

BAB V

PEMBAHASAN

A. Pembahasan tentang Efektivitas KKP untuk Mengubah Kecenderungan Orientasi Berpikir Konseli Adiksi Obat

Konseli adiksi obat sebelum konseling cenderung berpikir eksternal negatif dan internal negatif dalam memandang keterpurukan yang dialaminya. Konseli adiksi obat cenderung menggantungkan diri pada sesuatu di luar dirinya saat ia membuat pertimbangan, berpikir dan bertindak secara negatif, serta memandang dan memperlakukan dirinya secara negatif. Konseli yang orientasi berpikirnya eksternal negatif meletakkan tanggung jawab kerancuan dirinya pada objek-objek di luar diri sendiri secara negatif, yaitu kepada : (1) orang tua; (2) saudara-saudaranya; (3) masyarakat dan lingkungan; serta (4) teman-temannya. Konseli adiksi obat tidak mampu untuk mengoreksi kekurangan dirinya, memandang orangtua, famili, masyarakat, lingkungan, dan teman-temannya yang membuat dirinya terjerumus ke dalam keadiksian. Hasil penelitian ini sejalan dengan pendapat Dyer and Dyer (1977) dan Hafid (1997) yang menyatakan dan menemukan bahwa konseli adiksi cenderung berpikir eksternal negatif dan internal negatif.

Dalam proses konseling, orientasi berpikir konseli identik dengan istilah kognisi. Surya (2003 : 75) mengemukakan bahwa kognisi merupakan bagian intelek yang merujuk pada penerimaan, penafsiran, pemikiran, pengingatan, penghayatan atau penciptaan, pengambilan keputusan, dan penalaran. Bagaimana

orang memandang satu kejadian seringkali menentukan reaksi emosi dan kombinasi kognisi dengan emosi akan menghasilkan respon perilaku.

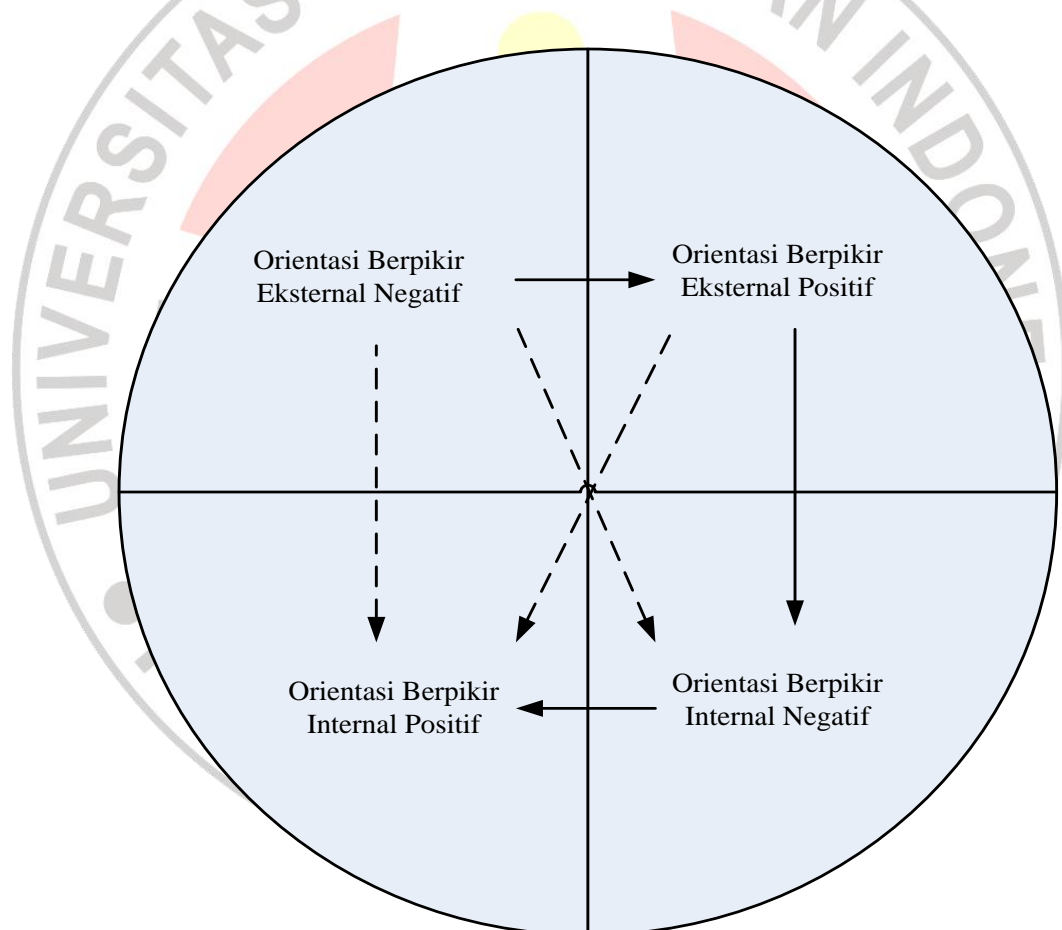
Orientasi berpikir konseli adiksi mencerminkan keyakinan berpikir untuk mengendalikan dan membuat kesan tentang hidupnya. Asumsi berpikir yang salah hampir seluruhnya dipelajari. Proses pembelajaran yang menyebabkan asumsi salah diperoleh melalui lima cara berikut : (1) pengalaman yang dialami langsung; (2) terjadi dengan kejadian seolah-olah mengalami sendiri; (3) pengajaran langsung yang kurang tepat dari orang lain; (4) logika simbolik yang salah; (5) miskonstruksi hubungan sebab-akibat; (6) generalisasi berlebihan; (7) konsep semua atau tidak sama sekali; (8) pernyataan mutlak; (9) ketidak-akuratan semantik; dan (10) akurasi waktu. Dikemukakan lebih lanjut bahwa asumsi berpikir yang salah (orientasi berpikir eksternal dan internal negatif) cenderung sulit sekali diubah karena beberapa alasan, yaitu : (1) dianggap sebagai hal yang bersifat pribadi; (2) telah ada sejak dini; dan (3) sudah merupakan bagian integral dengan kepribadiannya.

Hasil penelitian yang senada ditemukan pada penelitian yang dilakukan oleh Bates *et al.* (2002) berjudul “*Individual Differences in Latent Neuropsychological Abilities at Addictions Treatment Entry*” yang dimuat dalam *Psychology of Addiction Behaviors*, Vol. 16, No. 1, pp. 35-46. Penelitian ini mengungkap struktur tersembunyi dari kemampuan neuropsikologis dan faktor-faktor risiko yang menyebabkan berkurangnya kemampuan. Responden dalam penelitian ini berjumlah 197 orang yang mengikuti program penanganan

ketergantungan obat. Dari hasil analisis faktor konfirmatoris (*confirmatory factor analysis*), dihasilkan 4 faktor yang berkaitan: kemampuan berpikir dan bertindak (*executive*), daya ingat (*memory*), kemampuan verbal (*verbal*), dan kecepatan memproses informasi (*processing speed*). Model penelitian disesuaikan dengan bukti bahwa hasil tes neuropsikologis sangat kompleks karena melibatkan faktor-faktor tersebut dan berkaitan dengan beberapa bagian otak. Analisis jalur (*path analysis*) menunjukkan bahwa faktor risiko mempengaruhi hingga 34%-57% pada kemampuan seseorang. Usia, pendidikan, dan status kesehatan memiliki pengaruh yang sangat besar dalam pembentukan kemampuan seseorang. Diagnosis kelainan yang disebabkan oleh penggunaan obat-obatan terlarang, masalah perilaku yang terjadi di masa kanak-kanak, riwayat penggunaan alkohol dalam keluarga, dan psikopatologis juga berpengaruh secara signifikan pada kemampuan tersembunyi (*latent*) tertentu. Pengetahuan tentang menurunnya kemampuan neuropsikologis bermanfaat secara klinis, dan faktor-faktor risiko tertentu dapat membantu para konselor untuk menentukan konseli yang perlu mendapatkan tes neuropsikologis secara formal.

Hasil penelitian ini mengindikasikan bahwa semakin berat konseli adiksi obat maka cenderung berpikir dan berperilaku semakin eksternal negatif dan internal negatif. Oleh karenanya, ketika konseling mesti ada upaya dari pihak konselor untuk membantu mengubah pikiran eksternal negatif dan internal negatif ke eksternal positif sampai akhirnya berubah menjadi internal positif. Alur proses bantuan perubahan orientasi berpikir konseli adiksi obat dapat dilihat pada gambar 4.1.

Salah satu metode KKP yang cukup populer dan efektif untuk mengubah orientasi berpikir konseli adiksi obat adalah *Mind Over Mood* (Oemarjoedi, 2003 : 62). *Mind Over Mood* merupakan salah satu metode KKP yang berfungsi sebagai panduan dalam melaksanakan konseling. *Mind Over Mood* menyediakan struktur konseling dan intervensi terapeutik untuk merestrukturisasi pola pikir/orientasi berpikir (menguasai pikiran untuk menguasai perasaan dan perilaku) konseli adiksi obat.



Gambar 4.1

Alur Bantuan Konselor dalam Mengubah Orientasi Berpikir Konseli Adiksi Obat

Dalam menghadapi konseli adiksi obat yang memiliki kecenderungan berpikir eksternal negatif dan internal negatif, ada beberapa hal yang harus dijadikan pertimbangan oleh konselor KKP, antara lain: (1) memiliki kesabaran yang baik; (2) menghindari reaksi yang tidak membantu/kurang tepat dalam proses konseling; (3) memperhatikan kondisi emosional konseli dan keterkaitannya dengan orientasi berpikir; (4) mampu menelaah secara hati-hati dan mempunyai bukti yang cukup untuk memastikan kecenderungan berpikir; (5) sangat hati-hati dan cermat dalam merespon semua aktivitas konseli; (6) berbagi pengalaman bersama konseli dalam hal kesamaan kecenderungan berpikir; (7) berhati-hati dalam mencermati kecenderungan berpikir konseli yang tersembunyi; (8) membantu menemukan penyebab terjadinya kecenderungan berpikir yang salah; (9) siap menjadi sasaran kesalahan orientasi berpikir konseli; dan (10) terus mencoba membantu konseli mendapatkan pengalaman baru dalam menguji kecenderungan berpikirnya yang negatif dalam proses konseling dan selanjutnya mengkonstruksi kembali kecenderungan berpikir yang positif.

Konseli yang telah sembuh dari adiksi obat akan memiliki kecenderungan berpikir eksternal positif dan internal positif sebagaimana yang ditemukan pada konseli kelompok eksperimen setelah mengikuti proses konseling menggunakan KKP. Konseli yang cenderung berpikir eksternal positif dan internal positif memiliki warna emosi yang sama, yaitu : (1) bergelora; (2) berapresiasi yang indah; (3) lega; (4) gembira; (5) cinta; (6) bahagia; (7) riang; (8) puas; (9) senang; dan (10) bangga. Karakteristik tersebut senada dengan pendapat Plutchik (Morris, 1976 : 408), Dyer and Vried (1977 : 49) dan penelitian Hafid (1997).

Mengubah kecenderungan orientasi berpikir konseli adiksi obat dari eksternal negatif dan internal negatif ke internal positif dan eksternal positif bukanlah suatu proses yang mudah. Oleh karena itu, seorang konselor KKP perlu memiliki kompetensi minimal agar efektif dalam membantu konseli adiksi obat mengubah kecenderungan orientasi berpikirnya. Padesky & Greenberger (Oemarjoedi, 2003 : 63) merinci kompetensi minimal seorang konselor KKP dalam membantu mengubah kecenderungan orientasi berpikir konseli adiksi obat, yaitu : (1) memahami interaksi antara pikiran, perasaan, perilaku, reaksi fisik dan kondisi lingkungan; (2) memahami alat dan dasar teori yang harus dipergunakan apabila ada masalah gangguan mood secara khusus; (3) menguasai prinsip-prinsip psikologi belajar dan psikologi memori; (4) mampu mengenali hubungan antara pola pikir dan perasaan; (5) mampu mengenali ciri khas perasaan tertentu; (6) mampu mengenali pikiran otomatis; (7) mampu mengenali pola pikir yang mengganggu; (8) mampu mengenali bukti-bukti yang mendukung pikiran otomatis dan yang tidak; (9) mampu menampilkan penjelasan terhadap pikiran yang mengganggu berdasarkan bukti-bukti yang ada; (10) mampu mengembangkan rencana penyelesaian masalah; (11) mampu mengalami pergeseran emosi sebagai hasil dari catatan pikiran otomatis, eksperimen dan rencana penyelesaian masalah; (12) mengenali asumsi dasar dan keyakinan utama; (13) mengenali dan mencatat bukti yang bertentangan dengan asumsi dasar dan keyakinan utama; (14) mengenali keyakinan utama dan asumsi dasar yang baru; dan (16) mengenali dan mencatat bukti-bukti yang sesuai dengan keyakinan utama dan asumsi dasar yang baru.

