindakan untuk menghindarkan orang memulai penggunaan narkoba dengan menjalankan cara hidup sehat serta mengubah kondisi lingkungan yang memungkinkan orang terjangkit penyalahgunaan narkoba.

Berdasarkan beberapa konsep pencegahan diatas dapat disimpulkan bahwa konsep pencegahan mempunyai tujuan yang sama yaitu untuk mengurangi pemakaian NAPZA di berbagai kalangan dan menjauhkan korban penyalahguna agar tidak memakai kembali NAPZA. Pencegahan NAPZA dapat dilakukan kepada orang yang belum memakai, sudah memakai tetapi belum ketergantungan dan kepada orang yang sudah sembuh agar tidak ketergantungan kembali. Pencegahan harus dilakukan untuk menghindari penggunaan NAPZA yang sangat berbahaya bagi kesehatan fisik maupun kesehatan jiwa.

1. Tujuan Pencegahan *Relapse*

Menurut Johnson, Sharon L. (2003:142) tujuan pencegahan adalah untuk melakukan perilaku sehat, mengambil keputusan, dan peran lingkungan yang akan mencegah, mengurangi, atau menghilangkan masalah penggunaan zat.

Berikut adalah penjelasan tujuan pencegahan *relapse*:

1) Perilaku sehat

Menurut Skinner dalam Notoatmodjo (2014:23) perilaku kesehatan adalah respons seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sehat-

sakit, penyakit, dan faktor-faktor yang mempengaruhi sehat-sakit (kesehatan) seperti lingkungan, makanan, minuman dan pelayanan kesehatan. Penjelasan lain bahwa perilaku sehat adalah semua aktivitas atau kegiatan seseorang baik yang dapat diamati maupun yang tidak dapat diamati yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Pemeliharaan kesehatan ini mencakup mencegah atau melindungi diri dari penyakit dan masalah kesehatan lain, meningkatkan kesehatan dan mencari penyembuhan apabila sakit atau terkena masalah kesehatan. Menurut Becker dalam Notoatmodjo (2014:24) perilaku sehat adalah perilaku-perilaku atau kegiatan-kegiatan yang berkaitan dengan upaya mempertahankan dan meningkatkan kesehatan antara lain:

- (1) Makan dengan gizi seimbang. Gizi seimbang di sini adalah pola makan sehari-hari yang memenuhi kebutuhan nutrisi yang memenuhi kebutuhan tubuh baik secara jumlahnya (kuantitas) maupun jenisnya (kualitas).
- (2) Kegiatan fisik secara teratur dan cukup. Kegiatan fisik disini tidak harus olahraga. Bagi seseorang yang pekerjaannya memang sudah memenuhi gerakan-gerakan fisik secara rutin dan teratur, sebenarnya sudah dapat dikategorikan berolahraga.
- (3) Tidak merokok dan minum-minuman keras serta menggunakan narkoba. Merokok adalah kebiasaan yang tidak sehat, namun di Indonesia jumlah perokok cenderung meningkat. Hampir 50% pria dewasa di Indonesia adalah perokok. Sedangkan minum-minuman keras dan penggunaan narkoba meskipun masih rendah tetapi juga makin meningkat.

(4) Istirahat yang cukup. Hal ini bukan saja berguna untuk memelihara keadaan fisik, tetapi juga untuk kesehatan mental. Dengan berkembangnya IPTEK dewasa ini, juga memacu orang untuk meningkatkan kehidupannya, baik di bidang sosial dan ekonomi, yang akhirnya mendorong orang bersangkutan untuk bekerja keras, tanpa menghiraukan beban fisik dan mentalnya. Istirahat yang cukup adalah kebutuhan dasar manusia untuk mempertahankan kesehatan seseorang.

(5) Pengendalian atau manajemen stress. Stress adalah bagian dari kehidupan setiap orang, tanpa pandang bulu. Semua orang terlepas dari tingkat sosial, ekonomi, jabatan atau kedudukan, dan sebagainya mengalami stress. Stress tidak dapat dihindari oleh siapa saja, namun yang dapat dilakukan adalah mengatasi, mengendalikan atau mengelola stress tersebut agar tidak mengakibatkan gangguan kesehatan baik kesehatan fisik maupun kesehatan mental.

(6) Perilaku atau gaya hidup positif yang lain untuk kesehatan, yang intinya adalah tindakan atau perilaku seseorang agar dapat terhindar dari berbagai macam penyakit dan masalah kesehatan, termasuk perilaku untuk meningkatkan kesehatan.

2) Pengambilan Keputusan

Menurut Jhonson Sharon, L. (2003:567) pengambilan keputusan adalah keterampilan seseorang yang dapat membantu membuat pilihan yang perlu dan tepat untuk diri sendiri. Pengambilan keputusan merupakan proses aktif yang mengharuskan seseorang bertanggung jawab pada diri sendiri, kehidupannya

dan kebahagiaannya. Orang yang pandai membuat keputusan adalah orang yang mempunyai kepercayaan diri yang berasal dari mengetahui bagaimana membuat pilihan yang baik dalam hidup mereka. Oleh karena itu, seseorang dapat membuat perubahan dan belajar cara-cara baru untuk memikirkan hal-hal baru dan melakukan perilaku baru. Membuat upaya sadar untuk memikirkan keputusan yang dibuat tidak peduli dengan seberapa kecil keinginan itu hanya perlu meningkatkan kesadaran, membantu menghubungkan konsekuensi dengan pilihan, memperkuat upaya dan mengurangi penggunaan pertahanan seperti meminimalkan, merasionalisasi, dan membenarkan. Tahap membuat keputusan adalah sebagai berikut:

- (1) Isolasi masalah. Dalam melihat masalah tidak hanya di permukaan saja melainkan mencoba untuk memahami masalah yang mendasarinya yang sebenarnya bisa menjadi sumber dari masalah. Tinjaulah semua faktor yang terkait dengan penggunaan zat terhadap, seperti : orang, tempat, keadaan emosional, dan situasi. Semakin banyak pilihan yang dimiliki, semakin baik kesempatan untuk membuat pilihan terbaik.
- (2) Putuskan untuk mengambil tindakan. Setelah mengisolasi masalahnya, langkah selanjutnya adalah memutuskan apakah perlu mengambil tindakan sekarang atau tidak. Terkadang tindakan terbaik adalah tidak melakukan hal apapun. Namun, ada perbedaan antara antara membuat pilihan untuk tidak dilakukan dan penundaan atau menghindari situasi yang tidak nyaman. Tanyakanlah pada diri anda “apa yang saya lakukan” dan “mengapa saya melakukannya?”

- (3) Kumpulkan sumber daya. Idealnya, yang terbaik adalah mengumpulkan sebanyak mungkin informasi tentang situasi yang dialami. Tuliskan tentang masalah ini untuk mengklarifikasi dan membicarakan tentang hal tersebut dengan sistem sumber, terapis, dan/atau anggota lain dari sistem pendukung pemulihan. Mengumpulkan informasi bisa menjadi cara untuk menunda pengambilan tindakan berdasarkan pendapat bahwa anda tidak memiliki semua informasi itu anda tahu ada di luar sana.
- (4) Membuat rencana. Dengan kata lain, “membuat keputusan”. Setelah mengklarifikasi apa masalahnya dan apa yang menjadi pilihan, putuskanlah suatu tindakan. Membuat rencana ini adalah waktu untuk memutuskan bagaimana akan melaksanakan keputusan itu.
- (5) Visualisasikan rencana tindakan. Lakukan uji coba pada rencana dengan memvisualisasikan hasil potensial dari keputusan. Gunakan semua informasi yang dimiliki dan firasat atau intuisi. Jika itu tidak terasa benar, jangan abaikan: coba memahami sumber ketidaknyamanan dengan keputusan itu.
- (6) Mengambil tindakan. Jika telah berhasil menyelesaikan semua langkah yang diperlukan untuk kebaikan pengambilan keputusan sekarang saatnya untuk bertindak dan membuat keputusan. Pada titik ini harus merasa yakin dengan tindakan yang dilakukan dalam membuat keputusan ini, dan akan dapat mempertahankan perasaan percaya diri saat mengambil tindakan. Semakin banyak mempraktekkan proses ini dalam pemulihan maka akan semakin sadar dan menjadi kurang impulsif.

