

REHABILITATION COUNSELING : CONCEPT ASSESSMENT GUIDANCE AND COUNSELING FOR DRUGS ABUSE

Agus Supriyanto
Universitas Ahmad Dahlan
E-mail: agus.supriyanto@bk.uad.ac.id

ABSTRAK

Indonesia memiliki problematika terhadap penggunaan narkoba. Problematika pada manusia yang memiliki kecanduan narkoba dapat bervariasi secara signifikan dengan berbagai dimensi psikologis. Penyebab seseorang menggunakan narkoba dan menjadi pecandu narkoba disebabkan faktor-faktor pendukung yang menyertainya. Dorongan seseorang untuk menggunakan narkoba disebabkan pada semua aspek pada fungsi pecandu. Penyerta seseorang menggunakan narkoba disebabkan secara langsung maupun tidak langsung sebagai stimulus atau dorongan seseorang untuk menggunakan narkoba. Aspek-aspek dari fungsi pecandu narkoba mempengaruhi dimensi-dimensi psikologis seseorang menjadi pecandu narkoba yaitu (1) dimensi kognitif, (2) dimensi afektif, dan (3) dimensi aktif. Peran konselor adiksi untuk membantu dalam program rehabilitasi narkoba pada pecandu narkoba. Konselor adiksi atau pembimbing memiliki kompetensi dan keahlian dalam melakukan konseling dan menggali pengetahuan tentang program rehabilitasi pada pecandu narkoba yang ingin sembuh. Peran konselor adiksi dalam proses rehabilitasi salah satunya yaitu penggunaan *assessment* yang tepat dan relevan sesuai keadaan dari pecandu sesuai dengan kompetensi. Diagnosis kecanduan dapat diketahui melalui instrumen-instrumen, yaitu wawancara, tes psikologis, kuisisioner, *self-report*, *self-monitoring*, *behavioral assessment*, dan *behavioral rating scale*. Harapan dari penggunaan *assessment* dalam proses perencanaan terhadap pelaksanaan bimbingan maupun konseling dalam program rehabilitasi narkoba. Penggunaan *assessment* yang tepat, relevan, valid, dan reliable akan sangat mendukung pada proses pelaksanaan dari pendekatan bimbingan maupun konseling bagi pecandu narkoba yang menjalani program rehabilitasi narkoba.

Kata Kunci: assessment, pecandu narkoba, bimbingan, konseling

PENDAHULUAN

Masalah dalam kecanduan narkoba yang berhubungan dengan kecanduan narkoba dapat bervariasi secara signifikan. Sebab pecandu narkoba bisa berasal dari semua lapisan masyarakat dan gender, yaitu dari permasalahan kesehatan mental, pekerjaan, dan kesehatan/ sosial. Seluruh gangguan adiktif bisa menjadi lebih sulit, ataupun lebih terkontaminasi. Hal tersebut menjadi bagian yang tidak diinginkan oleh para pecandu. Perkembangan seseorang menjadi pecandu

narkoba tidak dapat dengan sendirinya. Ada yang menyertai secara langsung maupun tidak langsung sebagai stimulus atau dorongan seseorang untuk menggunakan. Dorongan untuk menggunakan narkoba dapat mengambil dari semua aspek pada fungsi pecandu, yaitu keluarga, tempat kerja, maupun masyarakat (Pipatkul, 2010:2).

Menurut Davidson, Neale, dan Kring (2014) mengemukakan bahwa penyebab gangguan penyalahgunaan dan ketergantungan zat pada diri seseorang

sehingga menjadi tergantung pada zat umumnya melalui suatu proses perkembangan. Pertama seseorang tersebut memiliki sifat positif terhadap obat tersebut. Kedua mulai bereksperimen menggunakan. Ketiga mulai menggunakan secara teratur. Keempat mulai menggunakan secara berlebihan. Terakhir menyalahgunakan atau menjadi tergantung secara fisik. Pemikiran dasarnya adalah setelah menggunakan secara berlebihan dalam waktu yang lama orang tersebut akan terikat dengan proses biologis toleransi dan putus zat. Proses tersebut dipengaruhi oleh perilaku maladaptif yang berproses (pembiasaan) pada kehidupan individu pemakai.