B. Pembahasan tentang Efektivitas KKP untuk Meningkatkan Kontrol Diri

Konseli Adiksi Obat

Hasil penelitian tentang kontrol diri konseli adiksi obat, baik pada kelompok eksperimen maupun kelompok kontrol sebelum konseling menunjukkan berada pada kategori lemah. Konseli yang kurang memiliki kontrol diri ini disebabkan karena mereka tidak mempelajari kecakapan dan pengorbanan untuk mencapai suatu tujuan, dan tidak belajar menjadi dirinya sendiri. Masalah yang timbul antara lain : (1) menunjukkan rendahnya disiplin diri; (2) rendahnya kecakapan untuk menata diri sendiri; (3) lebih banyak dikendalikan oleh kesadaran irrasional; (4) dikendalikan oleh kekuatan pihak lain yang tidak sehat; (5) lebih banyak dikendalikan oleh pikiran-pikiran orang lain yang tidak sehat (eksternal negatif dan internal negatif); (6) dikendalikan oleh kebutuhan dan perasaan yang mentah sehingga terjerumus menjadi penyalahguna dan pecandu obat, serta mengalami adiksi obat.

Lemahnya kontrol diri konseli adiksi obat tentunya tidak dapat dibiarkan begitu saja. Konselor seyogyanya membantu konseli meningkatkan kontrol dirinya. Salah satu bantuan yang dapat diberikan oleh konselor adalah melakukan konseling kognitif-perilaku. Usaha ini perlu dilakukan karena menurut Logue (1995:15) individu mengendalikan dirinya berdasarkan prinsip-prinsip belajar. Pada perkembangan awal, perilaku anak dikendalikan oleh agen eksternal, seperti orang tua, kakak atau konselor yang menetapkan standar penilaian dan menunjukkan akibat untuk setiap penampilan perilaku. Standar akan berbeda

untuk setiap perilaku. Hadiah ditunjukkan ketika anak mampu mencapai standar yang ditetapkan, sedangkan hukuman diberikan jika anak menyimpang dari standar yang ditetapkan.

Sejalan bertambahnya usia, individu belajar mengendalikan dirinya sendiri. Pola penguatan dan hukuman, berkembang setelah menerima berbagai dukungan. Menurut Bandura (Dahar, 1996:30-31) manusia mengamati perilakunya sendiri, mempertimbangkan perilaku itu terhadap kriteria yang disusunnya sendiri, dan kemudian memberi penguatan berupa hadiah atau hukuman pada dirinya sendiri.

Kontrol diri adalah kemampuan untuk mengendalikan emosi, hasrat, dan kemampuan manajemen yang efisien untuk masa depan. Dalam psikologi, kontrol diri kadang-kadang disebut regulasi diri, dan mengerahkan kontrol diri melalui fungsi eksekutif dalam pengambilan keputusan yang diperkirakan menguras sumber daya pikiran di ego (Vohs, *et al.*, 2008). Banyak hal yang mempengaruhi kemampuan seseorang untuk mengerahkan kontrol diri, terutama memerlukan tingkat glukosa yang cukup di otak. Mengerahkan kontrol diri berarti menghabiskan glukosa. Penelitian telah menemukan bahwa mengurangi glukosa, dan toleransi terhadap kekurangan glukosa (mengurangi kemampuan untuk mengangkut glukosa ke otak) dapat menurunkan kemampuan kontrol diri, terutama dalam situasi-situasi baru yang sulit.

Analisis perilaku memandang bahwa kontrol diri merupakan lokus (*locus*) dari dua kemungkinan penguatan yang bertentangan, yang kemudian membuat

respons untuk memperkuat pengendalian ketika terjadi perubahan dalam respon terkendali (Skinner, 1953; Pierce & Cheney, 2004).

Kontrol diri secara langsung berkaitan dengan tekanan yang dihadapi oleh individu (konseli). *Pertama, tekanan yang baik (good pressure)*. Tekanan yang baik terjadi ketika individu (konseli) berada dalam lingkungan yang kompetitif tetapi tidak menghakimi dan merugikan lingkungan tersebut. Konseli ingin menjadi seperti orang-orang yang ada di sekitarnya, ingin termotivasi, terinspirasi, dan mendapatkan kontrol diri. *Kedua, tekanan yang buruk (bad pressure)*. Tekanan yang buruk terjadi ketika individu (konseli) berada dalam lingkungan yang tidak kompetitif, menghakimi dan merugikan lingkungan, sehingga menjadi tertekan dan tidak termotivasi. *Ketiga, tidak ada tekanan (no pressure)*. Tidak ada tekanan ketika individu (konseli) bebas, tidak ada kompetisi, dan melakukan segala hal yang diinginkan. Kontrol diri individu didasarkan pada bagaimana ia merasa dan kurang termotivasi karena tidak ada saingan, atau lebih termotivasi tergantung pada urgensi sesuatu yang dilakukannya.

Peningkatan kontrol diri konseli setelah konseling menggunakan KKP ditunjukkan oleh adanya kemampuannya dalam : (1) memikirkan cara-cara menguasai dan mengendalikan situasi sekitarnya yang berkaitan dengan peraturan; (2) memilih tindakan untuk mengatasi masalah yang dihadapinya secara sehat dan tepat; dan (3) menerima risiko atas tindakan yang dilakukannya.

Karakteristik-karakteristik konseli yang kontrol dirinya kuat sebagaimana ditemukan setelah konseling menggunakan KKP dalam penelitian ini senada

dengan pendapat Logue (1995:24) dan hasil penelitian Sukartini (2003) bahwa individu yang mampu mengendalikan diri memiliki ciri-ciri sebagai berikut :

- (1) memegang teguh tugas yang berulang meskipun berhadapan dengan berbagai gangguan;
- (2) mengubah perilakunya sendiri sesuai dengan norma yang ada;
- (3) tidak menunjuk perilaku yang dipengaruhi kemarahan; dan
- (4) bersikap toleran terhadap stimulus yang berlawanan.

Signifikansi kontrol diri bagi konseli adiksi obat dan pasien penyakit lainnya didasarkan pada hasil penelitian Mischel (Wikipedia, nd.) yang menguji kontrol diri anak-anak berusia empat tahun menggunakan *The Marshmallow Test*. Setiap anak diberi *marshmallow* dan diberitahu bahwa mereka dapat memakannya kapan saja sesuai keinginannya masing-masing, tetapi jika mereka menunggu 15 menit, mereka akan menerima lagi *marshmallow*. Penelitian ini menunjukkan adanya korelasi yang positif signifikan dengan kesuksesan anak-anak tersebut di masa depan.

C. Pembahasan tentang Efektivitas KKP untuk Mengurangi Depresi Konseli Adiksi Obat

Konseli adiksi obat mengalami depresi yang cukup tinggi, baik pada kelompok eksperimen maupun kelompok kontrol sebelum konseling. Tidak ada satu konseli adiksi obat pun yang depresinya rendah atau tidak mengalami depresi sama sekali. Depresi adalah sakitnya seluruh tubuh yang melibatkan tubuh, emosi, dan pikiran. Depresi mempengaruhi cara makan, tidur, perasaan tentang diri sendiri, dan cara berpikir tentang sesuatu. Gejala-gejala depresi bervariasi pada

setiap konseli tergantung pada tingkat keparahan depresi. Depresi menyebabkan perubahan pikiran, perasaan, perilaku, dan fisik konseli adiksi obat.

Pertama, perubahan pikiran. Konseli mengalami masalah konsentrasi dan pengambilan keputusan. Beberapa konseli melaporkan adanya kelemahan dalam memori jangka pendek dan panjang, berpikir negatif, pesimistik, harga diri rendah, dihantui perasaan bersalah yang berlebihan, dan mengkritik diri secara berlebihan.

Kedua, perubahan perasaan. Konseli merasa sedih tanpa alasan. Beberapa konseli melaporkan bahwa mereka tidak lagi menikmati kegiatan yang dilakukannya, dan tidak pernah menemukan kesenangan dalam hidupnya, tidak memiliki motivasi, apatis, selalu merasa lambat dan kelelahan dalam beraktivitas, mudah marah, sulit mengontrol kemarahan, merasa tidak berdaya dan putus asa. Mereka memiliki perubahan emosi yang sangat dramatis, misalnya merasa tidak berharga, sedih sekali, dan dibiarkan, mengalami delusi seperti memiliki ide bahwa dirinya tidak berguna, dan berhalusinasi misalnya merasa mendengar suara-suara yang akan menghukum dirinya.

Ketiga, perubahan perilaku. Perubahan perilaku selama depresi mencerminkan mengalami emosi negatif. Konseli bertindak lebih apatis, merasa tidak nyaman dengan orang lain, menarik diri dari kehidupan sosial, mengalami perubahan selera makan secara dramatis, kesedihan yang kronis, dan menangis berlebihan. Beberapa konseli lainnya mengeluh tentang segala sesuatu, marah yang meledak-ledak, kehilangan hasrat seksual, berkurangnya aktivitas seksual

(bagi yang sudah menikah). Konseli dengan tingkat depresi yang kronis mulai mengabaikan penampilan dan kesehatan dirinya, produktivitas kerja dan tanggung jawab rumah tangga menurun. Beberapa konseli bahkan mengalami kesulitan untuk keluar dari tempat tidur.

Keempat, perubahan fisik. Perubahan emosional negatif diikuti oleh kondisi fisik yang memburuk. Beberapa konseli merasa kelelahan yang kronis dan menghabiskan lebih banyak waktu untuk tidur. Beberapa konseli lainnya tidak bisa tidur atau bisa tidur tetapi tidak nyaman. Konseli berbaring kemudian terjaga selama berjam-jam atau terbangun berkali-kali setiap malam, dan menatap langit-langit. Konseli lainnya mengaku selalu tidur selama berjam-jam bahkan hampir sepanjang hari, meskipun mereka masih merasa lelah. Banyak konseli yang kehilangan nafsu makan, banyak mengeluhkan rasa sakit dan nyeri.

Penelitian ini senada dengan penelitian sebelumnya seperti yang dilakukan oleh Morris (1976), Segal (1988), Eni (1991), dan Hafid (1997) yang menemukan bahwa konseli adiksi obat dihipingapi depresi yang akut. Hasil penelitian tersebut diperkuat oleh pernyataan BNN RI (2007a : 119) yang mendaftar karakteristik konseli adiksi obat yang mengalami depresi terlihat dari gejala-gejala perubahan perilaku, sebagai berikut : (1) sering merasa cemas, sedih, atau berpikiran kosong; (2) kehilangan minat pada aktivitas yang digemarinya; (3) mudah capek; (4) sulit berkonsentrasi; (5) suka bengong atau murung; (6) malas; (7) perubahan pola tidur (sulit tidur atau ingin tidur terus); (8) gelisah; (9) mudah marah; (10) perubahan nafsu makan (bisa jadi semakin banyak makan atau tidak mempunyai nafsu

makan); (11) merasa tidak berdaya; (12) terpikir untuk mengakhiri hidup; (13) terlalu bersemangat dan ceria, berbeda dari biasanya; (14) menjadi sangat aktif, cerewet dan berbagai pikiran melintas cepat (atau seperti mendengar suara-suara bisikan aneh); (15) merasa tidak perlu tidur; (16) berperilaku aneh dan berani melakukan hal-hal berbahaya; dan (17) tidak merasa mempunyai masalah.

Penelitian ilmiah telah menemukan bahwa persepsi, harapan, nilai-nilai, sikap, evaluasi diri sendiri dan orang lain, ketakutan dan keinginan adalah semua pengalaman manusia (termasuk konseli adiksi obat) yang mempengaruhi perilakunya sendiri dan perilaku orang lain. Perilaku diri sendiri dan orang lain juga mempengaruhi semua pengalaman kognitif. Dengan demikian, pengalaman kognitif dan perilaku saling terkait dan harus dipelajari, diubah, dan dihilangkan sebagai pasangan interaktif.

Banyak individu berpikir bahwa KKP merupakan tipe konseling dan psikoterapi yang relatif baru perkembangannya. Padahal, Albert Ellis telah menerbitkan buku berjudul *Reason and Emotion in Psychotherapy* pada tahun 1962, Aaron Beck dan D. Stein menulis *The Self Concept in Depression* pada tahun 1960. Pada tingkat tertentu, sebagian besar atau semua teori psikodinamik dan psikoanalitik menggambarkan depresi sebagai salah satu komponen yang dipengaruhi dan mempengaruhi kognitif. Contohnya, Freud dalam *Mourning and Melancholia* yang diterbitkan pada tahun 1917 menunjukkan bahwa melankoli (depresi) dapat terjadi sebagai respon terhadap imajinasi yang merugikan, dan kritik terhadap *self/ego* yang bertanggung jawab terhadap terjadinya depresi.