3) Peran Lingkungan

Lingkungan dalam pencegahan *relapse* sangat berpengaruh terutama untuk menghindari pemakaian kembali oleh karena itu haruslah tercipta lingkungan yang aman dan nyaman. Menurut Falk dalam Jhonson, Jerry L. (2004:31) lingkungan membuat seseorang berperilaku dalam pengambilan obat lebih dari sifat penguat obat itu sendiri. Lingkungan sosial juga mempengaruhi cara orang bereaksi terhadap narkoba. Banyak penelitian di bidang ini yang melibatkan para veteran Vietnam yang menjadi kecanduan heroin selama perang. Hasilnya sangat mencengangkan.

Penelitian menemukan bahwa mayoritas prajurit dan wanita yang kecanduan heroin di Vietnam tidak kembali kecanduan heroin setelah pulang ke rumah. Menurut penelitian hasil ini membuktikan pengaruh lingkungan sosial pada penggunaan narkoba dan efek obat. Hampir semua orang yang meminum alkohol atau bereksperimen dengan obat mungkin bisa bersaksi tentang kekuatan lingkungan sosial dalam pengalaman mereka.

2. Komponen pencegahan *Relapse*

- 1) Motivasi yang cukup untuk memasuki perawatan dan membuat perubahan
- 2) Dorongan untuk berubah;
 - (1) Keyakinan bahwa penggunaan narkoba telah menghalangi pencapaian tujuan pribadi
 - (2) Keyakinan bahwa penggunaan narkoba telah mengganggu fungsi hubungan dengan orang lain
- (3) Menerima nilai pembelajaran pencegahan kambuh

- (4) Jika, misalnya, berfikir bahwa mengurangi kegiatan minum-minuman adalah tujuan yang baik maka itulah kunci sukses dalam pemulihan
 - (5) Wilayah tempat tinggal yang aman tanpa menimbulkan *trigger* perilaku
- 3) Penilaian situasi beresiko tinggi
- (1) Penggunaan inventaris seperti *Inventory of Drinking Situations (IDS 100)*, yang menawarkan delapan kategori situasi minum dan membuat profil risiko. Informasi kemudian diintegrasikan ke dalam perencanaan perawatan. Ada banyak sekali persediaan tersedia, atau pertanyaan yang sama dapat diintegrasikan ke dalam penilaian yang digunakan oleh terapis.
 - (2) Pemantauan diri atau *self monitoring*
- 4) Buat garis besar dan hirarki pada individu dalam situasi beresiko tinggi seperti :
- (1) Kapan
 - (2) Dimana
 - (3) Siapa yang hadir
 - (4) Apa yang terjadi sebelum, selama, dan setelah digunakan
 - (5) Bagaimana individu menilai peristiwa itu (pikiran dan perasaan sebelumnya, selama, dan setelah digunakan)
 - (6) Apa tingkat kemampuan dirinya saat ini untuk berhasil mengatasi situasi yang sama
 - (7) Tingginya tingkat keterlibatan individu dalam semua aspek keputusan yang dibuat, maka adanya transisi alami untuk mempertahankan perubahan saat dia belajar untuk bertindak sebagai terapisnya sendiri, yaitu

berfikir secara metodis melalui semua itu masalah-masalah yang dihadapi olehnya dan mendemonstrasikan tindakan yang tepat dan efektif penyelesaian masalah. Sehingga individu tersebut dapat mengambil keputusannya sendiri.

5) Mengidentifikasi kekuatan dan sumber daya

(1) Kekuatan pribadi

(2) Kelompok dukungan seperti keluarga, teman-teman, ahli agama, kelompok bantu diri, lembaga komunitas, atasan, dan lainnya.

6) Mengembangkan respons penanggulangan yang efektif

(1) Perilaku seperti kegiatan alternatif, riwayat manajemen sukses dari situasi beresiko tinggi, pemanfaatan sumber daya yang tepat, pilihan perawatan diri-kesehatan

(2) Kognitif seperti kemampuan penalaran, mengembangkan pemikiran yang membantu dan menguatkan, pemecahan masalah dan resolusi konflik, menghargai manfaat yang terkait dengan pantangan

(3) Afektif seperti manajemen pengalaman afektif yang tepat, kemampuan untuk menghadapi emosi negative secara konstruktif dan produktif, dihibur oleh keyakinan spiritual, bisa menerima apa yang tidak bisa diubah, outlet emosional yang sesuai untuk mengurangi kesulitan

7) Manajemen stress (mencapai struktur dan keseimbangan harian yang positif)

(1) Berurusan dengan satu hal dalam satu waktu

(2) Latihan untuk meredakan ketegangan tubuh dan pikiran jernih

- (3) Menantang dan mengubah perfeksionisme
 - (4) Gunakan sumber daya dengan tepat
 - (5) Belajar sendiri (menikmati perusahaan sendiri)
 - (6) Mengembangkan kegiatan rekreasi yang tidak melibatkan zat
 - (7) Berusaha untuk moderasi dalam kehidupan
 - (8) Istirahat dan nutrisi yang cukup
- 8) Pekerjaan rumah (dirancang berteepatan dengan pengerjaan hierarki yang semakin sulit dari situasi beresiko tinggi)
- (1) Umumnya siap untuk mengembangkan tiga atau lebih tugas per sesi untuk meningkatkan kesadaran, pengembangan keterampilan, dan penguatan pemulihan
 - (2) Di awal perawatan memiliki rencana tentative tindakan untuk setiap situasi yang sulit
 - (3) Pengembangan harapan dan batasan yang realistis dalam hubungannya dengan mengantisipasi situasi masalah
 - (4) Tugas awal harus menawarkan penguatan maksimal, oleh karena itu desain tugas yang deprogram untuk sukses menghasilkan peningkatan *self-efficacy*
 - (5) Tahap selanjutnya harus focus pada peningkatan pemeliharaan yang kuat
- 9) *Self-monitor* dengan jurnal-log
- (1) Identifikasi lanjutan dari pemicu kekambuhan
 - (2) Inisiasi perencanaan individu

- (3) Melanjutkan pemecahan masalah yang terkait dengan peningkatan tanggung jawab diri
 - (4) Upaya penguatan
 - (5) Salah satu alat pertama yang digunakan dalam melatih individu untuk mengidentifikasi risiko tinggi, situasi ini berfungsi baik sebagai prosedur penilaian dan sebagai kelanjutan teknik observasi serta belajar dimana ia memperkuat apa yang berhasil dan mengidentifikasi apa yang tidak dan perlu diubah
 - (6) Perencanaan untuk situasi yang sulit-krisis dan alternative untuk menanggapi
 - (7) Mempratekkan perilaku baru
 - (8) Sebagai akhir pengobatan didekati, tugas mengembangkan pekerjaan rumah tugas harus dialihkan ke individu dalam pengobatan
 - (9) Meningkatkan kesadaran dan memperkuat perubahan
 - 10) Konsolidasikan keuntungan perawatan dengan meminta individu memberikan suatu tujuan tinjau ulang tingkah lakunya dan tanggapan keseluruhannya terhadap berbagai hal situasi berisiko
 - (1) Memperjelas dengan dia atua poin-poinnya tentang kompetensi untuk memperkuat kepercayaan diri
 - (2) Pantau hasil dari peningkatan efikasi diri di semua area
3. Langkah-langkah pencegahan *relapse*

