

BAB II

TINJAUAN TEORITIK DAN KERANGKA PIKIR

2.1 Penelitian Terdahulu

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabel 2.1 Matriks Penelitian Terdahulu

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

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

Sumber: Hasil analisis peneliti

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

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

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

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

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

2.2 Kajian tentang NAPZA

2.2.1 Pengertian NAPZA

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

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

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

Adapun Zastrow mendefinisikan NAPZA sebagai berikut:

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

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

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

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

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

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

2.2.2 Pengertian Korban Penyalahguna NAPZA

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

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

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

Adapun kriteria dari korban penyalahgunaan NAPZA, yaitu:

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

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

2.2.3 Penggolongan NAPZA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2.4 Faktor Penyebab Penyalahgunaan NAPZA

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

1. Faktor Dalam Diri

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

2. Faktor Luar Diri

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

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

2.2.5 Dampak Penyalahguna NAPZA

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

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

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

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

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

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

2. Dampak secara khusus

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Kajian tentang *Cognitive Behaviour Therapy*

2.3.1 Pengertian *Cognitive Behaviour Therapy*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3.2 Tujuan *Cognitive Behaviour Therapy*

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

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

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

2.3.3 Fokus *Cognitive Behavior Therapy*

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

2.3.4 Karakteristik *Cognitive Behavior Therapy*

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

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

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

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

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

2.3.5 Proses dan Tahapan *Cognitive Behaviour Therapy*

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

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

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

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

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

Tabel 2.2 Proses Penerapan Terapi *CBT*

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

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

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

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

2.4 Kajian tentang *Relapse Prevention Training*

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

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

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

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

3. Manajemen tanda atau sinyal peringatan kekambuhan
4. Evaluasi

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.5 Kajian tentang Kecemasan

2.5.1 Pengertian Kecemasan

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

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

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

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

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

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

2.5.2 Faktor Penyebab Kecemasan

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

1. Lingkungan

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

2. Emosi Yang Ditekan

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

3. Sebab-sebab Fisik

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

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

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

2.5.3 Tanda dan Gejala Kecemasan

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

1. Tanda Fisik Kecemasan

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

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

2. Tanda *Behavioral* Kecemasan

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

3. Tanda Kognitif Kecemasan

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

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

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

2.5.4 Dampak Kecemasan

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

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

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

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

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

2.5.5 Aspek Kecemasan

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

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

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

1. Komponen Kognitif

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

2. Komponen Fisik

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

3. Komponen Perilaku

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

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

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

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

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

2.5.6 Ciri-ciri Kecemasan

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

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

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

2.5.7 Jenis Kecemasan

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

1. *Trait anxiety*

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

2. *State anxiety*

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

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

1. Kecemasan neurosis

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

2. Kecemasan moral

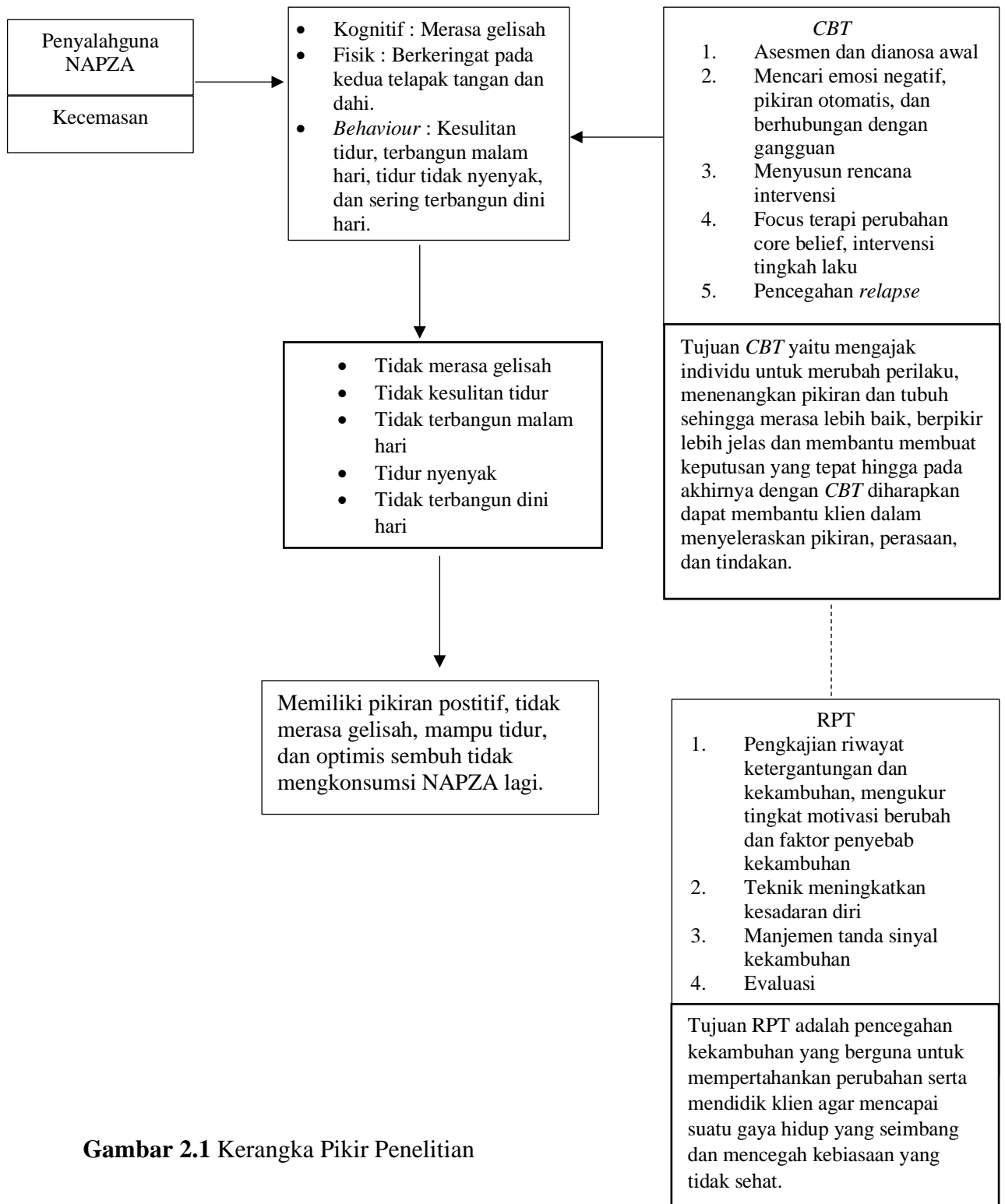
Moral *anxiety* adalah kecemasan yang disebabkan adanya konflik antara ego dan superego. Moral *anxiety* muncul ketika individu merasa bersalah, yaitu ketika ia melanggar norma moral ataupun tidak sama sesuai dengan nilai moral yang ada sehingga ia mendapatkan hukuman dari superego.

3. Kecemasan realistik

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

2.6 Kerangka Pikir Penelitian

Berikut kerangka pikir dari penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 2.1 Kerangka Pikir Penelitian

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

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

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

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

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

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