Perbedaan utama konseling dan psikoterapi psikodinamik dan KKP terletak pada asumsi yang mendasarinya dan teknik yang digunakan untuk mengubahnya. Teori psikodinamik berasumsi bahwa kognisi maladaptif muncul dari kebutuhan internal tertentu, seperti kebutuhan akan kasih sayang, penerimaan, kepuasan seksual, atau tidak terselesaikannya konflik perkembangan dari masa kanak-kanak. KKP berasumsi bahwa kognisi maladaptif disebabkan oleh kesalahan belajar sosial atau kurangnya pengalaman yang memungkinkannya untuk belajar secara adaptif, seperti pengembangan keterampilan mengatasi masalah, pengalaman disfungsi keluarga, atau peristiwa traumatik. Dengan kata lain, konselor KKP mengakui bahwa masalah-masalah psikologis seperti depresi dapat disebabkan oleh pengalaman hidup individu (konseli) yang bersangkutan.

Pada tahun 1970-an, banyak psikolog/konselor mulai menulis tentang aspek kognitif dari depresi, mengidentifikasi berbagai komponen yang terkena dampak kognitif dari depresi, dan mengembangkan KKP untuk menyembuhkan depresi. Dari teori dasar dan penelitian ilmiah terbukti bahwa KKP efektif dan mungkin yang paling efektif sebagai strategi untuk menurunkan bahkan menyembuhkan depresi. Pada tahun 1970-an sampai sekarang, penggunaan KKP terus meningkat secara signifikan untuk mengatasi berbagai masalah psikologis (Franklin, 2008).

Menurut Franklin (2008) KKP memiliki asumsi utama bahwa pikiran dan keyakinan irrasional, generalisasi berlebihan (*over-generalization*) terhadap suatu peristiwa negatif, pesimistik, kecenderungan untuk senantiasa berfokus pada

masalah dan kegagalan, penilaian diri negatif, serta distorsi kognitif lainnya mendorong berkembangnya masalah psikologis, terutama depresi. Konselor KKP dapat membantu konseli mengidentifikasi dan memahami bagaimana distorsi kognitif mempengaruhi kehidupannya.

Dikemukakan lebih lanjut bahwa terdapat beberapa komponen kognitif yang melatarbelakangi terjadinya depresi, yaitu sebagai berikut. *Pertama, evaluasi diri secara negatif.* Evaluasi diri adalah sebuah proses yang berkelanjutan, meliputi : evaluasi pengelolaan tugas hidup, aktivitas yang harus dikerjakan, atau bertindak sesuai dengan aturan yang telah ditetapkan. Dalam depresi, evaluasi diri umumnya negatif dan kritis. Ketika suatu kesalahan terjadi (misalnya adiksi obat), konseli berpikir, *Aku tidak bisa apa-apa. Ini salahku. Aku tidak beres.* Ketika konseli mengalami depresi, dia cenderung untuk mengambil tanggung jawab atas segala sesuatu yang tidak beres, dan cenderung menyalahkan orang lain. Konselor berasumsi bahwa evaluasi diri dalam keadaan depresi akan terlalu kritis, rendah diri, pesimistik, dihantui rasa bersalah yang berlebihan, dan selalu merasa gagal dalam hidupnya.

Kedua, mengidentifikasi kekurangan keterampilan. Kadang-kadang konseli yang depresi dapat secara akurat mengidentifikasi kekurangan keterampilan dirinya. Mereka cenderung berkata : *Aku tidak pandai memberitahu orang-orang apa yang saya inginkan dari mereka.* Hal ini biasanya diikuti dengan evaluasi diri yang negatif. Oleh karena itu, konseli cenderung berkata : *Ini adalah kesalahan saya tidak mendapatkan apa yang saya inginkan.* Dalam keadaan

depresi, konseli menganggap bahwa dirinya tidak dapat mempelajari cara mencapai sesuatu yang diinginkannya. Identifikasi secara akurat kekurangan keterampilan sosial mempersulit konseli yang bersangkutan untuk sembuh dari depresi karena meningkatkan peluang berpikir irrasional dan membesar-besarkan persepsi negatif. Jika kekurangan keterampilan ini nyata terjadi, maka konseli yang depresi mengasumsikan bahwa semua jenis evaluasi diri negatif harus lebih nyata. Ketika depresi, konseli lebih memungkinkan untuk mengidentifikasi sifat-sifat negatif dirinya, dan cenderung kurang melihat bahkan mengabaikan yang positif. Hasilnya adalah daftar panjang dari *hal-hal yang aku tidak bisa melakukannya, atau tugas saya tidak baik, atau kesalahan yang saya buat*. Konselor KKP membantu konseli adiksi obat yang mengalami depresi dalam mengidentifikasi kekurangan keterampilan sosial dan mengembangkan rencana untuk meningkatkan keterampilannya. Mengidentifikasi kekurangan keterampilan adalah bagian penting dari KKP karena konselor dapat mengajarkan cara-cara mengelola dan mengatasi masalah-masalah kehidupannya secara lebih baik.

Ketiga, evaluasi pengalaman hidup. Ketika depresi, konseli berfokus pada aspek-aspek negatif dari peristiwa yang terjadi walaupun sesuatu yang kecil, padahal yang positif lebih besar. Jika ada yang tidak beres, orang yang mengalami depresi mengevaluasi seluruh pengalaman hidupnya sebagai kegagalan atau pengalaman hidup yang negatif. Akibatnya, pengalaman hidup yang akan dikenangnya hampir selalu negatif. Ini mencerminkan harapan yang tidak realistis karena mustahil mencapai seluruh hal yang diinginkan dapat dicapai dengan mulus, tanpa adanya hambatan dan kegagalan. Jika konseli mengharapkan

kesempurnaan yang tidak realistis, ia akan selalu kecewa. Dalam kondisi seperti ini, konselor membantu konseli untuk mengembangkan harapan yang realistis tentang hidup, dan membantunya menentukan dan memenuhi sesuatu yang dibutuhkannya, bukan sesuatu yang diinginkannya. Konseli yang mengalami depresi kronis cenderung kehilangan harapan hidup sehat yang lebih baik dan realistis.

Keempat, self-talk. Self-talk adalah suatu cara untuk menjelaskan semua hal yang dikatakan kepada diri sendiri setiap saat selama menghadapi hambatan, membuat keputusan, dan menyelesaikan masalah. *Self-talk* bukan berbicara kepada diri sendiri dalam arti harfiah, meskipun kadang-kadang tidak melibatkan berbicara dengan suara keras (tergantung pada orangnya). Ada mitos bahwa ketika seseorang berbicara kepada diri sendiri, itu adalah tanda "kegilaan" atau penyakit mental. Gagasan itu berasal dari "suara" atau halusinasi yang kronis dalam bentuk penyakit mental seperti skizofrenia. Ketika seseorang mendengar suara-suara, dia mengira itu adalah orang lain berbicara kepada mereka. *Self-talk* tidak digambarkan seperti itu sama sekali. Setiap individu terlibat dalam pembicaraan dengan diri sendiri. Biasanya, ini adalah bagian dari proses berpikir atau biasa disebut dengan "arus kesadaran" (*stream of consciousness*). Ketika seseorang dihadapkan kepada masalah atau keputusan, ia mungkin berpikir, *Oke, bagaimana saya menangani ini?* atau *Sepertinya ini sulit, aku lebih baik meminta bantuan.* atau *Aku tahu bagaimana memperbaiki ini!* *Self-talk* itu tidak jelek, salah atau tanda masalah psikologis. *Self-talk* itu normal. Tetapi, *self-talk* negatif dapat menghalangi seseorang dari pemecahan masalah dan memberikan kontribusi

untuk berbagai masalah psikologis, termasuk depresi. Jika dihadapkan kepada masalah, individu melakukan *self-talk* negatif, maka hal itu dapat melumpuhkannya dan terjerembab ke dalam masalah, termasuk depresi. Individu dengan *self-talk* negatif cenderung berkata : *Aku tidak bisa melakukan ini, ini akan sia-sia saja bagiku* atau *Aku ini sampah masyarakat* atau *lebih baik aku mengakhiri hidup saja*. Dalam kasus ini, konselor dapat membantu konseli yang mengalami depresi dalam mengidentifikasi *self-talk* negatif, dan mengajarkan kepadanya cara-cara untuk menantang pernyataan-pernyataan negatif dan menggantinya dengan *self-talk* yang positif.

Kelima, pikiran otomatis (automatic thoughts). Pikiran otomatis bisa menjadi positif atau negatif. Masalah-masalah psikologis berkembang ketika pikiran otomatis negatif secara konsisten. Pikiran otomatis karena bukan hasil dari analisis masalah, melainkan reaksi spontan tanpa dipikirkan/dipertimbangkan secara matang terlebih dahulu terhadap situasi tertentu. Sebagai contoh, dalam situasi sosial, apakah konseli selalu menganggap orang lain tidak menyukainya atau berpikir bahwa dirinya bodoh? Ketika pikiran-pikiran otomatis mengontrol emosional konseli terhadap orang lain, masalah dan peristiwa, konseli mengabaikan bukti yang bertentangan dengan pikiran otomatis. Jika konseli tidak dapat mengabaikan hal itu, ia menjelaskan bukti dalam bentuk pikiran otomatis. Sebagai contoh, jika konseli berbicara dengan seseorang dan mereka tersenyum, mereka mentertawakannya, bukannya senang berjumpa dengannya. Pikiran otomatis membuat suatu harapan yang negatif. Karena banyak hal dalam hidup tidak jelas dan dapat ditafsirkan dalam banyak cara, konseli harus belajar cara

mengevaluasi dunia yang dipandang negatif. Dalam kasus ini, konselor KKP membantu konseli untuk belajar mengidentifikasi pikiran otomatisnya yang negatif dan mengembangkan tantangan positif kepada ide-idenya yang negatif.

Keenam, ide dan keyakinan irrasional. Albert Ellis adalah seorang terapis yang pertama kali mengemukakan gagasan bahwa keyakinan irrasional adalah inti dari berbagai masalah psikologis. Keyakinan irrasional ini dapat juga disebut tidak realistis, tidak tepat, atau maladaptif. Dalam kasus ini, konselor KKP dapat membantu konseli dengan menyarankan bahwa gagasan-gagasan ini tidak rasional karena tidak logis, atau didasarkan pada asumsi-asumsi yang salah. Beberapa contoh dari keyakinan irrasional : *Aku tidak bisa bahagia kecuali semua orang suka padaku. Jika aku melakukan apa yang selalu kuharapkan, hidupku akan menjadi luar biasa.* Hal yang membuat ide-ide ini tidak rasional atau maladaptif adalah keyakinan bahwa mereka harus selalu benar. Tentu saja, bekerja keras akan meningkatkan peluang untuk sukses, tetapi sukses tidak dijamin. Ada saat-saat ketika seseorang melakukan segalanya dengan benar, tetapi tidak mendapatkan apa yang diinginkannya. Bagi sebagian orang, ini membawa pada kesimpulan bahwa mereka malas, tidak baik, tidak kompeten, atau lemah. Hasilnya adalah hilangnya harga diri, dan kadang-kadang depresi. Dalam kondisi seperti ini, konselor KKP membantu konseli untuk mengidentifikasi ide-ide tidak rasional, dan mengevaluasi ide-ide yang rasional dan tidak rasional. Akhirnya, ide-ide perlu diubah menjadi realistik dan rasional.

Ketujuh, generalisasi berlebihan (overgeneralizing atau catastrophizing).

Catastrophizing adalah generalisasi berlebihan negatif. Contohnya : banyak konseli adiksi obat yang mengalami adiksi berat mengasumsikan bahwa : *Tidak ada seorang pun yang menyukaiku, atau Aku harus menjadi orang yang mengerikan jika orang lain tidak menyukaiku.* Jika generalisasi berlebihan terus dilakukan, maka akan sampai pada kesimpulan bahwa dirinya buruk, tidak kompeten, penuh dosa, tidak berguna, dan ingin mengakhiri hidup. Kondisi ini akan mengakibatkan stress dan mengalami depresi berat. Konselor dapat membantu konseli untuk mengidentifikasi dan mengubah generalisasi negatif yang berlebihan.

Kedelapan, distorsi kognitif. Distorsi kognitif adalah cara lain untuk menjelaskan ide-ide irrasional, generalisasi berlebihan, kesalahan, atau mengembangkan asumsi-asumsi yang salah tentang sesuatu yang dipikirkan orang lain tentang dirinya atau sesuatu yang diharapkan dari orang lain. Konseli dapat mendistorsi realitas dengan cara mengevaluasi suatu situasi. Konsep distorsi kognitif menekankan pentingnya persepsi, asumsi dan penilaian dalam menghadapi dunia nyata. Dalam kasus ini, konselor KKP membantu konseli untuk menentukan objektif distorsi yang dievaluasi dengan memberikan umpan balik tentang dunia nyata yang dievaluasi, dan mengajarkan cara-cara untuk mengubah cara mempersepsi masalah.