Menurut Gorski dalam Jhonson, Jerry L (2004:307) ada enam langkah daam pemulihan dan proses pencegahan kambuh (*relapse*) yaitu:

- 1) Menjauhkan diri dari alcohol dan obat-obatan lainnya
 - 2) Memisahkan diri orang, tempat, dan hal-hal yang mempromosikan penggunaan bahan kimia dan membangun jejaring sosial yang mendukung pemulihan
 - 3) Menghentikan perilaku kompulsif yang merusak diri sendiri yang menekan kesadaran akan perasaan menyakitkan dan pikiran yang tidak rasional
 - 4) Mempelajari cara mengelola perasaan dan emosi secara bertanggung jawab, tanpa menggunakan perilaku kompulsif atau penggunaan bahan kimia
 - 5) Belajar untuk mengubah pola berpikir adiktif yang menciptakan perasaan menyakitkan dan perilaku yang merusak diri sendiri
 - 6) Mengidentifikasi dan mengubah keyakinan inti yang salah tentang diri sendiri, orang lain, dan dunia yang mempromosikan penggunaan pemikiran irasional
4. Program Pencegahan *Relapse*
- 1) Identifikasi situasi beresiko tinggi. Keadaan yang menempatkan klien berisiko tinggi untuk kambuh perlu dibantu dalam mengidentifikasi pemicu di lingkungan pengguna dan cara berpikir mereka yang berkeinginan menggunakan kembali. Tahap pemulihan konfrontatif cenderung mudah kambuh oleh karena itu, selama fase ini penting untuk membantu klien mengidentifikasi masalah dan peristiwa yang dapat memicu dorongan luar untuk menggunakan lagi.
 - 2) Kembangkan strategi untuk mengatasi situasi berisiko tinggi. Setelah situasi ini diidentifikasi, korban penyalahguna harus mengembangkan strategi penanggulangan. Perawatan kelompok sangat membantu dalam langkah ini,

karena berbagi pengalaman dan strategi dengan cara yang suportif dan saling membantu. Menurut Gorski dalam Jhonson, Jerry L (2004: 308) merekomendasikan bahwa klien dibantu untuk mengatasi situasi berisiko tinggi dengan perilaku (mengubah orang, tempat, dan hal lain-lain), kognitif-afektif (belajar untuk mengelola perasaan, pikiran, dan perilaku yang mengarah ke penggunaan), dan masalah inti (mengidentifikasi dan mengubah keyakinan inti tentang diri dan orang lain). Menurut Marlatt dalam Jhonson, Jerry L (2004:308) berfokus pada cara alternatif untuk menangani situasi berisiko tinggi dengan memberikan pekerjaan rumah yang memaksa klien untuk mempraktekkan tanggapan ini.

- 3) Atur dukungan sosial. Melibatkan individu dan tetap berada di jaringan dukungan sosial yang positif seperti gereja, kelompok, teman yang mendukung, dan/atau keluarga. Perawatan kelompok sangat membantu dalam bidang ini, karena menghadapkan ke jaringan dukungan baru. Perawatan keluarga juga dapat membantu dalam hal ini.
- 4) Gunakan pendekatan holistik multi-sistemik. Konsisten dengan model pemulihan yang disajikan yaitu upaya yang ditujukan untuk pencegahan kambuh harus mengambil pendekatan holistic multi-sistemik untuk menjadi sukses dalam jangka panjang. Rencana tersebut harus mempertimbangkan isu-isu yang berkaitan dengan individu (rekreasi, hubungan, kesehatan), lingkungan keluarga setempat, dan lingkungan makro

Diskusikan pencegahan kambuh selama perawatan, dimulai dengan sesi pertama. Tujuan dari pencegahan kambuh adalah untuk (1) menjaga jumlah dan

durasi kekambuhan yang terkandung; (2) memperpanjang waktu antara kambuh; (3) membantu klien menempatkan *relapse* ke dalam konteks positif; dan (4) mempertahankan klien dalam pengobatan setelah kambuh terjadi. Untuk mencapai tujuan-tujuan ini, adalah tepat untuk mulai mendiskusikan kemungkinan kambuh sebagai bagian normal dan teratur dari proses pemulihan. Sangat penting untuk menghindari kesan pada klien bahwa kambuh menandakan kegagalan, kehilangan semua yang telah didapat, atau sumber rasa malu. Jika klien datang untuk menerima *relapse* bagian normal dari proses, empat tujuan yang disebutkan sebelumnya dapat dipenuhi dengan kerusakan minimal pada tingkat diri atau tingkat *self-efficacy* klien.

2.2.3 Tinjauan Tentang NAPZA

2.2.3.1 Pengertian NAPZA

UU No. 35 tahun 2009 tentang Narkotika Pasal 1 menyatakan bahwa narkotika adalah zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman, baik sintesis maupun semisintesis, yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa, mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri, dan dapat menimbulkan ketergantungan, yang dibedakan ke dalam golongan-golongan sebagaimana terlampir dalam Undang-Undang ini. Narkotika adalah zat atau obat yang dapat mengakibatkan ketidaksadaran atau pembiusan karena zat-zat tersebut bekerja mempengaruhi susunan syaraf sentral.

UU No. 5 Tahun 1997 tentang Psikotropika menyatakan bahwa psikotropika adalah zat atau obat baik alamiah atau sintesis yang berpengaruh pada susunan syaraf pusat serta perubahan khas pada aktivitas mental dan perilaku. Senada

dengan definisi yang disampaikan oleh Jumayar (2017) psikotropika adalah zat atau obat baik alamiah maupun sintesis bukan narkotika, yang berkhasiat psikoaktif melalui pengaruh selektif pada sistem syaraf pusat yang menyebabkan perubahan khas pada aktivitas mental dan perilaku.

Zat adiktif lainnya adalah zat atau bahan yang tidak termasuk ke dalam golongan narkotika atau psikotropika, tetapi menimbulkan ketergantungan (Jumayar: 2017).

2.2.3.2 Pengertian Penyalahguna NAPZA

Penyalahguna NAPZA adalah penggunaan NAPZA yang dilakukan tidak untuk maksud pengobatan, tetapi karena ingin menikmati efek yang ditimbulkan, sehingga karena pengaruhnya itu narkoba disalahgunakan (Martono & Joewana, 2008). Penyalahguna narkoba adalah penggunaan narkoba yang bersifat patologis, paling sedikit telah berlangsung satu bulan lamanya sehingga menimbulkan gangguan dalam pekerjaan dan fungsi sosial (Sumiati, 2009). Undang-Undang Narkotika No. 22/1997 dan Undang-Undang Psikotropika No. 5/1997 mendefinisikan penyalahguna narkoba adalah seseorang yang menggunakan narkoba (narkotika, psikotropika, dan zat adiktif) di luar dari kepentingan kesehatan dan atau ilmu pengetahuan, sedangkan pecandu narkoba adalah seorang penyalahguna narkoba yang telah mengalami ketergantungan terhadap satu atau lebih narkotika, psikotropika, dan bahan adiktif lain (narkoba), baik fisik maupun psikis.

Jumayar (2017) menyatakan bahwa korban penyalahguna NAPZA adalah suatu keadaan psikologis dan fisik korban yang berawal dari interaksi antara dirinya dan *drugs*, dengan karakteristik perilaku serta respon lainnya yang selalu terdapat dorongan untuk memakai *drugs* secara terus menerus atau periodik dan dapat mengalami efek psikoaktif, dan terkadang untuk menghindari kenyamanan.

Berdasarkan pengertian diatas maka dapat disimpulkan bahwa korban penyalahguna NAPZA adalah orang-orang yang menggunakan atau menyalahgunakan narkotika, psikotropika, dan zat adiktif lainnya tanpa sepengetahuan dan pengawasan dokter dan dalam keadaan ketergantungan pada narkotika baik secara fisik maupun psikis.