Pandangan islam tentang narkoba menurut Wahyudi (2016) bahwa islam sangat memperhatikan sekali keselamatan akal dan jiwa seorang muslim sehingga sampai dilarang keras berbagai konsumsi yang haram seperti narkoba. Hukum islam dalam pandangannya mengenai narkoba dikatakan haram karena menimbulkan candu/kecanduan. Kecanduan pada narkoba akan menimbulkan efek negatif bagi perilaku manusia dan menimbulkan agresivitas pada pemakai.

Salah satu perilakunya adalah perilaku agresi yang terjadi pada diri pecandu. Perilaku agresi adalah fenomena kompleks yang beroperasi pada beberapa tingkat, dengan

berbagai macam makna, dan dimunculkan dalam berbagai bentuk perilaku (Ramirez, 2009). Harding (2006) mendefinisikan agresi adalah kecenderungan kekerasan yang dimanifestasikan dalam bentuk tindakan yang merusak. Myers (2012) menyatakan bahwa agresi merupakan perilaku fisik maupun verbal yang bertujuan untuk menyakiti orang lain. MacLaren, Best & Bigney (2010) menyatakan bahwa perilaku agresi lahir untuk merespon ancaman (menurut persepsi atau yang sungguh-sungguh ada) yang berasal dari individu atau kelompok lain diluar kelompoknya. Buss & Perry (1992) menyatakan perilaku agresif sebagai perilaku atau kecenderungan perilaku yang niatnya untuk menyakiti orang lain baik secara fisik maupun secara psikologis.

Perilaku agresi menjadi perilaku bermasalah yang kompleks cakupannya dan masih sering dilakukan oleh remaja sampai saat ini. Beberapa ahli mendefinisikan gagasannya tentang aspek-aspek perilaku agresi. Buss & Perry (1992) telah mengklasifikasikan agresivitas menjadi empat aspek. Pertama, agresi fisik adalah agresi yang dilakukan untuk melukai orang lain secara fisik. Contohnya memukul, menendang, dan melukai. Kedua, agresi verbal adalah tindakan agresi yang bertujuan untuk menyakiti, mengganggu, atau membahayakan orang lain dalam bentuk

penolakan dan ancaman melalui respon vokal dalam bentuk verbal. Contohnya membentak, mengumpat, dan mengejek. Ketiga, kemarahan merupakan emosi negatif yang disebabkan oleh harapan yang tidak terpenuhi dan bentuk ekspresinya dapat menyakiti orang lain serta dirinya sendiri. Beberapa bentuk kemarahan adalah perasaan marah, kesal, sebal, dan bagaimana mengontrol hal tersebut. Termasuk didalamnya adalah *irritability*, yaitu mengenai temperamental, kecenderungan untuk cepat marah, dan kesulitan mengendalikan amarah. Keempat, *hostility* merupakan tindakan yang mengekspresikan kebencian, permusuhan, antagonisme, ataupun kemarahan kepada pihak lain. *Hostility* adalah suatu bentuk agresi yang tergolong agresi *covert* (tidak terlihat). Sedangkan tokoh lain, Myers (2012) menyatakan bahwa perilaku agresi terdiri dari dua aspek, yaitu aspek fisik dan verbal.

Menurut Undang-undang nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika, bahwa pecandu narkotika dan korban penyalahgunaan narkotika wajib menjalani rehabilitasi. Untuk mencapai tujuan tersebut, dalam proses rehabilitasi korban penyalahgunaan NAPZA dilakukan dengan dua tahapan program penanganan yaitu (1) rehabilitasi medis, dan (2) rehabilitasi sosial. Rehabilitasi medis dilakukan untuk memberikan perawatan kesehatan fisik

kepada klien. Sedangkan pada rehabilitasi sosial ditujukan untuk mengembalikan kondisi psikis dan sosial klien. Ada beberapa metode yang digunakan dalam proses rehabilitasi korban penyalahgunaan NAPZA, seperti program 12 Langkah, *Therapeutic Community* (TC), dan lain sebagainya. Secara garis besar, kegiatan yang dilakukan dalam proses rehabilitasi meliputi (1) bimbingan fisik (olah raga, rekreasi, perawatan kesehatan), bimbingan mental psikologik (konseling, terapi kelompok, dan lain-lain), bimbingan mental keagamaan (ibadah, ceramah agama, pendidikan budi pekerti, kegiatan keagamaan, dan sebagainya), bimbingan sosial (sesi kelompok, terapi kelompok/ dinamika kelompok, simulasi, *role playing*, dan lain-lain), pelatihan/ bimbingan kerja (karir), bimbingan belajar, dan praktik belajar kerja. Dalam tahap ini juga dilakukan pula konseling keluarga, *home visit*, *family support group* (Cursel, 2013).