Kesembilan, berpikir pesimis. Berpikir pesimis tidak menyebabkan depresi, tetapi tampaknya lebih mudah untuk mengalami stress jika konseli

cenderung melihat dunia dengan pesimisme. Pesimisme adalah kecenderungan untuk berpikir bahwa segala sesuatu tidak akan berjalan seperti yang diinginkan, individu tidak akan mendapatkan apa yang diinginkannya. Pesimisme mendorong terjadinya distorsi kognitif dan *self-talk* negatif. Di sisi lain, optimisme muncul untuk menciptakan perlindungan dari depresi. Putus asa dan ketidakberdayaan adalah ciri utama depresi. Jika konseli memandang dunia sebagai sesuatu yang buruk, penuh dengan masalah, dan tidak berpikir dirinya dapat melakukan sesuatu untuk mengatasi masalah, ia akan merasa tidak berdaya. Jika konseli tidak percaya akan mampu memperbaiki hidupnya, jika konseli berpikir masa depannya suram, maka ia akan mulai merasa putus asa. Pesimisme mendorong penilaian negatif terhadap hidupnya. Optimisme akan menghalangi konseli untuk mencapai kesimpulan tersebut. Bahkan, konselor KKP dapat meneliti dan mengajarkan cara belajar menjadi lebih optimis, sebagai cara untuk melawan depresi.

Berdasarkan uraian tersebut, terdapat beberapa prinsip umum dalam melakukan konseling dengan konseli yang mengalami depresi. *Pertama*, konselor melakukan asesmen tentang tingkat depresi. Hal ini sangat berguna untuk mengakses, menstimulasi, memodifikasi, menunjukkan ekspresi, dan mendiagnosis konseli secara tepat. *Kedua*, dasar dari asesmen ini adalah menetapkan strategi konseling direktif untuk mengetahui proses-proses internal konseli sehingga mempermudah proses pengubahan tingkat depresi konseli. Dianjurkan bahwa intervensi konseling yang tepat harus memperhatikan empat kategori ekspresi emosional (tingkat depresi) berikut : (1) emosi dasar adaptif;

(2) emosi sekunder; (3) emosi instrumental; dan (4) emosi dasar salahsuai (*maladaptive*).

Dalam proses konseling, konselor harus memahami manifestasi dan dinamika depresi agar dapat membantu konseli adiksi obat untuk mengatasi masalah yang dihadapinya. Konselor dapat membantu konseli untuk mengakui segala kemungkinan dan menciptakan masalah pribadi yang juga berarti menghukum diri sendiri. Ketika konseli dalam konseling dapat menunjukkan suatu hal yang mungkin terjadi, konselor dapat memiliki kemampuan untuk membantu konseli yang sedang menghukum dirinya sendiri. Dengan landasan kaidah agama, konselor dapat membantu konseli untuk melakukan pertobatan secara benar dalam upaya menghilangkan depresi.

D. Pembahasan tentang Efektivitas KKP untuk Meningkatkan Regulasi Diri Konseli Adiksi Obat

Hasil penelitian menunjukkan bahwa regulasi diri konseli adiksi obat kelompok eksperimen dan kelompok kontrol sebelum konseling cenderung lemah. Konseli dengan regulasi diri yang lemah menunjukkan perilaku yang maladaptif, ketidakmampuan membuat keputusan yang adaptif, dan ketidakmampuan melakukan refleksi diri (taubat) dari segala perbuatan salah yang telah dilakukannya.

Kondisi sebaliknya, ditunjukkan oleh konseli adiksi obat kelompok eksperimen setelah konseling menggunakan KKP yang cenderung mengalami

penguatan regulasi diri. Upaya untuk meningkatkan regulasi diri konseli menjadi sangat signifikan dalam kehidupan sehari-hari karena kualitas terpenting sebagai manusia normal adalah kemampuan dalam mengatur diri. Regulasi diri memainkan peranan penting dalam penyesuaian diri yang dilakukan oleh manusia dalam kehidupannya. Rothbaum *et al.* (1982) menjelaskan dua proses untuk membentuk penyesuaian diri, yaitu pengendalian utama, perubahan lingkungan supaya sesuai dengan diri; dan pengendalian sekunder, serta mengubah kondisi diri supaya sesuai dengan kondisi lingkungan. Regulasi diri adalah komponen besar dari pengendalian sekunder.

Setiap orang akan berusaha untuk meregulasi fungsi dirinya dengan berbagai cara untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Winne dalam Boekaerts, 2000). Oleh karena itu, yang membedakan hanyalah efektivitas dari *self-regulation* itu sendiri. Pada waktu seseorang mampu mengembangkan kemampuan *self-regulation* secara optimal, maka pencapaian tujuan yang telah ditetapkan dapat dicapai secara optimal. Sebaliknya, pada saat seseorang kurang mampu mengembangkan kemampuan *self-regulation* dalam dirinya, maka pencapaian tujuan yang telah ditetapkannya tidak dapat dicapai secara optimal. Ketidakefektifan dalam kemampuan *self-regulation* ini bisa disebabkan oleh kurang berkembangnya salah satu fase dalam proses *self-regulation* terutama pada fase *forethought* dan *performance control* yang tidak efektif (Bandura, 1991; Zimmerman, 1998; Boekaerts, 2000).

Berdasarkan perspektif *social cognitive*, proses *self-regulation* digambarkan dalam tiga fase putaran (*cycle*), yaitu fase perencanaan,

pelaksanaan/pembuatan keputusan, dan proses evaluasi. Fase *forethought* berkaitan dengan proses-proses yang berpengaruh yang mendahului usaha untuk bertindak dan juga meliputi proses dalam menentukan tahap-tahap untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Fase *performance or volitional control* meliputi proses-proses yang terjadi selama seseorang bertindak dalam upaya mencapai tujuan yang telah ditetapkan pada fase sebelumnya. Fase *self-reflection* meliputi proses yang terjadi setelah seseorang melakukan upaya untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, dan pengaruh dari respon (*feedback*) terhadap pengalamannya yang kemudian akan memberikan pengaruh pada fase *forethought* dalam menetapkan tujuan dan langkah-langkah yang harus dilaksanakannya. Ketiga fase tersebut terus menerus berulang dan membentuk suatu siklus.

Penelitian terakhir yang mengeksplorasi proses kompleks regulasi diri sebagai fitur penting dalam KKP telah banyak dilakukan. Banyak faktor yang saling berkaitan untuk meningkatkan regulasi diri. Kemampuan untuk mengatur diri memiliki keuntungan untuk meningkatkan kesehatan mental konseli adiksi obat dalam kehidupannya.

Karoly (1993) telah mengkaji ulang mekanisme regulasi diri berbasis KKP bahwa proses-proses internal, memungkinkan seorang konseli mampu mengarahkan kegiatan dan aktivitasnya untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Regulasi diri menyiratkan modulasi pikiran, perasaan, perilaku, atau perhatian yang disengaja atau otomatis melalui penggunaan mekanisme khusus dan mendukung meta-keterampilan. Proses-proses regulasi diri adalah aktivitas rutin yang dimulai ketika konseli mendapat hambatan dalam mencapai

tujuannya, misalnya tantangan, kegagalan, kebiasaan pola tindakan, dan hambatan-hambatan lainnya. Regulasi diri merupakan elemen penting untuk memandu perilaku individu mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Regulasi diri akan menguat atau melemah karena kuat atau tidaknya penetapan tujuan, monitoring diri, evaluasi diri, konsekuensi diri, efikasi diri, dan meta-keterampilan.

E. Pembahasan tentang Efektivitas KKP untuk Meningkatkan Efikasi Diri Konseli Adiksi Obat

Hasil penelitian tentang efikasi diri konseli adiksi obat sebelum konseling, baik pada kelompok eksperimen maupun kelompok kontrol menunjukkan adanya kecenderungan efikasi diri yang lemah. Sementara itu, efikasi diri konseli adiksi obat kelompok eksperimen setelah konseling menggunakan KKP menunjukkan adanya perubahan yang sangat signifikan yaitu kategori kuat, baik secara umum, dimensi, maupun indikatornya. Hasil penelitian pada kelompok juga mengalami perubahan ke arah kategori kuat tetapi tidak signifikan atau persentase perubahannya kecil, baik umum, dimensi, maupun indikatornya.

Self-efficacy merupakan penilaian dan keyakinan konseli tentang kemampuannya dalam melaksanakan tugas dan menampilkan tindakan tertentu yang berkaitan dengan tugasnya selama mengikuti proses konseling, menjalani kehidupan, dan mengatasi berbagai permasalahan hidup, termasuk adiksi obat dengan baik dan efektif.

Self-efficacy dideskripsikan sebagai keyakinan bahwa seseorang mampu melakukan sesuatu dengan cara tertentu untuk mencapai tujuan tertentu (Ormrod, 2006). *Self-efficacy* merupakan keyakinan bahwa seseorang memiliki kemampuan untuk bertindak dalam memenuhi kebutuhan dan mengatur situasinya. *Self-efficacy* juga berkembang dalam dunia sastra dan kehidupan masyarakat yang bermakna sebagai keyakinan bahwa tindakan seseorang memiliki dampak terhadap lingkungannya (Steinberg, 1998). Artinya, seseorang menimbang kemampuannya didasarkan pada kriteria penguasaan tertentu, termasuk sembuh dari adiksi obat dan mampu menghindari *relapse*. *Self-efficacy* juga bermakna sebagai kompetensi seseorang dalam kerangka tertentu, berfokus pada penilaian seseorang terhadap kemampuannya untuk melaksanakan tugas-tugas tertentu dalam kaitannya dengan tujuan dan standar yang telah ditetapkan, bukan dibandingkan dengan kemampuan orang lain. Selain itu, ia membentuk pengalaman masa lalu pribadinya untuk mengatasi permasalahan yang sama atau hampir sama di masa-masa mendatang (Smalley dalam Ormrod, 2006).

Lebih jauh, Bandura (1997; 2001) mendefinisikan *self-efficacy* sebagai keyakinan seseorang (konseli) terhadap kemampuannya untuk mencapai kesuksesan dalam situasi yang spesifik (misalnya sembuh dari adiksi obat dan tidak *relapse*). Konseli menyadari bahwa *self-efficacy*-nya dapat memainkan peranan yang penting dalam menentukan dan menetapkan tujuan, melaksanakan tugas, dan menghadapi tantangan kehidupan.

Konsep *self-efficacy* dipopulerkan oleh Albert Bandura dalam *Social Cognitive Theory*, yang menekankan pada peran sosial, pengamatan (*observational learning*), dan pengalaman dalam pengembangan kepribadian. Menurut teori Bandura, konseli yang *self-efficacy*-nya tinggi percaya bahwa mereka dapat melakukan sesuatu (termasuk berupaya untuk sembuh dan tidak *relapse* dari adiksi obat) dengan baik dan memungkinkan untuk memahami dan menganggap tugas-tugas dan permasalahan hidup yang dialaminya yang sulit sebagai sesuatu yang harus dikuasai, diatasi, disembuhkan dengan baik, bukan sesuatu yang harus dihindari.

Bagi konseli adiksi obat, *self-efficacy* akan mempengaruhi berfungsi atau tidak-nya potensi pikiran, perasaan, dan perilakunya. Terdapat beberapa hal yang dapat menjelaskan pengaruh *self-efficacy* terhadap keberfungsian potensi pribadi konseli secara optimal. *Pertama, menentukan pilihan perilaku (choices regarding behavior)*. Konseli cenderung untuk mengambil tugas yang diyakini dapat dikerjakan dengan baik. Artinya, konseli adiksi obat yang memiliki *self-efficacy* yang tinggi cenderung akan menentukan pilihan perilaku dalam memilih tugas (konseling) yang diyakini dapat dikerjakan dengan baik dan menghindari perilaku maladaptif yang dapat menimbulkan adiksi dan *relapse*. Sebaliknya, konseli akan cenderung menghindari tugas-tugas atau masalah-masalah yang sulit jika mereka memiliki *self-efficacy* yang rendah. Csikszentmihalyi (1997) dalam penelitiannya menunjukkan bahwa *self-efficacy* yang tinggi/mencapai tingkat optimal akan mendorong konseli untuk menangani tugas-tugas, mengatasi masalah-masalah yang menantang, dan mendapatkan pengalaman baru yang lebih berharga.

Kedua, meningkatkan motivasi (motivation). Konseli dengan *self-efficacy* yang tinggi cenderung lebih meningkatkan usaha dan keseriusan dalam mengerjakan suatu tugas atau mengatasi suatu masalah. Bandura (1977) mengatakan *self-efficacy* yang tinggi atau ekspektasi penguasaan tugas/masalah yang kuat cenderung mengarahkan konseli untuk aktif menghadapi masalahnya dengan baik dan mempelajari keterampilan mengatasi masalah (*coping skills*) yang baru. Fungsi ini mengandung makna bahwa konseli dengan *self-efficacy* yang tinggi akan mampu menentukan seberapa besar usaha dan keseriusan yang diperlukan untuk sembuh dari adiksi obat dan menghindari *relapse*.

Ketiga, mempengaruhi pola pikir dan merespon sesuatu (thought patterns & responses). *Self-efficacy* yang rendah dapat mengarahkan konseli pada keyakinan bahwa tugas-tugas atau masalah-masalah yang dihadapinya sangat sulit untuk dihadapi. Dalam kasus ini, *self-efficacy* mempengaruhi pola pikir dan reaksi emosional terhadap perkiraan mampu atau tidaknya konseli yang bersangkutan dalam menyelesaikan konseling, menyembuhkan adiksi obat, dan memastikan untuk tidak *relaps*.