2.2.3.3 Jenis-jenis NAPZA

Menurut Jumayar (2017) menjelaskan mengenai jenis-jenis NAPZA, antara lain sebagai berikut:

1. Golongan I

Merupakan zat yang berpotensi sangat tinggi pengaruhnya dalam menyebabkan ketergantungan. Narkotika Golongan I ialah narkotika yang hanya dapat digunakan untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan dan tidak dianjurkan untuk digunakan dalam terapi, dan memiliki potensi sangat tinggi untuk membuat penggunanya ketergantungan. Berikut adalah jenis narkotika yang termasuk golongan I.

1) Heroin

Heroin merupakan salah satu narkoba yang berasal dari bunga opium, (sejenis bunga di iklim panas dan kering). Bunga opium ini dapat menghasilkan zat lengket yang diambil dan menjadi bahan baku pada narkoba lainnya seperti opium, morfin, serta kodein. Heroin merupakan zat depresan. Zat inilah yang memperlambat pesan dari otak ke tubuh dan sebaliknya dari tubuh ke otak.

2) Ganja

Ganja adalah tumbuhan budidaya penghasil serat. Biasanya dikenal karena kandungan zat narkotika pada bijinya. Kandungan zat yang terdapat pada tumbuhan ini dapat membuat pemakainya mengalami euphoria, zat tersebut dikenal dengan *tetrahydrocannabinol* (THC).

3) Kokain

Kokain berasal dari daun tanaman koka (*Erythoxylon Coca*) yang dikeringkan atau telah diubah menjadi serbuk atau kristal putih. Kokain mengakibatkan ketergantungan serta gangguan jiwa. Pemakaian kokain dapat menggunakan jarum suntik, disedot, dan dirokok.

2. Golongan II

Narkotika yang digunakan untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan, berkhasiat pengobatan dan digunakan sebagai pilihan terakhir yang digunakan dalam terapi narkotika. Golongan tersebut mempunyai potensi tinggi mengakibatkan ketergantungan untuk penggunaan obat yang bersangkutan. Beberapa narkotika Golongan II antara lain yaitu

alfasetilmetadon, betametadol, benzetidin, morfin, petidin, dan turunannya yang berbentuk garam dari narkotika tersebut.

3. Golongan III

Narkotika yang digunakan untuk pengembangan ilmu pengetahuan, yang berkhasiat pengobatan dan banyak digunakan dalam terapi. Narkotika yang termasuk golongan tersebut mempunyai potensi ringan mengakibatkan ketergantungan terhadap penggunaan narkotika yang bersangkutan. Beberapa narkotika golongan III antara lain yaitu *asetildihidrokodeina, destropoksifena, dihidrokodeina, kodein*, dan garam-garam dari golongan narkotika tersebut.

4. Golongan Psikotropika

1) Golongan I

Psikotropika yang hanya dapat digunakan untuk pengembangan ilmu pengetahuan dan tidak digunakan untuk terapi. Psikotropika golongan I berpotensi amat kuat mengakibatkan sindrom ketergantungan untuk menggunakan obat yang bersangkutan. Jenis psikotropika golongan I yaitu MDMA (ekstasi), *Lisergik diethylamide (LSD)*, dan Meskalina.

2) Golongan II

Psikotropika yang juga dapat digunakan dalam tujuan pengembangan ilmu pengetahuan, yang berkhasiat pengobatan dan dapat digunakan dalam terapi. Psikoterapi Golongan II memiliki potensi kuat untuk ketergantungan pada obat yang bersangkutan. Jenis Psikotropika Golongan II yaitu *amphetamine, fensiklidin, fenestilina, metakualon, metilfenidat (Ritalin)*.

3) Golongan III

Psikotropika yang juga dapat digunakan dalam tujuan pengembangan ilmu pengetahuan, yang berkhasiat dalam pengobatan dan dapat digunakan pada terapi. Psikotropika Golongan III memiliki potensi cukup kuat untuk ketergantungan pada obat yang bersangkutan. Jenis Psikotropika Golongan III yaitu amobarbital, butalbital, buprenorfina, flunitrazepam.

4) Golongan IV

Psikotropika yang juga dapat digunakan dalam tujuan pengembangan ilmu pengetahuan, yang berkhasiat dalam pengobatan dan dapat digunakan pada terapi. Psikotropika Golongan IV memiliki potensi ringan untuk ketergantungan pada obat yang bersangkutan. Jenis psikotropika golongan IV yaitu barbital, fenobabital, diazepam, bromazepam, lorazepam, nitrazepam, nordazepam, dll.

Berdasarkan penjelasan tersebut, dapat disimpulkan bahwa NAPZA merupakan zat yang memiliki berbagai jenis dan dampak ketergantungan yang berbeda. NAPZA dengan tingkat ketergantungan yang tinggi hanya boleh digunakan untuk ilmu pengetahuan, namun golongan NAPZA dengan tingkat dan kategori yang cukup tinggi dapat digunakan dalam medis.

2.2.3.4 Faktor Penyebab Penyalahgunaan NAPZA

Faktor penyebab penyalahgunaan NAPZA dijelaskan oleh Jumayar (2017) terdiri dari:

1. Faktor Individu

Faktor ini dimana seseorang melakukan penyalahgunaan NAPZA karena berasal dari keinginan dirinya sendiri. Faktor individu terbagi menjadi 5, yaitu:

- 1) Kepriadian/watak
- 2) Rasa ingin tahu
- 3) Dorongan kenikmatan sesaat
- 4) Pemecahan masalah (*problem solving*)
- 5) Usia

2. Faktor Lingkungan

Faktor ini memiliki pengaruh yang sangat besar terhadap pembentukan karakter seseorang. Ketika seseorang yang tinggal di lingkungan yang aman, tenang, dan harmonis, tentunya akan membentuk kondisi keluarga dan masyarakat yang harmonis. Begitupun sebaliknya, ketika seseorang yang tinggal di lingkungan yang kumuh, keras, dan penuh tekanan masyarakatnya cenderung keras, kasar, dan agresif. Adapun faktor lingkungan yang dimaksud adalah sebagai berikut:

- 1) Lingkungan Keluarga
- 2) Lingkungan Pekerjaan/Kantor
- 3) Lingkungan Sosial Ekonomi
- 4) Lingkungan Pergaulan

2.2.3.5 Dampak Penyalahgunaan NAPZA

Menurut Badan Narkotika Nasional (2007) Penyalahgunaan NAPZA mempunyai dampak yang sangat luas bagi pemakainya (diri sendiri), keluarga, pihak sekolah (pendidikan), serta masyarakat, bangsa, dan negara diantaranya:

1. Bagi Diri Sendiri

Penyalahgunaan NAPZA dapat mengakibatkan terganggunya fungsi otak dan perkembangan moral bagi pemakainya, keracunan, overdosis, dapat menyebabkan kematian karena terhentinya pernapasan dan pendarahan otak, kekambuhan, gangguan perilaku (mental sosial), gangguan kesehatan, menurunnya nilai-nilai, dan masalah ekonomi serta hukum.

2. Bagi Keluarga

Penyalahgunaan NAPZA dalam keluarga dapat mengakibatkan suasana nyaman dan tentram menjadi terganggu. Orang tua akan merasa malu karena memiliki anak pecandu, merasa bersalah, dan berusaha menutupi perbuatan anak mereka. Stres keluarga meningkat dan merasa putus asa karena pengeluaran yang meningkat akibat pemakaian narkoba ataupun melihat anak yang harus berulang kali dirawat atau bahkan menjadi penghuni di rumah tahanan maupun lembaga pemasyarakatan.