Peran konselor adiksi untuk membantu dalam program rehabilitasi narkoba pada pecandu narkoba. Konselor atau pembimbing adalah seorang yang mempunyai keahlian dalam melakukan konseling dan menggali pengetahuan tentang program rehabilitasi lebih dalam. Konselor dalam hal ini juga dapat mencari celah atau cara untuk menyesuaikan dengan kondisi yang ada, dan

menjadi panutan atau *role model* bagi pelaksanaan rehabilitasi.

Menurut Peters dan Shertzer dalam Wilis (2004:10), mendefinisikan bimbingan sebagai, “*the process of helping the individual to understand himself and his world so that he can utilize his potentialities*” (proses membantu individu untuk memahami diri dan dunianya sehingga dia dapat menyatukan potensi diri yang dimilikinya). Bantuan yang diberikan oleh konselor adiksi pada pecandu narkoba sebagai manusia merupakan bagian integral dalam program rehabilitasi. Bimbingan merupakan bagian integral pula dalam implementasi pelaksanaan layanan konseling bagi pecandu narkoba oleh konselor. Konselor perlu mengetahui potensi-potensi yang dimiliki oleh pecandu narkoba untuk pengembangan dirinya. Harapannya adalah berkembangnya potensi dari pecandu narkoba yang berkembang secara positif dan dapat diimplementasikan dalam kehidupannya setelah menjalani program rehabilitasi (pasca rehabilitasi narkoba).

Selain bimbingan, konselor perlu melakukan usaha melalui konseling. Konseling merupakan serangkaian kegiatan paling pokok dari bimbingan dalam usaha membantu konseli / klien secara tatap muka langsung dengan tujuan agar klien dapat mengambil tanggung jawab sendiri terhadap berbagai persoalan atau masalah khusus maka

masalah yang dihadapi oleh klien dapat teratasi semuanya (Winkell, 2005:34). Selain itu, “*Counseling is a healing and educational service. The Rehabilitation Counselor determines what the most appropriate treatment modality, individual, group, or family counseling is required for the client*” (See, 2013: 19). Proses tatap muka ini menjadi bagian integral dalam pengembangan diri pecandu narkoba yang memiliki problem dalam program rehabilitasi. Proses tatap muka melibatkan konselor dan klien (pecandu narkoba) serta keluarga maupun pihak lain jika diperlukan. Konseling dilaksanakan saat pecandu narkoba memiliki problem yang menyangkut aspek kognitif, afektif, konasi, maupun psikomotorik. Aspek-aspek tersebut perlu dirubah untuk mendukung keberhasilan dari program rehabilitasi (rehabilitasi medis dan sosial).

Pelaksanaan layanan bimbingan maupun konseling tidak dilakukan dengan serta merta. Konselor adiksi perlu melaksanakan diagnosis atau assessment yang tepat. Diagnosis tingkat kecanduan pada pecandu narkoba tidak akan lepas dari metode *assessment*. Dagnosis kecanduan dapat diketahui melalui instrumen-instrumen, yaitu wawancara, tes psikologis, kuisisioner, *self-report*, ukuran perilaku, dan ukuran fisiologis. Peran *assessment* lebih daripada hanya penggolongan saja. Suatu *assessment* yang diteliti memberikan

informasi yang sangat banyak tentang kepribadian klien dan fungsi kognitifnya. Informasi ini dapat memberi bantuan klinisi untuk memperoleh suatu pemahaman yang lebih luas tentang permasalahan klien dan merekomendasikan bentuk rehabilitasi medis dan sosial dalam program rehabilitasi

Menurut Nevid, Rathus, dan Greene (2005:67), menjelaskan bahwa “diagnosis gangguan mental dalam *DSM* mensyaratkan bahwa pola perilaku tersebut tidak mewakili suatu respons yang sesuai secara budaya atau diduga muncul pada peristiwa stres berat, seperti kehilangan orang tercinta”. Pada pecandu narkoba, perilaku sebagai pecandu muncul dapat dialami karena faktor tempat kerja, keluarga, dan masyarakat luas. Hal tersebut muncul disebabkan berbagai tekanan yang menimbulkan efek jangka panjang untuk memakai narkoba. Dampak pemakai narkoba adalah kerusakan secara fisik dan psikologis.