Keempat, mengembangkan perilaku sehat (health behaviors). Perilaku yang sehat seperti tidak merokok, tidak mengkonsumsi obat (napza), olah raga, diet, menjaga kesehatan tubuh, dan perilaku sehat lainnya bergantung pada tinggi atau rendahnya *self-efficacy* (Conner & Norman, 2005). *Self-efficacy* adalah keyakinan kognisi untuk menentukan kapan waktu memulai perubahan perilaku ke arah yang lebih sehat, berapa banyak usaha yang akan dikeluarkan, dan berapa

lama ia akan bertahan dalam menghadapi rintangan dan kegagalan. *Self-efficacy* mempengaruhi konseli untuk menempatkan dan mengubah perilaku berisiko dan keseriusan untuk terus berusaha mencapai kesuksesan (kesembuhan) dan tidak *relapse* meskipun banyak hambatan dan kemunduran yang melemahkan motivasi. *Self-efficacy* mempengaruhi konseli untuk menetapkan tujuan-tujuannya, misalnya *aku berniat untuk sembuh dari adiksi obat*, atau *aku berniat untuk tidak relapse*, atau *aku tidak akan bergaul dengan orang lain yang mengajak mengkonsumsi obat*. Sejumlah penelitian yang dilakukan oleh Luszczynska & Schwarzer (2005) tentang adopsi praktik kesehatan telah mengukur dan membuktikan bahwa *self-efficacy* mempengaruhi pada perubahan perilaku. *Self-efficacy* yang tinggi akan mempengaruhi pada perubahan perilaku yang lebih *well-adjusted*, sedangkan *self-efficacy* yang rendah akan mempengaruhi pada perubahan perilaku ke arah *mal-adjusted*.

Kelima, mempertahankan ide-ide yang lebih positif (the destiny ideas).

Bandura (1977; 1997; 2001) menunjukkan bahwa setiap individu (konseli) dengan tingkat *self-efficacy* yang berbeda akan berbeda pula dalam memandang dunia secara fundamental. Konseli dengan *self-efficacy* yang tinggi memiliki keyakinan dan kesimpulan bahwa ia akan mampu mengontrol kehidupannya secara positif; ia akan bertindak dan membuat keputusan yang aman dan bermanfaat bagi kehidupannya. Dengan kata lain, konseli dengan *self-efficacy* yang tinggi akan menunjukkan upaya mempertahankan perilaku *well-adjusted* setelah sembuh dari adiksi obat dan menghindari perilaku *mal-adjusted (relapse)*. Sebaliknya, individu (konseli) dengan *self-efficacy* yang rendah cenderung tidak mampu mengontrol

kehidupannya dan terjerumus ke dalam tindakan dan keputusan yang maladaptif, seperti tetap mengonsumsi dan adiksi obat.

Hasil penelitian ini bermakna bahwa sebagai suatu kecenderungan *self-efficacy* kondisinya dapat meningkat/menguat atau bahkan menurun/melemah. Asumsinya, kecenderungan *self-efficacy* merupakan suatu kontinum dengan variasi indeks persentase yang beragam sehingga dapat ditafsirkan bahwa terdapat kecenderungan konseli yang mempunyai keyakinan yang kuat, baik pada dimensi *magnitude* atau *level*, *strength* maupun *generality*-nya.

Konseli yang memiliki kecenderungan kuatnya pada dimensi *magnitude* atau *level* ditandai dengan kemampuan untuk mengatasi kesulitan masalah keadiksian yang dialaminya sebagai hasil dari persepsi tentang kompetensi dirinya. Konseli yang memiliki kecenderungan kuatnya pada dimensi *strength* ditandai dengan kemantapan terhadap keyakinan bahwa dirinya dapat sembuh dari ketergantungan obat dan dapat menjalani kehidupannya kembali ke arah yang lebih baik. Konseli yang memiliki kecenderungan kuatnya pada dimensi *generality* mengindikasikan adanya fleksibilitas yang kuat terhadap beragam situasi yang muncul. Konseli merespon situasi tersebut secara konstruktif serta menjadikan pengalaman hidupnya sebagai suatu pedoman untuk mencapai kesembuhannya dari keadiksian serta keberhasilan dalam menjalani kehidupan, baik di masa kini maupun di masa yang akan datang.

Keyakinan dan kemampuan akan mendorong konseli untuk bersungguh-sungguh dalam menghadapi kesulitan, masalah keadiksian dan masalah hidup

lainnya, hal ini dapat terlihat dari seberapa besar usahanya dalam menghadapi masalah, seberapa lamakah ia memecahkannya. Sikap optimis menghadapi masa depan mempengaruhi sikap konseli dalam menghadapi hambatan yang menghalangi tujuan hidupnya, hal tersebut dijadikannya sebagai batu loncatan menuju ke arah kesembuhan dari keadiksian dan kesuksesan hidup.

Kesembuhan dari keadiksian dan kesuksesan hidup merupakan salah satu tujuan yang pada akhirnya akan memunculkan kekuatan dalam diri konseli untuk melakukan suatu tindakan sehingga kebutuhannya dapat terpenuhi. Kebutuhan itu merupakan salah satu elemen untuk mengerti dan memahami proses motivasi.

Motivasi diri melalui penetapan tujuan jangka pendek akan menjadi mekanisme yang efektif untuk mengembangkan kompetensi, penghayatan akan keyakinan dan kemampuan diri dan minat intrinsik konseli. Tingginya keyakinan dan kemampuan diri yang dikenal dengan sebutan *self-efficacy* yang dipersepsikan akan memotivasi konseli secara kognitif untuk bertindak lebih persisten dan terarah, terutama apabila tujuan yang hendak dicapai merupakan tujuan yang jelas.

Ada sebagian orang yang kewalahan dan langsung menyerah pada kenyataan menjadi pecandu obat tanpa memiliki keyakinan, harapan, dan motivasi tinggi untuk sembuh dan menjalani hidup normal kembali. Ada pula yang terpengaruh oleh pendapat dan ajakan orang lain yang sebelumnya pesimis dapat sembuh setelah terjerumus menjadi pecandu obat, bahkan ditambah lagi dengan anggapan masyarakat yang menyebutnya sebagai “sampah” masyarakat sehingga

tidak mau lagi berusaha memaksimalkan segenap kemampuannya untuk menyembuhkan keadiksiannya terhadap obat. *Self-efficacy* yang lemah akan menghancurkan motivasi seorang individu (Bandura, 1997), sehingga yang bersangkutan akan mengatribusikan sebuah kegagalan sebagai kurangnya kemampuan dan keyakinan (misal, saya tidak dapat melakukan ini dan saya tidak pernah bisa belajar).

Aset paling berharga yang dimiliki oleh setiap konseli adalah sikap positif, hal ini memberikan suatu kekuatan pada diri konseli untuk melaksanakan sesuatu dengan usaha yang lebih besar. Perkiraan konseli terhadap *self-efficacy* menentukan seberapa lama konseli akan tetap bertahan dan menghadapi hambatan atau pengalaman yang tidak menyenangkan. Apabila kesulitan dialami oleh konseli yang meragukan kemampuannya, maka usaha-usaha untuk mengatasinya akan mengendor atau bahkan dihentikan. Sebaliknya konseli yang memiliki perkiraan *self-efficacy* kuat akan mengerahkan usaha lebih besar dalam upaya pencapaian tujuannya. Orang percaya bahwa aktivitas yang mereka lakukan dapat menghasilkan sesuatu sesuai keinginan mereka dan berusaha serta bersungguh-sungguh dalam menghadapi hambatan yang menjadi rintangan jalan hidupnya.

F. Pembahasan tentang Efektivitas KKP untuk Meningkatkan Harapan Hidup *Wellness* Konseli Adiksi Obat

Hasil penelitian tentang harapan hidup *wellness* konseli adiksi obat, baik kelompok eksperimen maupun kelompok kontrol sebelum konseling memiliki kecenderungan berada pada kategori rendah. Rendahnya harapan hidup *wellness*

konseli adiksi obat sebelum konseling ditunjukkan oleh karakteristik-karakteristik berikut : (1) spiritualitas rendah/lemah; (2) pengarahan diri rendah/lemah; (3) malas bekerja atau beraktivitas dan menggunakan waktu luang untuk hal-hal yang positif, yang ada justru digunakannya untuk kegiatan-kegiatan yang negatif, seperti mengkonsumsi obat-obatan terlarang; (4) kurang mampu menjalin persahabatan secara positif; dan (5) cenderung meningkatkan permusahan dengan orang lain, baik terhadap keluarga, masyarakat, atau pun orang-orang yang ada di sekelilingnya jika mereka melarangnya atau mengingatkannya untuk tidak lagi mengkonsumsi obat-obatan terlarang.

Kondisi sebaliknya, khususnya pada konseli adiksi obat kelompok eksperimen setelah konseling menggunakan KKP memiliki kecenderungan mengalami peningkatan harapan hidup *wellness* ke arah positif tinggi. Konseli yang telah sembuh dari adiksi obat dan kembali menjalani hidup normal tentunya memiliki harapan hidup *wellness*, yaitu sehat multidimensional meliputi aspek fisik dan psikologis. Myers *et al.* (2000 : 252 – 257) mengatakan bahwa konseli yang memiliki harapan hidup *wellness* dinyatakan dalam lima tugas hidup, yaitu : (1) spiritualitas; (2) pengarahan diri; (3) pekerjaan dan penggunaan waktu luang; (4) persahabatan; dan (5) cinta yang secara dinamis berinteraksi dengan tantangan-tantangan hidup yang timbul dalam keluarga, masyarakat, agama, pendidikan, pemerintahan, media, dan dunia usaha/industri.

Konseli yang mencapai tugas spiritualitas pada kategori tinggi memiliki dimensi religiusitas, kedamaian hidup, makna dan tujuan hidup, optimisme,

antisipasi masa depan, dan nilai-nilai untuk membimbing hidup dan pembuatan keputusan. Konseli yang mencapai tugas pengarahan diri pada kategori tinggi ditandai oleh komponen-komponen berikut: (1) mewujudkan dan mempertahankan harga diri; (2) mampu mengendalikan diri; (3) memiliki keyakinan yang realistis; (4) memiliki kesadaran emosional dan *coping*; (5) memiliki kemampuan mengatasi masalah; (6) kreatif; (7) mempunyai rasa humor; (8) dapat memenuhi kebutuhan nutrisi dengan baik; (9) rajin berolah raga; (10) mampu menjaga diri; (11) memiliki kemampuan manajemen stress; (12) memiliki identitas gender yang mantap dan sesuai; dan (13) memiliki identitas budaya.

Konseli yang mencapai tugas hidup berupa memiliki pekerjaan dan dapat menggunakan waktu luang dengan baik. Dalam rangka mewujudkan harapan hidup *wellness* dalam diri konseli, pekerjaan dan waktu luang tidak hanya dimaknai secara ekonomis tetapi juga bermakna sosial, psikologis dan spiritual. Secara ekonomis, pekerjaan sebagai upaya untuk memenuhi kebutuhan ekonomis melalui penghasilan yang diperolehnya. Secara sosial, pekerjaan yang dimiliki dapat menunjang berkembangnya interaksi dan kehidupan sosial. Secara psikologis, pekerjaan merupakan jalan dalam proses perkembangan dan dapat memenuhi kebutuhan-kebutuhan psikologis. Secara spiritual, pekerjaan pada hakekatnya merupakan salah satu perwujudan kewajiban agama.

Konseli yang mencapai tugas hidup menjalin persahabatan, yaitu hubungan sosial antar individu dalam masyarakat yang berdasarkan komitmen

satu dengan yang lain atas dasar keakraban dan saling pengertian. Hasil dari persahabatan adalah didapatkannya dukungan sosial, baik berupa material maupun non-material.

Konseli yang mencapai tugas hidup cinta diwujudkan melalui lembaga keluarga. Dalam cinta hubungan antar individu memiliki derajat keintiman yang lebih mendalam dan bersifat emosional serta seksual. Karakteristik dari hubungan percintaan yang sehat adalah : (1) kemampuan untuk menjadi lebih intim, percaya, dan pembukaan diri terhadap individu lain; (2) kemampuan untuk saling menerima ekspresi afeksi dengan yang lain; (3) kapasitas untuk respek terhadap keunikan yang lain; (4) kehadiran dan stabilitas keintiman hubungan dalam kehidupan orang lain; (5) perhatian terhadap pertumbuhan alamiah pasangan atau orang lain; dan (6) kebahagiaan dalam kehidupan seksual dengan pasangan bagi yang sudah menikah.