3. Bagi Pendidikan atau Sekolah

NAPZA akan merusak disiplin dan motivasi yang sangat tinggi untuk proses belajar. Penyalahgunaan NAPZA dapat berhubungan dengan kejahatan dan

perilaku sosial lain yang mengganggu suasana tertib dan aman, rusaknya barang-barang sekolah dan meningkatnya perkelahian.

4. Bagi Masyarakat, Bangsa, dan Negara

Penyalahgunaan NAPZA mengakibatkan terciptanya hubungan pengedar narkoba dengan korbannya sehingga terbentuk pasar gelap. Perdagangan narkoba yang sangat sulit diputuskan mata rantainya menyebabkan masyarakat yang rawan narkoba tidak memiliki daya tahan dan kesinambungan pembangunan terancam.

2.2.4. Tinjauan Tentang Rehabilitasi Sosial Korban Penyalahguna NAPZA

Berikut beberapa teori yang menjelaskan mengenai rehabilitasi sosial bagi korban penyalahguna NAPZA.

2.2.4.1 Pengertian Rehabilitasi Sosial Korban Penyalahguna NAPZA

Muhammad Ali Equatora (2017:6) menjelaskan bahwa “Rehabilitasi Sosial adalah suatu proses kegiatan pemulihan secara terpadu, baik fisik, mental, ataupun sosial, agar bekas pecandu narkoba dapat kembali melaksanakan fungsi sosial dalam kehidupan masyarakat”. Pengertian tersebut diperkuat oleh Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2019 tentang Kesejahteraan Sosial Pasal 1 menjelaskan bahwa Rehabilitasi Sosial adalah proses refungsionalisasi dan pengembangan untuk memungkinkan seseorang mampu melaksanakan fungsi sosialnya secara wajar dalam kehidupan masyarakat.

Berdasarkan pengertian tersebut, peneliti dapat menyimpulkan bahwa Rehabilitasi Sosial merupakan suatu program refungsionalisasi bagi korban

penyalahguna NAPZA dengan berbagai kegiatan atau aktivitas yang dapat membantu dalam meningkatkan fungsi sosial mereka dalam masyarakat.

2.2.4.2 Tujuan Rehabilitasi Sosial Korban Penyalahguna NAPZA

Tujuan rehabilitasi sosial korban penyalahguna NAPZA berdasarkan Permensos Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2017 tentang Standar Nasional Rehabilitasi Sosial Bagi Pecandu dan Korban Penyalahguna NAPZA pasal 5 yaitu:

1. Agar mampu melaksanakan keberfungsian sosialnya yang meliputi kemampuan dalam melaksanakan peran, memenuhi kebutuhan, memecahkan masalah, dan aktualisasi diri
2. Agar terciptanya lingkungan sosial yang mendukung keberhasilan rehabilitasi sosial bagi pecandu dan korban penyalahguna NAPZA.

Tujuan rehabilitasi sosial berfokus pada memperbaiki masalah yang berkaitan dengan fungsi sosial agar individu dapat kembali melaksanakan fungsi sosialnya dalam masyarakat.

2.2.4.3 Metode Rehabilitasi Sosial Korban Penyalahguna NAPZA

Ketentuan mengenai rehabilitasi bagi penyalahguna NAPZA telah diatur dalam Permensos Nomor 26 tahun 2012 tentang Standar Rehabilitasi Sosial Korban Penyalahgunaan NAPZA serta Undang- Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika diatur dari pasal 54 sampai dengan pasal 59. Dalam peraturan serta undang-undang tersebut telah diatur standar rehabilitasi sosial mulai dari tahapan rehabilitasi sosial hingga pelaksana serta penerima rehabilitasi.

Telah banyak tempat rehabilitasi korban penyalahguna NAPZA di Indonesia milik pemerintah maupun non pemerintah. Terdapat berbagai metode rehabilitasi yang dilaksanakan untuk memulihkan korban penyalahgunaan NAPZA baik oleh institusi pemerintah maupun oleh masyarakat, di panti ataupun non-panti. Indonesia sendiri memiliki tempat rehabilitasi korban penyalahguna NAPZA dengan menggunakan metode alternatif berbasis agama, serta terdapat pula yang menggunakan metode Therapeutic Community (TC) maupun metode lainnya.

Berikut ini beberapa metode terapi dan rehabilitasi yang digunakan di Indonesia dalam penanganan penyalahgunaan NAPZA menurut peduli NAPZA UNDIP (2014), yaitu:

1. Metode Alternatif

Terdapat bermacam-macam pengobatan alternatif penyembuhan ketergantungan NAPZA di dalam panti rehabilitasi korban penyalahguna NAPZA. Pengobatan alternatif tersebut dibedakan menjadi pengobatan berbasis spiritual atau agama dan pengobatan alternatif berbasis obat-obatan tradisional.

2. Terapi Substitusi

Terapi ini hanya digunakan untuk pasien-pasien ketergantungan heroin (opioida). Untuk pengguna opioida hard core addict (pengguna yang telah bertahun-tahun menggunakan opioida suntikan), korban penyalahguna NAPZA biasanya mengalami kekambuhan kronis sehingga perlu berulang kali menjalani terapi ketergantungan. Kebutuhan heroin (narkotika ilegal) diganti (substitusi) dengan narkotika legal. Beberapa obat yang sering digunakan adalah kodein,

buprenorphin, methadone, dan naltrexon. Obat-obatan ini digunakan sebagai obat detoksifikasi dan diberikan dalam dosis yang sesuai dengan kebutuhan korban penyalahguna NAPZA, kemudian secara bertahap dosisnya diturunkan.

3. *Therapeutic Community*

Menurut Ali Muhammad Equatora (2017:6) *Therapeutic Community* (TC) adalah suatu metode rehabilitasi sosial yang ditujukan kepada korban penyalahguna NAPZA, yang merupakan sebuah “keluarga” terdiri atas orang-orang yang mempunyai masalah yang sama dan memiliki tujuan yang sama, yaitu untuk menolong diri sendiri dan sesama yang dipimpin oleh seseorang dari mereka, sehingga terjadi perubahan tingkah laku dari negatif ke arah tingkah laku yang positif.

Nurul Restiana (2015) menjelaskan konsep yang berkaitan dengan *Therapeutic Community* yaitu:

1) Konsep *Therapeutic Community*

Konsep merupakan suatu unsur yang diyakini seseorang dalam bidang pengetahuan, konsep *Therapeutic Community* sendiri diyakini oleh pecandu narkoba bahwasanya dengan *Therapeutic Community* mereka dapat pulih. Adapun konsep *Therapeutic Community* yaitu menolong diri sendiri, dapat dilakukan dengan adanya keyakinan bahwa setiap orang bisa berubah, kelompok bisa mendukung untuk menciptakan perubahan, setiap individu harus bertanggung jawab, program terstruktur dapat menyediakan lingkungan aman dan kondusif bagi perubahan serta adanya partisipasi aktif dari residen.

Dari penjelasan di atas bahwasanya dengan kita menolong orang lain sama saja kita menolong diri sendiri, kerja sama kelompok dan tanggung jawab, partisipasi aktif dalam kelompok serta lingkungan yang aman harus diciptakan dan dilakukan dengan sebaik mungkin sehingga kegiatan tersebut memberikan dampak yang nantinya dapat mengubah seseorang.