Pecandu narkoba memiliki gangguan-gangguan di dalam dirinya yang mempengaruhi kehidupannya. Gangguan-gangguan ini bersifat deskriptif. *DSM* menguraikan ciri-ciri diagnostik dari perilaku dan berusaha menjelaskan penyebab. Hal tersebut didukung dari hasil penelitian yang menyimpulkan bahwa gangguan kepribadian dengan keandalan yang cukup baik terdapat di negara-negara yang memiliki perbedaan bahasa, dan budaya dengan menggunakan

wawancara klinis semiterstruktur dan menemukan data yang relevan, bermakna, dan ramah pengguna (Loranger, dkk, 1994).

PEMBAHASAN

Konsep *Assessment* pada Pecandu Narkoba

Konsep *assessment* diawali dari konsep evaluasi. Menurut Purwanto (2010:3) “*Evaluation is a systematic process determining the extent to which instructional objectives are achieved by pupils*”. Kalimat tersebut menjelaskan bahwa penilaian adalah suatu proses dalam mengumpulkan informasi dan membuat keputusan berdasarkan informasi tersebut. Dalam proses mengumpulkan informasi, tentunya tidak semua informasi bisa digunakan untuk membuat sebuah keputusan. Informasi-informasi yang relevan dengan apa yang dinilai akan mempermudah dalam melakukan sebuah penilaian dalam suatu kegiatan.

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

sistem untuk mengkategorikan gangguan mental telah berbeda dalam definisinya tergantung dari tujuan penggunaannya dalam klinis, penelitian, atau pengaturan administrasi.

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

ICD-9 tidak termasuk kriteria diagnostik atau sistem multiaksial karena fungsi utama dari sistem internasional ini adalah untuk menguraikan kategori untuk pengumpulan data statistik kesehatan dasar. Sebaliknya, DSM-III dikembangkan dengan tujuan tambahan memberikan definisi yang tepat dari gangguan mental untuk dokter dan peneliti. Karena ketidakpuasan di semua obat dengan

kurangnya kekhususan dalam ICD-9, keputusan dibuat untuk memodifikasinya untuk digunakan di Amerika Serikat, sehingga ICD-9-CM (*for Clinical Modification*).

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

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

seseorang pada resiko mengalami penderitaan pribadi, sakit, atau kematian.

Menurut Nevid, Rathus, dan Greene (2005:67), menjelaskan bahwa “diagnosis gangguan mental dalam *DSM* mensyaratkan bahwa pola perilaku tersebut tidak mewakili suatu respons yang sesuai secara budaya atau diduga muncul pada peristiwa stres berat, seperti kehilangan orang tercinta”. Pada pecandu narkoba, perilaku sebagai pecandu muncul dapat dialami karena faktor tempat kerja, keluarga, dan masyarakat luas. Hal tersebut muncul disebabkan berbagai tekanan yang menimbulkan efek jangka panjang untuk memakai narkoba. Dampak pemakai narkoba adalah kerusakan secara fisik dan psikologis.

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

Wawancara

Wawancara menurut Moleong (2009: 186) adalah percakapan yang dilakukan oleh dua pihak, yaitu pewawancara (*interviewer*) yang mengajukan pertanyaan dan terwawancara (*interviewee*) yang memberikan jawaban atas pertanyaan itu. Menurut Benney & Hughes dalam (Denzin, 2009: 501), wawancara adalah seni bersosialisasi, pertemuan “dua manusia yang saling berinteraksi dalam jangka waktu tertentu berdasarkan kesetaraan status, terlepas apakah hal tersebut benar-benar kejadian nyata atau tidak”. Dengan demikian, wawancara dapat menjadi alat/ perangkat dan juga dapat sekaligus menjadi objek. Maka dapat disimpulkan bahwa *interview* atau wawancara merupakan suatu teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan tanya jawab secara lisan, baik langsung atau tidak langsung dengan sumber data responden/ klien (terwawancara).

Penerapan *interview* atau wawancara dapat diklasifikasikan ke dalam beberapa tipe wawancara. Menurut fungsinya, maka terdapat wawancara diagnostic, wawancara penyembuhan atau perawatan, wawancara penelitian, wawancara sample, wawancara bantuan hukum, dan seterusnya (Millan, 2001: 410). Disamping itu, menurut Patton dalam Moleong (2009: 187–188) yang didasarkan atas perencanaan pertanyaan,

wawancara dibedakan antara tipe wawancara pembicaraan informal, wawancara dengan pendekatan menggunakan petunjuk umum, dan wawancara baku terbuka. Selanjutnya menurut data dan informasi yang diinginkan dibedakan menjadi wawancara sejarah kehidupan, wawancara ethnografi, wawancara postmodern, dan wawancara feminis (Pattilima, 2007: 66). Selanjutnya Esterberg (2002) dalam Sugiyono (2009: 73–75) membagi wawancara menjadi wawancara terstruktur, wawancara tak terstruktur, dan wawancara semiterstruktur.