Konseli membutuhkan harapan hidup *wellness* yang ingin dapat dicapai di masa depan setelah sembuh dari adiksi obat dalam berbagai aspek kehidupannya, baik pribadi, sosial, pendidikan, karir, pernikahan, persahabatan, dan keluarga di masyarakat. Jika konseli memiliki harapan dalam tugas-tugas hidupnya ia akan termotivasi untuk melanjutkan upayanya dalam mendapatkan sesuatu yang lebih baik. Sebaliknya, konseli yang tidak memiliki atau kehilangan harapan hidup *wellness* ia cenderung tidak memiliki daya dalam berbagai aktivitas dan menyerah begitu saja terhadap segala tantangan dan permasalahan hidup yang dihadapinya. Kondisi seperti ini akan menimbulkan hambatan dan gangguan psikologis dalam

keseluruhan perjalanan hidupnya. Mereka terpenjara dengan keadaan tidak berdaya tanpa harapan masa depan yang lebih baik.

Konselor dapat membantu konseli dengan meyakinkan konseli bahwa sekecil apa pun orang harus memiliki harapan hidup *wellness* yang dapat dicapai di masa depan. Konseli dibantu untuk mengenal dirinya dan situasi lingkungannya secara sehat sehingga konseli memperoleh pemahaman yang lebih sehat terhadap dirinya serta lingkungannya. Selanjutnya, konseli dibantu dalam memperoleh kompetensi secara bertahap untuk mampu mengenal harapannya dan cara mencapainya. Konseli dimotivasi untuk meyakini bahwa masa depannya mempunyai makna dalam keseluruhan hidupnya.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Myers *et al.* (2000; 2007) dan Myers & Sweeney (2005) menunjukkan bahwa *the Wheel of Wellness Model and the Indivisible self Model* dapat digunakan untuk intervensi konseling konseli (termasuk konseli adiksi obat), baik individual maupun kelompok. Proses konseling dimulai dengan asesmen menggunakan instrumen *the WEL dan 5 F-Wel* yang digunakan untuk memahami/menetapkan kondisi awal (*baseline*) *wellness* konseli. Dikemukakan selanjutnya bahwa terdapat empat fase model untuk mengases dan mengintegrasikan kondisi awal *wellness* konseli ke dalam setiap sesi konseling, yaitu : (1) memperkenalkan model *wellness*, dengan menekankan / memfokuskan pada pentingnya memilih dan menciptakan gaya hidup sehat “paripurna dan multidimensional” sepanjang rentang kehidupan; (2) melakukan asesmen, baik secara formal maupun informal yang didasarkan pada model

wellness; (3) melakukan konseling secara intensif untuk meningkatkan *wellness* dalam area model *wellness* yang telah diseleksi; dan (4) mengevaluasi, menindaklanjuti dan secara berkelanjutan melakukan konseling.

G. Pembahasan tentang Efektivitas KKP untuk Meningkatkan Pengarahan Diri Konseli Adiksi Obat

Hasil penelitian tentang pengarahan diri konseli adiksi obat, baik kelompok eksperimen maupun kelompok kontrol sebelum konseling memiliki kecenderungan berada pada kategori lemah. Konseli adiksi obat yang kurang memiliki pengarahan diri, termanifestasikan dalam berbagai kemungkinan seperti kurang percaya diri, dan kurang mampu mengendalikan diri, kurang memiliki rasa percaya diri, tidak memiliki kepercayaan kecakapan, persepsi, motif, dan timbangan dirinya. Hal itu disebabkan oleh proses pembelajaran dan perlindungan yang berlebihan, yang diperoleh dari orangtua ataupun lingkungan, sehingga tidak memiliki kesempatan untuk mempercayai dirinya sendiri.

Masalah yang timbul dari ketidakmampuan mengarahkan diri secara positif, antara lain: (1) generalisasi dari salah satu aspek kepada aspek lainnya seperti kurang percaya pada kecakapan diri, kemudian berkembang menjadi kurang kepercayaan pada hubungan dengan orang lain; (2) kesulitan dalam membuat keputusan; (3) kurang mampu menghadapi kegagalan; (4) keengganan menghadapi risiko; (5) berperilaku dalam cara yang tidak wajar secara psikologis; dan (6) beridentifikasi terhadap kepercayaan diri orang lain.

Kondisi sebaliknya, terjadi pada konseli adiksi obat kelompok eksperimen setelah konseling menggunakan KKP yang menunjukkan tingginya pengarahan diri. Tingginya pengarahan diri konseli adiksi obat kelompok eksperimen setelah konseling menggunakan KKP didukung oleh aspek dan indikator berikut.

Pertama, aspek kebebasan, yakni konseli memiliki kemampuan mengambil keputusan dalam membuat rencana hidup oleh dan untuk diri sendiri. Sedikitnya ada lima ciri konseli yang memiliki kemampuan ini, yakni ia mampu menjawab dengan respon yang tepat atas pertanyaan berikut : (1) bagaimana dan dimana bekerja, belajar, dan menjalani kehidupan?; (2) apa pilihan hidup yang diinginkan?; (3) bagaimana memberikan sesuatu yang berarti bagi diri sendiri dan lingkungan?; (4) pelayanan atau dorongan apa untuk menjalani kehidupan yang lebih baik?; dan (5) dengan siapa sebaiknya menghabiskan waktu dalam hidup?

Kedua, memiliki otoritas, yakni kemampuan mengendalikan rencana hidup seperti : (1) mampu menentukan rencana hidup; (2) mampu membuat keputusan; dan (3) mampu memilih tindakan yang lebih bermakna. *Ketiga*, memiliki dorongan, yakni kemampuan untuk mengorganisasikan dorongan psikologis serta memunculkan kekhasan diri dalam membuat dan mengimplementasikan rencana hidup. Aspek ini terdiri atas indikator-indikator berikut : (1) memiliki dorongan untuk memelihara diri sendiri; (2) memiliki dorongan untuk aktif di lingkungan tempat tinggal; dan (3) memiliki dorongan untuk menemukan karir (pekerjaan).

Ketiga, memiliki tanggung jawab, yaitu merasa berkewajiban untuk memanfaatkan kepercayaan orang lain dan berkontribusi terhadap lingkungan dalam membuat dan mengimplementasikan rencana hidup. Karakteristik konseli yang memiliki tanggung jawab ditandai oleh indikator-indikator berikut : (1) menentukan pilihan; (2) mematuhi hukum dan nilai-nilai; (3) berpartisipasi dalam lingkungan kehidupan; dan (4) berupaya mengembangkan hubungan positif dengan teman, keluarga, dan tetangga.

Keempat, memiliki kontrol diri, yakni kemampuan mengendalikan diri dalam membuat dan mengimplementasikan rencana hidup. Kuatnya kontrol diri konseli ditandai oleh indikator berikut : (1) menyadari keadaan diri; (2) mampu mengelola diri; dan (3) memiliki komitmen terhadap rencana hidup.

Pengarahan diri bagi konseli adiksi obat memiliki *practical significant* dalam menjalani kehidupan yang lebih sehat dan normal karena menjadi pemusatan kekuatan psikologis konseli melalui pengkonsentrasian potensi-potensi pribadi yang dimilikinya dalam proses pencapaian tujuan-tujuan yang ingin diraihinya, khususnya sembuh dari adiksi obat dan tidak *relapse*. Kecakapan pengarahan diri merupakan kemampuan konseli untuk memiliki inisiatif dan kemandirian dalam memilih tindakan yang bertanggung jawab atas pilihan-pilihan yang diambilnya.

Hasil penelitian ini senada dengan yang dikemukakan oleh Knowles (2003 : 27) tentang indikator konseli yang kecakapan pengarahan dirinya berkembang yaitu memiliki : (1) tujuan yang jelas; (2) visi belajar yakni kemauan untuk

senantiasa mengubah diri ke arah yang lebih baik; (3) dasar-dasar belajar seperti dorongan dan keterampilan untuk mengetahui, memahami, dan melakukan sesuatu yang terbaik; serta (4) memiliki konsep diri positif meliputi kesadaran diri, kontrol emosional, dan kontrol perilaku sosial.

Pendapat lainnya dikemukakan oleh Surya (2003 : 50-51) bahwa pengarahannya mempunyai makna sebagai daya yang memberi arah bagi konseli dalam hidupnya, dan bertanggung jawab penuh terhadap konsekuensi dari perilakunya. Makin mampu konseli mengarahkan perilakunya, maka makin mungkin menjalani hidupnya secara efektif dan terhindar dari situasi yang dapat mengganggu perjalanan hidupnya.

Implikasi konseling untuk masalah-masalah yang berkenaan dengan pengarahannya adalah membantu konseli agar mengenal faktor-faktor determinan penyebab timbulnya masalah dan memberikan dukungan kepada konseli bertindak secara tepat dalam keseluruhan perilakunya.

Mengkrystalkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah dikemukakan pada sub bab IV A dan IV B, tentang efektivitas KKP untuk : (1) mengubah orientasi berpikir konseli adiksi obat dari internal negatif dan eksternal negatif menjadi internal positif dan eksternal positif; (2) meningkatkan kontrol diri konseli adiksi obat dari lemah ke kuat; (3) mengurangi depresi konseli adiksi obat dari tinggi ke rendah; (4) meningkatkan regulasi diri dari rendah ke tinggi; (5) meningkatkan efikasi diri dari rendah ke tinggi; (6) meningkatkan harapan hidup *wellness* dari rendah ke tinggi; dan (7) pengarahannya dari lemah ke kuat.

Dari hasil ini, dapat disimpulkan bahwa KKP efektif untuk mengurangi dampak psikologis konseli adiksi obat.

Hasil penelitian ini beralasan karena KKP dapat digunakan dalam waktu yang singkat. KKP difokuskan untuk membantu konseli yang mengalami adiksi obat. Asumsi terpentingnya adalah proses belajar memainkan peranan penting dalam perkembangan dan kelanjutan dari adiksi obat. Proses belajar yang sama ini dapat digunakan untuk mengurangi bahkan memberhentikan penggunaan obat pada konseli. KKP berusaha membantu konseli mengidentifikasi, menghindari, dan mengatasi adiksi obat. KKP membantu konseli untuk *mengidentifikasi* situasi tempat yang biasa digunakan untuk mengkonsumsi obat; *menghindari* situasi-situasi yang dapat menstimulasi penggunaan obat; dan *mengatasi* perilaku adiksi obat.

Carroll (1998 : 5) dari berbagai kajian teoretik maupun empiriknya menyimpulkan bahwa KKP memiliki beberapa konsep penting yang membuatnya begitu menjanjikan untuk digunakan dalam melakukan konseling adiksi obat, yaitu : (1) lebih singkat dibandingkan dengan pendekatan konseling lainnya dan sangat cocok dengan kemampuan konselor pada program klinis; (2) telah dievaluasi secara ekstensif dalam eksperimen klinis yang dilakukan dengan penuh kehati-hatian dan memiliki dukungan empiris yang cukup solid sebagai pendekatan konseling adiksi obat; (3) lebih terstruktur, berorientasi pada tujuan, dan berfokus pada masalah yang baru dialami oleh konseli adiksi obat, baru memasuki program konseling, serta berusaha keras untuk mengendalikan

penggunaan obat pada diri sendiri; (4) fleksibel dan dikhususkan secara individual serta dapat diadaptasi untuk kelompok konseli yang beragam, dalam kondisi yang bervariasi, dan format yang berbeda (kelompok ataupun individual); dan (5) dapat dilakukan secara bersamaan dengan pendekatan konseling lainnya yang memungkinkan konseli dapat membantu dirinya sendiri dan berperan sebagai konselor bagi dirinya sendiri.

Efektivitas KKP untuk menangani berbagai masalah psikologis sudah banyak diteliti secara lebih ekstensif dibandingkan dengan penelitian yang dilakukan terhadap pendekatan konseling lainnya. Reputasi KKP sebagai sebuah pendekatan konseling yang efektif terus menerus berkembang.

KKP adalah pendekatan psikososial yang paling sering dievaluasi dan mendapat dukungan empirik yang kuat untuk menangani kelainan perilaku yang disebabkan oleh penyalahgunaan obat (Holder *et al.* 1991). Hingga saat ini, sudah lebih dari 24 pengujian yang dilakukan secara acak pada orang dewasa pengguna tembakau, alkohol, kokain, marijuana, opium, dan obat-obatan lainnya (Carroll, 1996).

Beberapa penelitian membuktikan bahwa KKP lebih efektif daripada hanya sekedar konseling untuk mengurangi kecemasan dan depresi. KKP sebagai hasil dari penelitian, metode konseling yang lebih singkat dan lebih *intens* telah dikembangkan untuk mengatasi kelainan kecemasan tertentu seperti panik, kecemasan di lingkungan sosial, atau kecemasan yang muncul dengan frekuensi yang sangat sering.

Penelitian ilmiah tentang KKP terus berlanjut. Hasil penelitian menunjukkan bahwa semakin banyak yang terungkap terutama tentang aspek-aspek psikologis dari konseling yang sangat bermanfaat untuk tipe orang yang berbeda dan intervensi konseling yang paling baik digunakan dalam memecahkan permasalahan yang berbeda.