2) Tahap-tahap *Therapeutic Community*

Pelaksanaan *Therapeutic Community* ada beberapa tahapan yang harus dilakukan oleh residen, yaitu:

- (1) Tahap *Induction*, tahap ini merupakan masa persiapan bagi residen untuk memasuki tahap *primary*. Tahap ini merupakan tahap awal yang dijalani pecandu narkoba setelah pecandu narkoba menjalani serangkaian asesmen dan rehabilitasi medis yakni setelah menjalani detoksifikasi.
- (2) Tahap *Primary*, merupakan tahapan rehabilitasi sosial yakni residen ditempa untuk memiliki stabilitas fisik dan emosional. Residen juga dipacu motivasinya untuk melanjutkan tahap terapi selanjutnya. Periode ini berlangsung kurang lebih 6 hingga 9 bulan.
- (3) Tahap *Re-Entry*, merupakan program lanjutan setelah *primary*. Program *Re-entry* bertujuan untuk memfasilitasi residen agar dapat bersosialisasi dengan kehidupan luar setelah menjalani perawatan di *primary*. Tahap ini dilaksanakan selama 3 sampai dengan 6 bulan.
- (4) Tahap *After Care*, Tahap ini merupakan tahapan yang ditujukan bagi eks-residen atau alumni. Program ini dilaksanakan diluar panti atau lembaga dan diikuti oleh seluruh angkatan dibawah supervise dan staf *re-entry*. Tahap *after*

care merupakan tahap jalinan silaturahmi sesama mantan pecandu narkoba, pada tahap ini pecandu narkoba sudah tidak terikat oleh lembaga rehabilitasi. Mereka sudah kembali dalam keluarga dan masyarakat hanya saja untuk mengetahui perkembangan mantan pecandu narkoba inilah diperlukannya tahap after care.

3) Struktur Program *Therapeutic Community*

Implementasi penanganan korban penyalahuna NAPZA, *Therapeutic Community* dilakukan dengan menggunakan empat struktur sebagai komponen utamanya dan lima pilar sebagai asas atau acuannya. Keempat struktur yang menjadi komponen utama *Therapeutic Community*, antara lain:

- (1) Pembentukan tingkah laku (*behaviour management shapping*), perubahan perilaku yang diarahkan pada kemampuan untuk mengelola kehidupannya sehingga terbentuk perilaku yang sesuai dengan nilai-nilai, norma-norma kehidupan masyarakat.
- (2) Pengendalian emosi dan psikologi (*emotional and psychological*), perubahan perilaku yang diarahkan pada peningkatan kemampuan penyesuaian diri secara emosional dan psikologis.
- (3) Pengembangan pemikiran dan kerohanian (*intellectual and spiritual*), perubahan perilaku yang diarahkan pada peningkatan aspek pengetahuan, nilai-nilai spiritual, moral, dan etika sehingga mampu menghadapi dan mengatasi tugas-tugas kehidupannya maupun permasalahan yang belum terselesaikan.

- (4) Keterampilan kerja dan keterampilan sosial serta bertahan hidup (*vocational and survival*), perubahan perilaku yang diarahkan pada peningkatan kemampuan dan keterampilan residen yang dapat diterapkan untuk menyelesaikan tugas-tugas sehari-hari maupun masalah dalam kehidupannya.

Struktur program *Therapeutic Community* adalah suatu susunan kegiatan yang diterapkan dalam *Therapeutic Community* dimana pembentukan tingkah laku, pengendalian emosi dan psikologi, pengembangan pemikiran dan kerohanian serta keterampilan kerja dan keterampilan sosial. perlu diterapkan secara tepat, karena pecandu narkoba memiliki penyimpangan perilaku dan emosi yang tidak stabil, anti sosial sehingga dibutuhkan program tersebut untuk memulihkan keadaan pecandu narkoba, agar mereka dapat kembali ke lingkungan masyarakat. Selain keempat komponen tersebut dalam penerapannya *Therapeutic Community* ini mengacu terhadap pada lima pilar yaitu:

- 1) *Family Milue Concept* (Konsep Kekeluargaan), konsep ini bertujuan untuk menyamakan persamaan di kalangan komunitas agar bersama menjadi bagian dari sebuah keluarga
- 2) *Peer Pressure* (Tekanan Rekan Sebaya), proses dimana kelompok menekankan seorang residen untuk menggunakan teknik yang ada dalam “*therapeutic community*”
- 3) *Therapeutic Session*, metode yang menggunakan pertemuan sebagai media penyembuhan

- 4) *Religious session*, metode yang memanfaatkan pertemuan keagamaan untuk meningkatkan nilai-nilai kepercayaan atau spiritual residen
- 5) *Role Modelling*, metode yang menggunakan tokoh sebagai model pembelajaran.

Lima pilar dalam *Therapeutic Community* juga sangat berperan dalam pemulihan korban penyalahguna NAPZA, konsep keluarga dalam *Therapeutic Community* ini merupakan mereka yang tinggal atau korban penyalahguna NAPZA yang menjalani rawat inap mereka tinggal bersama sebagai keluarga. Teman sebaya merupakan kelompok yang ada di dalam rumah atau departemen yang bertanggung jawab atas diri sendiri dan orang lain. sesi terapi dan sesi teladan merupakan suatu kegiatan yang berguna untuk meningkatkan pribadi korban penyalahguna NAPZA baik segi mental dan pskis. Keteladanan merupakan suatu cara yang digunakan untuk membantu perubahan perilaku. Jadi semua unsur yang terkandung dalam *Therapeutic Community* saling keterkaitan dalam membantu proses pemulihan pecandu narkoba. Rehabilitasi Sosial dengan menggunakan metode *therapeutic community* dapat memantu residen mengatasi gangguan psikososial yang dialami, namun kondisi psikososial juga dapat menghambat proses *therapeutic community* sehingga hal tersebut harus diperhatikan sehingga perubahan perilaku dan peningkatan fungsi sosial akan tergapai.

2.2.5 Tinjauan Tentang Pekerja Sosial dengan Adiksi/NAPZA

Berikut beberapa teori mengenai pekerja sosial dengan adiksi.

2.2.5.1 Pengertian Pekerja Sosial dengan Adiksi/NAPZA

Menurut Siporin dalam Adi Fahrudin (2012) pekerjaan sosial adalah “*Social work is defined as a social institutional method of helping people to prevent and to resolve their social problems, to restore and enhance their social functioning.*”

Pekerjaan sosial didefinisikan sebagai metode kelembagaan sosial untuk membantu orang untuk mencegah dan memecahkan masalah-masalah sosial mereka untuk memulihkan dan meningkatkan keberfungsian sosial mereka.

Charles Zastrow dalam Sugeng Pujileksono (2018:13) mendefinisikan pekerja sosial adalah kegiatan profesional untuk membantu individu-individu, kelompokkelompok, dan masyarakat guna meningkatkan atau memperbaiki kemampuan mereka dalam berfungsi sosial serta menciptakan kondisi masyarakat yang memungkinkan mereka untuk mencapai tujuan.

Abidah Muflihati, dkk (2018) menyatakan bahwa sasaran profesi pekerja sosial yaitu masyarakat dengan permasalahan sosial, yakni orang dengan kedisabilitas, kemiskinan, HIV/AIDS, dan salah satunya adalah pekerja sosial yang melakukan penanganan kepada korban penyalahguna NAPZA. Memberikan pertolongan kepada korban penyalahguna NAPZA merupakan suatu hal yang tidak mudah dan akan menjadi tantangan karena mengaburkan batas antara pengetahuan profesional, nilai-nilai, dan keterampilan, keyakinan, pengalaman, dan mitos. Pekerja sosial yang berhubungan dengan penyalahguna NAPZA baik secara klinis maupun komunitas juga harus memahami dampak secara farmakologis NAPZA.