Tes Psikologis

Menurut Nevid, Rathus, dan Greene (2005:79) menjelaskan bahwa tes psikologis adalah metode *assessment* terstruktur yang digunakan untuk mengevaluasi *trait* yang cukup stabil seperti intelegensi dan kepribadian. Tes biasanya terstandarisasi pada sejumlah besar subjek dan menyediakan norma-norma yang membandingkan skor klien dengan rata-rata. Dengan membandingkan hasil tes dari sejumlah orang yang bebas gangguan psikologis dengan mereka yang didiagnosis mengalami gangguan psikologis pada pecandu narkoba.

1. Tes Intelegensi

Assessment perilaku pecandu narkoba seringkali mencakup suatu evaluasi intelegensi. Tes intelegensi yang formal digunakan untuk membantu membuat

diagnosis retradasi mental tes intelegensi digunakan untuk mengevaluasi intelektual yang mungkin disebabkan oleh gangguan lain, seperti gangguan syaraf otak akibat kecanduan akut dari narkoba. Tes intelegensi menyediakan profil tentang kekuatan dan kelemahan intelektual klien untuk membantu mengembangkan suatu rencana pengobatan yang tepat dengan kemampuan klien dalam program rehabilitasi narkoba.

2. Tes Kepribadian *Self-Report*

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

Behavioral Assessment

Behavioral assessment menggunakan hasil tes sebagai sampel perilaku yang terjadi ada situasi spesifik dan bukan sebagai tanda-tanda dari tipe atau *trait* kepribadian yang mendasarinya. Dalam konsep *behavioral*, perilaku manusia merupakan hasil belajar, sehingga dapat diubah melalui manipulasi dan mengkreasi kondisi-kondisi belajar.

Menurut pandangan behavioristik, setiap orang dipandang memiliki kecenderungan positif dan negatif yang sama. Menurut pandangan *behavioral* pula, perilaku terutama ditentukan oleh faktor-faktor situasional atau lingkungan, seperti penguatan dan sinyal-sinyal stimulus (Nevid, Rathus, dan Greene, 2005:91).

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

Analisis fungsional dari perilaku bermasalah diperiksa menggunakan wawancara *behavioral* dengan mengajukan pertanyaan lebih banyak tentang riwayat dan aspek-aspek situasional dari perilaku bermasalah. Perilaku pecandu narkoba juga dapat diperiksa menggunakan metode-metode observasi untuk menghubungkan perilaku bermasalah dengan stimuli dan membantu mempertahankannya. Teknik observasi yang lazim digunakan pada pecandu narkoba sebagai pengumpul data/ informasi. Observasi/ pengamatan yang dilakukan secara langsung (observasi langsung). Observasi

langsung atau observasi perilaku sebagai kunci *behavioral assessment*. Konselor dalam mengamati perilaku pecandu narkoba secara klinis maupun non klinis melalui observasi perilaku untuk mengetahui perilaku bermasalah dalam program rehabilitasi narkoba.

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

1. Kemungkinan tidak ada konsensus dalam menetapkan dengan menggunakan terminologi perilaku.
2. Kurangnya reliabilitas atau ketidakkonsistenan pengukuran dari waktu ke waktu. Reliabilitas berkurang bila seorang konselor/ pengamat tidak konsisten dalam pengkodean perilaku yang spesifik/ dua/ atau lebih pengamat/ konselor memberikan kode perilaku dengan tidak konsisten.

3. Kecenderungan perilaku yang diamati dipengaruhi oleh sebab lain (reaktivitas). Jika sedang diobservasi, maka akan melakukan perilaku terbaik. Jika tidak diobservasi, maka menunjukkan perilaku normal.
4. Penyimpangan pengamatan (*observer drift*) yaitu kecenderungan dari pengamat atau sekelompok pengamat untuk menyimpang dari sistem pengkodean di mana mereka telah terlatih sejalan dengan berlalunya waktu.
5. Observasi *behavioral* terbata untuk pengukuran perilaku yang terlihat (*overt*).