Penelitian menunjukkan bahwa orang yang menggunakan KKP untuk berbagai macam permasalahan – khususnya dalam menangani kecemasan dan depresi—akan dapat bertahan dalam kondisi yang baik untuk waktu yang lebih lama. Ini artinya orang yang menggunakan KKP jarang mengalami kambuh (*relapse*) dibandingkan dengan orang lain yang mengikuti konseling jenis lain atau hanya menggunakan obat-obatan saja. Hasil yang positif ini merupakan bagian dari aspek pendidikan KKP. Konseli yang di-konseling menggunakan KKP lebih banyak menerima informasi yang dapat digunakan untuk menyembuhkan dampak psikologis adiksi obat sehingga ia dapat berperan sebagai konselor bagi diri sendiri.

Kepopuleran KKP semakin bertambah. Semakin banyak lagi dokter, psikiatris, dan konselor yang memilih menggunakan KKP dalam menangani konseli untuk membantu mengatasi berbagai permasalahan besar yang dihadapinya dengan hasil yang memuaskan. Permasalahan-permasalahan itu adalah (1) ketergantungan obat; (2) permasalahan berkaitan dengan kemarahan; (3) kecemasan; (4) kelainan berupa tubuh yang dismorfik; (5) sindrom kelelahan yang kronis; (6) kesakitan yang kronis; (7) depresi; (8) kelainan makan;

(9) kelainan obsesif-kompulsif; (10) kelainan berupa panik; (11) kelainan kepribadian; (12) fobia; (13) kelainan dikarenakan stres pasca traumatik; (14) kelainan psikotik; (15) permasalahan yang berkaitan dengan hubungan sosial; dan (16) fobia sosial (Willson & Branch, 2006 : 10).

Sebuah pengkajian ulang dari kelompok KKP (Carroll, 1996) menyatakan bahwa KKP efektif dalam menangani konseli adiksi obat. Beberapa penelitian mengindikasikan keunggulan KKP. KKP menjanjikan sesuatu yaitu adanya pengurangan tingkat keparahan *relapse*, meningkatkan lama terjadinya efek obat, dan kecocokan antara konseli dan strategi konseling.

Penelitian pertama (Carroll *et al.*, 1991), secara langsung membandingkan KKP dengan psikoterapi aktif lainnya yaitu Konseling Interpersonal (KI/IPT) (Klerman *et al.*, 1984). Carroll menggunakan berbagai fitur metodologi dengan maksud untuk menjaga integritas konseling yang dievaluasi dan mengendalikan berbagai jenis sumber yang ada. Subjek atau konseli diambil secara acak untuk mengikuti konseling adiksi obat. Semua proses konseling diarahkan secara manual dan diimplementasikan oleh konselor minimal setingkat sarjana yang telah menerima pelatihan dan supervisi ekstensif. Hasil konseling pada konseli dinilai oleh evaluator independen.

Dalam penelitian yang dilakukan pada konseli yang sudah keluar dari konseling selama 12 minggu, 42 orang konseli yang mengalami ketergantungan kokain untuk mengisi DSM-II yang dipilih secara acak, kemudian mengikuti KKP atau KI/IPT. Konseli yang mengikuti konseling KKP lebih bersemangat untuk

menyelesaikan konseling sampai tuntas dibandingkan dengan konseli yang mengikuti KI/IPT (67% versus 38%), yang mengikuti KKP mampu mencapai 3 minggu tanpa obat (57% versus 33%), dan terus menerus tanpa obat selama 4 minggu atau lebih setelah meninggalkan konseling (43% versus 19%).

Perbedaan signifikan terlihat pada kelompok yang mengikuti KKP dibandingkan dengan yang mengikuti KI/IPT, walaupun ukuran sampelnya sedikit (54% versus 9%). Di antara sub-kelompok konseli dengan tingkat keparahan pemakaian kokain yang rendah, hasilnya dapat dibandingkan dengan kedua konseling tersebut (Carroll, *et al.*, 1991). Penemuan ini menunjukkan bahwa pecandu kokain yang parah membutuhkan struktur dan pengarahan yang lebih besar melebihi yang ditawarkan oleh KKP, serta menekankan pada pembelajaran dan pelatihan strategi khusus untuk menghentikan dan mengontrol penggunaan kokain.

Penelitian berikutnya lebih rumit karena melibatkan psikoterapi dan farmakoterapi (Carroll, *et al.*, 1994). Pada penelitian ini, KKP dibandingkan dengan Pengelolaan Klinis (PK/CM) (Fawcett *et al.*, 1987) dengan hasil sebagai berikut. *Pertama*, CM memberikan elemen umum hubungan konseling, mencakup hubungan konselor-konseli yang saling mendukung, mendidik, empati, dan meningkatkan motivasi untuk mencegah *relapse*. *Kedua*, CM memberikan pengelolaan medis dan kesempatan untuk mengawasi status klinis konseli dan respon konseling. *Ketiga*, CM memberikan alasan konseling yang meyakinkan konseli agar betah mengikuti dan mentaati aturan proses konseling.

Dalam penelitian ini, 121 orang yang mengalami ketergantungan obat mengisi DSM-III-R yang dipilih secara acak untuk mengikuti salah satu dari keempat cara konseling berikut : (1) KKP digabungkan dengan desipramine; (2) KKP plus placebo; (3) CM plus desipramine; dan (4) CM plus placebo. Peneliti membuat hipotesis bahwa baik KKP maupun desipramine akan lebih efektif dibandingkan dengan CM dan placebo. Lebih jauh lagi, rancangan ini akan memberikan informasi tentang betapa efektifnya penggabungan antara psikoterapi dengan farmakoterapi.

Setelah 12 minggu melakukan konseling, konseli dari keempat kelompok menunjukkan pengurangan penggunaan obat secara signifikan. Penelitian ini secara signifikan menunjukkan hasil bahwa KKP, CM, desipramine, ataupun placebo sama saja. Penelitian ini juga menunjukkan bahwa para pecandu obat dengan kuantitas yang lebih banyak akan mendapatkan manfaat dari adanya struktur tambahan, intensitas, atau isi pendidikan yang ada dalam KKP khususnya berfokus pada pengurangan akses pada obat dan penghindaran diri dari situasi kambuh yang berisiko tinggi. Tetapi, karena penelitian ini berdasarkan pada metode eksploratoris dan analisis *pos hoc*, maka hasilnya harus ditafsirkan secara hati-hati.

Penelitian tentang gejala depresi dan KKP penting dilakukan untuk kepentingan klinis dari kelainan afektif di antara para pecandu obat (Carroll, *et al.* 1995). Peneliti menemukan bahwa KKP lebih efektif daripada CM dalam mempertahankan konseli yang depresi dalam proses konseling. Terdapat beberapa

bukti lain yang menunjukkan bahwa KKP lebih efektif dalam mengurangi penggunaan obat. Ini mungkin saja terjadi karena konseli yang depresi mengalami distress yang berlebihan sehingga meningkatkan semangat untuk mengikuti konseling, serta meningkatkan kemampuan untuk mengimplementasikan dan mengambil manfaat dari keterampilan menghadapi masalah.

Di sisi lain, tidak terdapat bukti bahwa KKP lebih efektif daripada CM dalam mengurangi gejala depresi. Sementara, KKP lebih efektif dengan medikasi antidepresan dalam mengurangi gejala depresi (Elkin *et al.*, 1989; Simmons *et al.*, 1986), pendekatan KKP tidak secara spesifik mengatasi gejala depresi sebagai target konseling untuk mengelola depresi. KKP berfokus secara eksklusif pada pemberian bantuan kepada konseli untuk mengembangkan strategi mengurangi penggunaan obat selama tahap awal konseling. Implikasi dari penemuan ini adalah pentingnya konselor KKP untuk lebih banyak membahas tentang gejala depresi dengan konseli yang mengalaminya (Carroll *et al.*, 1995).

Pengurangan penggunaan obat sangat erat kaitannya dengan proses konseling, meskipun arah dari perubahan ini tidak begitu jelas. Penjelasan dari penemuan ini adalah bahwa pengurangan gejala depresi mengarah pada pengurangan penggunaan obat dengan mengurangi distress, sehingga konseli dapat menggunakan keterampilannya dalam mengatasi permasalahan, bersedia mengikuti konseling, atau mengurangi kemungkinan medikasi diri (*self medication*) dalam menghadapi gejala depresi. Sebaliknya, pengurangan penggunaan obat akan mengarah pada peningkatan gejala depresi karena

berkurangnya depresi berkaitan dengan terbebasnya dari obat, menormalkan kembali jam tidur, memperbaiki pola makan, serta mengurangi penglihatan atau pendengaran pada konsekuensi negatif dari penyalahgunaan obat.

Dalam sebuah survey terhadap 298 pecandu obat, ditemukan bahwa adiksi obat adalah faktor determinan dari kelainan psikiatrik (*psychiatric disorders*), dengan 62% sampel yang memenuhi kriteria RDC untuk adiksi obat seumur hidup dan hampir 30% untuk penggunaan obat di masa-masa akhir (Carroll *et al.* 1993). Penemuan ini sama dengan laporan dari sampel komunitas dengan skala besar, seperti *Epidemiological Catchment Area Study* yang menemukan bahwa 85% individu yang berkriteria adiksi obat (Regier *et al.*, 1990). Lebih pentingnya lagi, adiksi obat yang parah berkaitan dengan ketidakmauan melanjutkan konseling sehingga hasilnya akan lebih buruk (Brady *et al.*, 1995; Carroll *et al.*, 1993; Walsh *et al.*, 1991).

Peneliti mengevaluasi KKP, konseling psikososial, serta farmakologi lainnya untuk populasi yang lebih besar dan menantang (Carroll *et al.*, 1993 inpress). Peneliti membandingkan KKP dengan dua pendekatan konseling lainnya, yaitu CM dan *Twelve Step Facilitation* (TSF) (Nowinski *et al.*, 1992), pendekatan individual yang sesuai dengan 12 langkah pada *Alcoholic Anonymous* (AA) yang memiliki tujuan utama berupa menjalankan usaha agar konseli mau terlibat dalam lingkungan sosial yaitu dengan rekan-rekannya sesama peserta dalam AA. Data awal dari penelitian ini menyatakan bahwa dua psikoterapi

aktif—yaitu TSF dan KKP—lebih efektif daripada CM dalam menjalankan periode berikutnya yaitu terbebas dari adiksi obat.

Implikasi dari penelitian ini adalah bahwa KKP memberikan dukungan pada konseli untuk mengidentifikasi, mengawasi, dan menganalisis waktu sakau, adiksi obat, afeksi negatif, orientasi berpikir, kontrol diri, depresi, regulasi diri, efikasi diri, harapan hidup *wellness*, dan pengarahan diri. Intinya, KKP menuntut konseli agar memiliki akses yang baik dengan dunia internal dan eksternal yang positif agar dapat sembuh dari adiksi obat.

Efektivitas KKP untuk mengurangi dampak psikologis konseli adiksi obat diprediksi akan lebih optimal jika dikolaborasikan dengan pendekatan agama, khususnya dalam meningkatkan harapan hidup *wellness* konseli adiksi obat. Kekuatan agama telah memainkan peranan yang penting dalam pencegahan penyalahgunaan dan adiksi obat. Penelitian yang dilakukan oleh Sipon *et al.* (2007) menunjukkan bahwa keyakinan beragama memainkan peranan yang sangat penting dalam mencegah penyalahgunaan obat dan perilaku berisiko lainnya. Contohnya adalah program 12 langkah yang sangat terkenal, *Alcoholic Anonymous*, yang intinya adalah sebuah program yang sangat mengandalkan agama atau keyakinan, yang telah memberikan dukungan kepada banyak orang sehingga mereka pulih dari adiksi obat.

Penelitian lain yang dilakukan oleh *American Psychological Association* menemukan bahwa orang dewasa yang memandang agama memiliki peranan penting dalam kehidupannya dan sebuah cara untuk mengatasi permasalahan

hidup. Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Griffith *et al.* (2001) mendukung pentingnya agama dalam pencegahan penyalahgunaan obat. Penelitian ini menunjukkan bahwa anak-anak remaja dan orang dewasa yang menganggap agama atau spiritualitas diri sebagai hal yang penting sangat jarang memiliki kasus penyalahgunaan obat dibandingkan dengan mereka yang tidak memiliki keyakinan. Orang dewasa yang tidak menganggap keyakinan agama sebagai sesuatu yang penting jumlahnya empat kali lebih banyak terlibat dalam penggunaan obat dan lebih dari 1,5 kali lebih banyak mengalami ketergantungan pada rokok, minuman keras, dan obat-obatan terlarang lainnya. Saat ini sudah tersedia cukup banyak sumber literatur yang membahas tentang hubungan antara religiusitas, spiritualitas, dan penyalahgunaan dan adiksi obat.

Meskipun kepercayaan agama memainkan peranan yang sangat kuat dalam pencegahan penyalahgunaan dan adiksi obat, hanya sedikit komunitas keagamaan yang memiliki program aktif untuk pencegahan penyalahgunaan dan adiksi obat bagi remaja. Sebuah survey yang meneliti para pendeta di Columbia menunjukkan bahwa hanya 12,5% dari pendeta dan para pemuka agama lainnya yang menyelenggarakan pelatihan tentang cara mengatasi permasalahan ini dengan anggota atau jemaatnya. Sebagai tambahan, kurang dari setengah dari para ahli kesehatan menyatakan bahwa mereka akan menasihati klien mereka untuk mencari bantuan kepada pemuka agama (Minnesota Institute of Public Health dalam Sipon, 2007).