2.2.5.2 Prinsip Pekerjaan Sosial

1. *Acceptance* (penerimaan), yaitu pekerja sosial harus dapat menerima bagaimanapun keadaan klien tanpa melihat suku, agama, ras, dan tidak memandang klien dari keluarga yang mampu atau tidak. Cara menerima klien sebagai seseorang yang mengalami masalah, hendaknya pekerja sosial bersifat netral kepada klien.
2. *Individualization* (individualisasi), yaitu setiap klien dipandang sebagai individu yang unik, baik itu dari segi pemikirannya, perasaan, sikap dan perilakunya yang tidak sama dan berbeda dengan klien lainnya. Pekerja sosial harus menyikapi dan mengapresiasi sifat dan tingkah laku klien yang memiliki keunikan. Perbedaan klien dengan klien yang lainnya disebabkan adanya perbedaan pengalaman dan latar belakang kehidupan keluarganya.
3. Pengungkapan perasaan-perasaan yang bertujuan, yaitu pekerja sosial harus mampu menunjukkan ekspresi yang wajar dan sesuai dengan kondisi yang dialami klien. Selain itu juga pekerja sosial harus memberikan kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan apa yang ia rasakan misalnya perasaan takut, marah, benci, gembira dan lain sebagainya sehingga diharapkan dapat meringankan beban yang dirasakan klien.
4. *Non-judgmental attitude* (sikap tidak menilai dan menghakimi) yaitu seorang pekerja sosial tidak boleh menghakimi dan menilai permasalahan klien karena semua manusia memiliki martabat dan harga diri.
5. Objektivitas, yaitu pekerja sosial menghindari masuknya perasaan dan prasangka buruk pribadinya ke dalam relasinya dengan klien.

6. Penglihatan emosi secara terkendali, yaitu pekerja sosial mengendalikan keterlibatan emosionalnya dengan klien memperoleh perspektif dan pemahamannya akan perilaku manusia
7. Penentuan nasib sendiri, yaitu pekerja sosial mengajak klien untuk berpikir rasional tentang perbuatan yang klien lakukan apakah hal tersebut keliru atau tidak (dalam hal ini klien menentukan sikap) lalu pekerja sosial menawarkan beberapa alternatif solusi mana yang akan dilaksanakan bersama pekerja sosial untuk memecahkan masalah yang dihadapi
8. Kerahasiaan, artinya pekerja sosial merahasiakan apapun yang berkenaan dengan klien yang sedang ditangani. Kerahasiaan adalah prinsip etik dimana pekerja sosial tidak boleh menyebarkan informasi lain tentang klien tanpa sepengetahuan dan izin klien yang bersangkutan
9. *Self awareness* (prinsip apa adanya/mawas diri) pekerja sosial sebagai manusia tentu memiliki keterbatasan. Pekerja sosial harus mampu mengukur diri sendiri ketika memberikan pertolongan kepada klien, bila dalam proses pertolongan pekerja sosial merasa tidak mampu melanjutkan layanannya pekerja sosial harus memberitahukan bahwa layanannya akan dirujuk pada profesional lainnya.
10. Akuntabilitas, pekerja sosial harus berkompeten dan bertanggung jawab dalam menerapkan metode-metode dan teknik-teknik dalam praktik profesionalnya sebagai profesi pekerja sosial harus menempuh pendidikan ilmu

pekerjaan sosial/kesejahteraan sosial dan menjalani diklat pekerjaan sosial melalui pendidikan tersebut.

2.2.5.3 Peranan Pekerja Sosial dengan Adiksi/NAPZA

Hilda (2020) Pekerja sosial dalam kaitannya dengan proses rehabilitasi sosial mempunyai peranan yang sangat penting, yaitu:

1. Penghubung (*Broker*)

Peran pekerja sosial sebagai broker adalah sebagai penghubung korban penyalahguna NAPZA dengan lembaga atau sumber yang berkaitan dengan proses rehabilitasi sosial. Pekerja sosial diharuskan untuk memiliki kemampuan untuk menghubungkan klien dengan sistem sumber kebutuhan yang dibutuhkan.

2. Memberikan Motivasi (*Motivator*)

Peran pekerja sosial sebagai pendorong dalam hal memberikan motivasi atau dorongan kepada korban penyalahguna NAPZA untuk mengikuti program di tempat rehabilitasi maupun mengatasi masalahnya.

3. Penengah (*Mediator*)

Peran pekerja sosial sebagai penghubung adalah untuk menjembatani antara korban penyalahguna NAPZA dan sistem lingkungan yang menghambat dan untuk mencari jalan keluar terbaik untuk mendapatkan solusi terbaik dalam melaksanakan program rehabilitasi sosial.

4. Pembela (*Advocator*)

Peran pekerja sosial sebagai advokat adalah dengan memberikan perlindungan dan pemenuhan hak-hak yang harus didapatkan korban penyalahguna NAPZA selama menjalankan rehabilitasi sosial.

5. Perunding (*Conferee*)

Peran pekerja sosial dengan melakukan perundingan mengenai pembedahan masalah yang dialami korban penyalahguna NAPZA dengan pemberdayaan berdasarkan penelusuran minat dan bakat yang dimiliki korban penyalahguna NAPZA.

6. Pelindung (*Guardian*)

Pekerja sosial melakukan perlindungan terhadap korban penyalahguna NAPZA dengan cara berperan sebagai orang tua selama ada di tempat rehabilitasi, pekerja sosial memberikan arahan, motivasi dan juga tempat berbagi bila ada permasalahan.

7. Negosiasi (*Negotiator*)

Peranan pekerja sosial sebagai negosiator, pekerja sosial memberikan negosiasi dengan pihak-pihak terkait, untuk menawarkan solusi bagi klien korban penyalahguna NAPZA agar dapat dikompromikan secara bersama-sama.

2.2.5.4 Peran Pekerja Sosial dalam *Therapeutic Community*

Berdasarkan peran pekerja sosial di bidang rehabilitasi dan diperkuat melalui pengalaman peneliti pada saat pelaksanaan praktikum institusi di Yayasan Penuai Indonesia, peran pekerja sosial sangat penting dalam pelaksanaan *therapeutic*

community. Pekerja sosial memiliki peranan dalam melaksanakan *responsible* program *therapeutic community* yaitu menjadi MOD dalam memandu dalam pelaksanaan *function, morning meeting, seminar, screening, wrap up, encounter* serta kegiatan lainnya yang sudah tercantum dalam *time table* pelaksanaan program. Pekerja sosial memiliki tanggung jawab dalam memberikan konseling kepada residen untuk memecahkan permasalahan yang sedang dialami oleh residen. Pekerja sosial juga memiliki tanggung jawab untuk melaksanakan *family dialogue* untuk memecahkan permasalahan yang terjadi dalam keluarga bersama dengan residen serta mempersiapkan lingkungan keluarga untuk penerimaan residen. Senada dengan peranan pekerja sosial dalam program *therapeutic community* yang disampaikan oleh Ali Equatora (2017) yaitu memberikan pelayanan konsultasi, program terapi, membuat laporan perkembangan, serta monitoring evaluasi perkembangan residen.

2.2.5.5 Metode dan Teknik Pekerjaan Sosial

Social Group Work adalah suatu metode dimana individu-individu yang terikat dalam dalam suatu kelompok dibantu oleh pekerja sosial, dibimbing mengikuti kegiatan kelompok, sehingga individu-individu tersebut dapat bergaul dengan sesama anggota kelompok secara baik, dan dapat mengambil manfaat dari pengalaman-pengalaman pergaulan sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan untuk mencapai kemajuan atau perkembangan pribadi, kelompok dan masyarakat.

Menurut Garvin (2004 : 6) terdapat beberapa teknik yang digunakan dalam metode *social group work* diantaranya sebagai berikut:

1. Konfrontasi

Teknik ini dapat membantu anggota kelompok untuk mengungkapkan kecemasan-kecemasan dan kemarahan-kemarahan yang dirasakan anggota kelompok, untuk disampaikan kepada Pekerja Sosial. Pekerja Sosial harus mempersiapkan diri dengan sungguh-sungguh untuk memberikan respon (tanggapan) terhadap perasaan-perasaan tersebut.