Allah SWT. dalam Q.S. Al-Baqarah, 2 : 219 mengingatkan manusia tentang bahaya menyalahgunakan obat dan sejenisnya, yang artinya : *Mereka*

bertanya kepadamu tentang khamar dan judi, katakanlah pada keduanya itu terdapat dosa besar dan beberapa manfaat bagi manusia, tetapi dosa keduanya lebih besar dari manfaatnya. Dan mereka bertanya kepada apa yang mereka nafkahkan. Katakanlah: Yang lebih dari keperluan. Demikianlah Allah menerangkan ayat-ayat-Nya kepadamu supaya kamu berpikir.

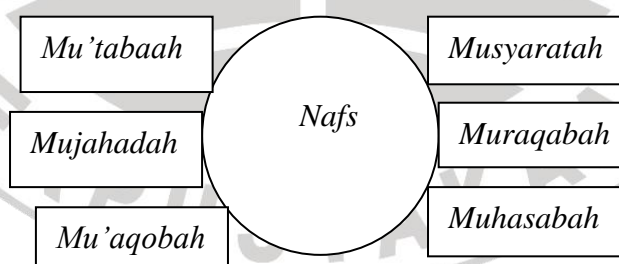
Peringatan Allah SWT. tentang penyalahgunaan obat dan sejenisnya lebih ditegaskan pada Q. S. Al-Maidah, 5 : 90, yang artinya : *Hai orang-orang yang beriman, sesungguhnya meminum khamar, berjudi, berkorban untuk berhala, mengundi nasib dengan panah adalah perbuatan keji termasuk perbuatan syaithan. Maka jauhilah perbuatan-perbuatan itu agar kamu mendapat keberuntungan.*

Sehubungan dengan kekuatan agama dalam pencegahan penyalahgunaan dan adiksi obat, Imam Al-Ghazali (450-505 AH, 1058-111 CE) mengemukakan pemikirannya tentang enam langkah menuju perubahan/kesembuhan dari adiksi obat, yaitu membuat perjanjian (*musharatah*), menjaga/mendekatkan diri (*muraqabah*), mengevaluasi diri atau introspeksi diri (*muhasabah*), menerima konsekuensi (*mu'aqabah*), bersungguh-sungguh (*mujahadah*), dan bertaubat atau kembali ke kesucian (*mu'atabah*) (Ghazali, 1978).

a. Membuat Perjanjian

Persyaratan yang pertama dan utama untuk menuju perubahan/kesembuhan dari adiksi obat menurut Imam Al-Ghazali adalah membuat perjanjian. Menurutnya, membuat perjanjian, pengujian diri dan

pengkondisian diri adalah persyaratan penting bagi konseli yang ingin bersungguh-sungguh (*mujahid*) dalam mencari kebenaran dan sedang “berperang” dengan dirinya sendiri dalam mencapai kesembuhan dari adiksi obat. Pengkondisian diri atau penuntutan terhadap diri sendiri memiliki arti mengikatkan komitmen diri untuk tidak melanggar perintah Tuhan seperti ungkapan, *Saya tidak akan mengkonsumsi obat-obatan terlarang lagi hari ini karena dapat melanggar perintah Tuhan*. Sebagaimana dalam kasus pencegahan penyalahgunaan obat, konseli dapat membuat komitmen untuk tidak melakukan sesuatu yang akan membuatnya tergoda untuk menyalahgunakan obat. Pada langkah ini, konseli harus mengidentifikasi dan merancang standar, persyaratan, batasan, istilah-istilah serta petunjuk untuk pemikiran, perasaan, dan perilaku yang akan dilakukannya. Untuk mencegah penyalahgunaan obat, konseli harus merancang batasan dan petunjuk bagi dirinya sendiri supaya tidak terlibat dengan penyalahgunaan obat.



Gambar 4.2

Enam Langkah Menuju Perubahan/Kesembuhan dari Ketergantungan Obat Menurut Imam Al-Ghazali (Uzma, 2002)

b. Menjaga/Mendekatkan Diri

Setelah *musyaratah*, langkah berikutnya yang harus dilakukan oleh konseli dalam memasuki proses pertumbuhan dan perubahan adalah tahapan *muraqabah*. Sangatlah penting pada periode perjanjian diri, seorang *mujahid* yang “berperang” melawan dirinya sendiri berkonsentrasi penuh dengan tindakannya. Jika pada suatu saat konseli tergoda untuk melanggar perintah Tuhan, maka ia akan kembali mengingatkan dirinya bahwa ia sudah berkomitmen untuk tidak melanggar perintah Tuhan. Oleh karenanya, setiap kali ada kesempatan ataupun godaan baginya untuk menggunakan obat, maka ia akan menjaga dirinya dengan segera dan berpaling dari pemikiran yang buruk ini.

c. Mengevaluasi Diri atau Introspeksi Diri

Muhasabah mencakup pengujian diri sendiri dan bertanggung jawab atas tindakannya sendiri. *Muhasabah* artinya konseli meyakini bahwa Tuhan akan selalu memikirkan ulang apa pun yang sudah dilakukan atau dikatakan di setiap harinya, bahkan di setiap jam, memikirkan kembali apakah tindakan atau ucapannya itu baik atau buruk, benar atau salah. Dia juga akan bersyukur pada Tuhan atas perbuatan baik yang sudah dilakukan dan berusaha untuk menghapus dosa-dosanya serta penyelewengan yang sudah dilakukan dengan memohon kepada Tuhan untuk mengampuninya. Dia pun mengganti kesalahan dan dosa yang sudah dilakukannya dengan bertobat dan menyesali perbuatan buruknya tersebut. *Muhasabah* adalah usaha yang sangat penting dan serius dari konseli yang yakin akan Tuhan sebagai bukti bahwa dia loyal kepada Tuhannya. Dalam

kaitannya dengan pencegahan penyalahgunaan dan adiksi obat, konseli harus selalu meyakinkan dirinya bahwa dia tidak akan melakukan sesuatu yang akan mengarahkan dirinya kepada penyalahgunaan obat.

Seorang Muslim tidak bisa mengabaikan kritik diri atau introspeksi diri. Di sisi lain, dia mencoba untuk bangkit dari kondisi keterpurukannya (segala kesalahan yang sudah dilakukan, disesalnya dan dia pun memiliki harapan kepada Tuhan agar memberinya kasih sayang dan terus menerus bertobat (Q.S., 24:31) dan kembali kepada Tuhan dengan penuh penyesalan (Q.S., 5:54).

Kritik terhadap diri sendiri atau introspeksi diri membuka jalan bagi konseli kepada pintu menuju ketenangan dan kedamaian spiritual. Kritik terhadap diri sendiri ini juga menyebabkan konseli menjadi takut terhadap Tuhan dan takut akan hukuman dan kekuasaan-Nya. Kritik terhadap diri sendiri yang memberikan peningkatan baik pada kedamaian dan rasa takut dalam hati konseli, memberikan rasa cemas pada dirinya ketika mengingat bahwa dirinya memiliki tanggung jawab yang harus diemban.

Ketika malam hari tiba, dia merenungkan tentang dirinya dan mempertanggungjawabkan segala sesuatu yang sudah dilakukannya seharian, dan pagi harinya dia memulai hari dengan sebuah resolusi bahwa ia tidak akan melakukan dosa sekecil apa pun dosa tersebut. Artinya, ia selalu menghabiskan setiap momen dalam hidupnya untuk selalu mengkritik dan mengawasi diri dari apa yang dilakukan dan diucapkan. Dia pun akan mengingatkan dirinya agar selalu terbebas dari obat-obatan terlarang.

d. Menerima Konsekuensi

Mua'qobah didefinisikan sebagai pemberian hukuman terhadap diri dan pengendalian diri. Konseli memang harus selalu memberikan hukuman terhadap dirinya sendiri ketika kesalahan atau melanggar komitmen yang sudah disetujui untuk dilakukan (dengan catatan hukumannya tersebut positif demi perubahan perilakunya ke arah yang lebih *well-adjusted*, bukan melukai atau mencelakai diri sendiri). Dia harus menghukum dirinya ketika melakukan sesuatu yang bisa membuatnya terjebak dalam penyalahgunaan dan adiksi obat.

e. Bersungguh-sungguh

Pada tahapan *mujahadah*, konseli berusaha keras untuk memerangi kemunduran yang terjadi pada dirinya. Ini adalah tahapan yang terus menerus dan konsisten untuk mengatasi pola pikir dan keyakinan negatif, serta perilaku *mal-adjusted*. Konseli harus selalu memerangi keinginannya untuk menggunakan obat-obatan terlarang.

f. Bertaubat dan Kembali Kepada Kesucian

Ketika konseli menyadari secara jujur bahwa dia tidak mematuhi komitmen yang sudah dibuat oleh dirinya sendiri, maka ia harus dipersalahkan dan dihukum dengan cara positif dan digunakan sebagai sarana konseli belajar dari pengalamannya. Imam Al-Ghazali di dalam bukunya *Ihya' Ulumuddin* menjelaskan keenam langkah ini dengan menggunakan analogi hubungan bisnis. Dia kemudian menjelaskan bahwa sebuah bisnis dilakukan untuk mendapatkan

keuntungan dan mencapai sesuatu. Dalam hubungan bisnis, seseorang memulainya dengan merancang petunjuk dan membuat persetujuan untuk menjalankan bisnis tersebut, aturan dan persyaratan pun dibuat untuk menjelaskan apa yang harus dilakukan dan diharapkan.

Langkah berikutnya adalah orang-orang yang terlibat dalam bisnis tersebut harus menjaga dan menghormati kontrak yang sudah dibuat dan terus mengawasi proses bisnis supaya bisa yakin bahwa kesuksesan bisa diraih. Orang-orang tersebut perlu mengevaluasi semua pemikirannya, tindakannya, keputusannya, dan pilihan-pilihannya. Biasanya dalam sebuah bisnis terdapat beberapa konsekuensi yang harus dilakukan ketika ada salah seorang yang tidak mematuhi kontrak. Jika seseorang tidak melaksanakan isi kontrak atau melanggarnya, maka ia harus dihukum karena dianggap mengalami kegagalan.

Akhirnya, ketika terdapat kesalahan, konseli harus memperbaikinya, buatlah sebuah perubahan dan cobalah sesuatu yang baru sehingga usahanya untuk sembuh dari adiksi obat dan tidak *relapse* dapat segera tercapai secara optimal. Dengan cara yang sama, konseli juga harus memperbaiki kesalahannya dan membuat perubahan sesegera mungkin setelah ia mendapati dirinya berbuat kesalahan.

Imam Ghazali menyarankan bahwa konseli harus meluangkan waktu beberapa menit saja di pagi hari dan membuat sebuah kontrak dengan dirinya sendiri tentang segala hal yang akan dilakukan selama seharian, dengan begitu ia akan hidup dalam situasi yang lebih sadar diri dan akan mampu meningkatkan kualitas kehidupannya.

B. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini menunjukkan bahwa KKP efektif untuk mengurangi dampak psikologis konseli adiksi obat, baik secara keseluruhan maupun pada setiap sub variabelnya. Bukan berarti penelitian ini terbebas dari keterbatasan-keterbatasan. Hasil evaluasi dan refleksi yang dilakukan oleh peneliti bersama ko-peneliti, tim konselor yang dibina peneliti, maupun praktisi (pekerja sosial/psikolog/konselor) dari BPSPP Lembang setiap minggunya setelah/sebelum melakukan konseling pada sesi berikutnya menunjukkan adanya keterbatasan sebagai berikut.

Pertama, terbatasnya waktu untuk memahami materi manual KKP memungkinkan kurangnya pemahaman tim konselor secara komprehensif yang dibentuk oleh peneliti maupun dari pihak BPSPP Lembang dalam mengkonseptualisasikan manual KKP untuk mengurangi dampak psikologis konseli adiksi obat. *Kedua*, pengalaman tim konselor (alumni BK) yang minim dalam menangani masalah konseli yang berada di luar kompetensi dan pengalamannya dibandingkan *social worker* dari BPSPP Lembang. *Ketiga*, masih ada keyakinan konseli yang mengganggu konseling (walaupun kasuistik). *Keempat*, masih adanya hubungan yang semu antara konselor dan konseli sehingga menimbulkan ketidaknyamanan dan ketidakamanan untuk mengungkapkan pikiran, perasaan, dan perilaku yang sebenarnya.

Kelima, adanya konseli yang tidak mau mengerjakan tugas secara tuntas, dengan berbagai alasan yang dikemukakannya, seperti tugas terlalu banyak padahal di balai kegiatannya sudah padat. *Keenam*, keterbatasan dalam

mengontrol komunikasi antar konseli dari kelompok kontrol dan kelompok eksperimen. *Ketujuh*, sarana dan prasarana konseling yang belum memadai, misalnya tidak adanya ruangan konseling individual maupun kelompok.