2. Interpretasi

Teknik ini, diberikan kesadaran pada anggota kelompok akan adanya hubungan antara dua rangkaian peristiwa yang saling berkaitan. Perilaku salah seorang anggota kelompok merupakan reaksi dari perilaku anggota kelompok yang lain (satu rangkaian peristiwa).

3. Atribusi

Suatu teknik untuk menumbuhkan kesadaran yang dimiliki oleh anggota kelompok yang berasal dari dalam dirinya sendiri maupun dari lingkungannya, mengenai hakikat dan penyebab munculnya suatu peristiwa atau kejadian.

4. *Reinforcement* (Memberikan Penguatan)

Pekerja Sosial membantu anggota kelompok untuk bertingkah laku tertentu yang diharapkan, dengan cara memberi reward (hadiah) jika dia mampu melakukannya. Reward dapat berbentuk verbal (pujian), fisik (sentuhan hangat), dan material (uang, barang).

5. Pemberian Model

Pekerja Sosial membantu anggota kelompok untuk mempelajari tingkah laku, baik secara implisit (berbicara pelan) dan eksplisit (observasi terhadap tingkah laku Pekerja Sosial atau anggota kelompok lain pada saat bermain peran).

2.2.5.6 Tipe Kelompok dalam Pekerjaan Sosial

Menurut Garvin dalam Koswara (2013:11) tipe-tipe kelompok dalam metode pekerjaan sosial kelompok tersebut yaitu:

1. *Social Conversation* (Kelompok Percakapan Sosial)

Percakapan sosial ini sering digunakan untuk tujuan menguji dan menentukan seberapa dalam suatu hubungan dapat dikembangkan diantara orang-orang yang belum saling mengenal dengan baik.

2. *Recreational Group* (Kelompok Rekreasi)

Kelompok ini memberikan kegiatan-kegiatan untuk kesenangan yang bersifat spontan, tidak harus ada pemimpin, tempat dan peralatan tidak perlu banyak artinya akomodasi bersifat praktis.

3. *Recreational Skill Group* (Kelompok Rekreasi Keterampilan)

Tujuan dari kelompok rekreasi adalah untuk meningkatkan beberapa keterampilan dan pada waktu yang bersamaan memberikan pula kesenangan. Kelompok ini memerlukan penasihat, pelatih dan instruktur serta lebih berorientasi pada aturan permainan.

4. *Educational Group* (Kelompok Pendidikan)

Fokus kelompok ini untuk memperoleh pengetahuan dan mempelajari keterampilan-keterampilan yang lebih kompleks. Pemimpin biasanya seorang profesional yang benar-benar terlatih dan ahli dalam bidang-bidang tertentu.

5. *Problem Solving Decision Making* (Kelompok Pemecahan Masalah dan Pengambilan Keputusan)

Dalam kelompok ini pihak pemberi dan pihak penerima pelayanan-pelayanan sosial dapat secara bersama-sama terlibat dalam kegiatan. Pemberi pelayanan menggunakan pertemuan-pertemuan kelompok untuk mencapai tujuan suatu rencana pengembangan bagi seorang klien atau sekelompok klien. Penerima pelayanan yang masih potensial dapat membentuk kelompok untuk menemukan pendekatan-pendekatan dalam memenuhi kebutuhan-kebutuhan masyarakat.

6. *Self Help Group* (Kelompok Bantu Diri)

Menurut Katz dan Bander dalam Garvin (2011:14) self help group atau kelompok bantu diri adalah “Suatu kelompok kecil yang disusun untuk saling membantu (mutual aid) dan untuk mencapai tujuan khusus serta bersifat sukarela.” *Self help group* atau kelompok bantu diri merupakan suatu kelompok yang didalamnya terdapat dua orang atau lebih dan mereka saling membantu satu sama lain dalam mengatasi masalah atau suatu situasi tertentu dengan tujuan tertentu yaitu seperti agar mereka dapat mengatasi masalah atau situasi tersebut, kelompok ini juga bersifat sukarela yang berarti tidak memiliki syarat khusus dan anggotanya bisa siapa saja serta tidak terikat.

7. *Socialization Group* (Kelompok sosialisasi)

Tujuan kelompok ini adalah untuk mengembangkan atau mengubah sikap - sikap dan perilaku-perilaku anggota kelompok agar lebih dapat diterima secara sosial. Fokus lainnya adalah pengembangan keterampilan sosial, meningkatkan kepercayaan diri dan merencanakan masa depan.

8. *Therapeutic Group* (Kelompok penyembuhan)

Umumnya kelompok ini terdiri dari orang-orang yang memiliki masalah emosional yang berat. Pemimpin kelompok ini memerlukan keterampilan/keahlian dalam persepsi, pengetahuan tentang perilaku manusia, dinamika kelompok, kemampuan melakukan konseling kelompok dan mampu menggunakan kelompok untuk mengubah perilaku.

9. *Sensitivity Groups* (Kelompok Melatih Kepekaan)

Sensitivity Groups adalah pelatihan kepekaan dengan melakukan percakapan yang mendalam dengan sepenuh hati dan jujur tentang mengapa mereka berperilaku seperti itu di dalam kelompok. Tujuan kelompok ini yaitu untuk memperbaiki masalah kesadaran antar pribadi (*interpersonal problem*)

2.2.5.7 Sistem Sumber Pekerjaan Sosial

Sistem sumber pekerjaan sosial merupakan suatu hal yang berharga yang dapat dimanfaatkan untuk memenuhi berbagai kebutuhan atau dalam pemecahan masalah. Menurut Allen Pincus dan Minahan dalam Azzahro (2020) sistem sumber dalam pekerjaan sosial dikategorikan sebagai berikut :

1. Sistem Sumber Alamiah/Informal

Sistem sumber informal merupakan sumber bantuan yang dapat diperoleh oleh individu sehubungan dengan adanya suatu ikatan emosional dalam bentuk nasihat, kasih sayang, motivasi, dukungan emosional maupun dukungan material berasal dari keluarga, kerabat, teman, lingkungan sekitar.

2. Sistem Sumber Formal

Sistem sumber formal merupakan sumber bantuan yang dapat diperoleh atau dimanfaatkan dengan memenuhi persyaratan yaitu dengan adanya keanggotaan individu dalam organisasi tertentu yang bersifat formal

3. Sistem Sumber Kemasyarakatan

Sistem sumber kemasyarakatan merupakan sumber bantuan yang didirikan oleh pemerintah maupun swasta dengan memberikan pelayanan kepada masyarakat umum berupa lembaga-lembaga.

2.2.5.8 Sistem Dasar Praktik Pekerjaan Sosial

Sistem dasar praktik pekerjaan sosial merupakan acuan pekerja sosial dalam melaksanakan praktek untuk mengatasi permasalahan atau pertolongan klien. Menurut Allen Pincus & Minahan (1973) terdapat empat sistem dasar pekerja sosial meliputi:

1. Sistem pelaksana perubahan adalah sekelompok profesional yang bekerja untuk mewujudkan perubahan yang direncanakan dan merupakan bagian dari suatu organisasi, contohnya pekerja sosial dan badan sosial.
2. Sistem klien adalah kumpulan individu yang menerima atau meminta layanan kepada agen perubahan yang bekerja berdasarkan kontrak pelayanan.

3. Sistem sasaran merupakan kumpulan individu, organisasi atau badan yang memerlukan perubahan untuk mencapai tujuan tertentu melalui bantuan dari agen perubahan. Sistem sasaran ini yaitu orang yang menjadi sasaran dalam hal perubahan supaya tujuan dapat tercapai.
4. Sistem kegiatan merupakan pihak atau individu yang berkolaborasi dengan pekerja sosial untuk menyelesaikan tugas dan memenuhi tujuan capaian yang disepakati bersama. Pekerja sosial akan melakukan kerjasama dengan berbagai pihak untuk dapat mencapai tujuan dan menyelesaikan berbagai permasalahan.