Self Monitoring

Menurut Nevid, Rathus, dan Greene (2005:79), “*self monitoring* diharapkan untuk melatih klien untuk mencatat atau memonitor perilaku.” Harapannya adalah klien memonitor atau mengamati dirinya sendiri akan perilakunya. *self monitoring* memungkinkan pengukuran secara langsung dari perilaku bermasalah pada saat dan di tempat di mana perilaku itu terjadi. Pada umumnya klien menyadari frekuensi terjadinya perilaku dan konteks situasional. Kesimpulannya adalah bahwa pemantauan diri, atau kapasitas untuk mengamati (mengukur) dan mengevaluasi perilaku seseorang, merupakan komponen penting dari fungsi eksekutif dalam perilaku manusia pada instrumen *self monitoring*.

Skala Penilaian Perilaku (*behavioral rating scale*)

Menurut Miltenberger (2004:2), “*Frequency, duration, and intensity are all physical dimensions of a behavior*”. Maka aspek yang mendasari perilaku manusia adalah frekuensi, durasi, dan intensitas perilaku manusia. Sehingga dalam skala penilaian perilaku didasarkan pada aspek-aspek yang mendasari perilaku manusia. Hal tersebut didukung oleh Nevid, Rathus, dan Greene (2005:79), bahwa suatu skala penilaian perilaku (*behavioral rating scale*) merupakan suatu daftar *checklist* yang menyediakan informasi tentang frekuensi, intensitas, dan rentang perilaku bermasalah. Skala penilaian perilaku ini menilai perilaku yang spesifik, bukan pada karakteristik-karakteristik kepribadian, walaupun perilaku tersebut didasari pada kepribadian manusia.

PENUTUP

Kesimpulan

Masalah dalam kecanduan narkoba yang berhubungan dengan kecanduan narkoba dapat bervariasi secara signifikan. Dorongan untuk menggunakan narkoba dapat mengambil dari semua aspek pada fungsi pecandu. Ada yang menyertai secara langsung maupun tidak langsung sebagai stimulus atau dorongan seseorang untuk menggunakan narkoba. Aspek-aspek dari fungsi pecandu narkoba mempengaruhi dimensi-dimensi

psikologis seseorang menjadi pecandu narkoba yaitu (1) dimensi kognitif, (2) dimensi afektif, dan (3) dimensi aktif.

Peran konselor adiksi untuk membantu dalam program rehabilitasi narkoba pada pecandu narkoba. Konselor atau pembimbing adalah seorang yang mempunyai keahlian dalam melakukan konseling dan menggali pengetahuan tentang program rehabilitasi lebih dalam pada pecandu narkoba yang ingin sembuh. Peran konselor dalam proses rehabilitasi salah satunya yaitu penggunaan *assessment* yang tepat sesuai keadaan dari pecandu. Harapan dari penggunaan *assessment* dalam proses pelaksanaan program rehabilitasi narkoba adalah pelaksanaan bimbingan maupun konseling yang tepat bagi pecandu narkoba yang menjalani program rehabilitasi narkoba. Diagnosis kecanduan dapat diketahui melalui instrumen-instrumen, yaitu wawancara, tes psikologis, kuisisioner, *self-report*, *self-monitoring*, *behavioural assessment*, dan skala penilaian perilaku.

Saran

1. Diagnosis problematika psikologis pecandu narkoba perlu menggunakan instrument yang tepat.
2. Penggunaan instrument untuk mengetahui kebutuhan pecandu harus dilaksanakan secara komprehensif dengan melibatkan

stakeholders dalam pelaksanaan program rehabilitasi.

3. Proses dalam mengumpulkan informasi dalam *assessment* pada pecandu narkoba diharapkan dapat membuat keputusan yang tepat untuk pelaksanaan bimbingan maupun konseling bagi pecandu narkoba berdasarkan informasi yang relevan, valid, dan reliable.

DAFTAR RUJUKAN

- Buss, A. H., & Perry, M. P. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63: 452-459
- Cursel, Carlina. (2013). *Penerapan Tindakan Rehabilitasi bagi pelaku Tindak Pidana Narkotika Berdasarkan Undang-undang No. 35 Tahun 2009 Tentang Narkotika*. Mataram: Universitas Mataram
- Davidson, GC., Neale, JM., Kring, AM., (2014). *Psikologi Abnormal Edisi Ke-9 (Terjemahan)*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Denzin, N.K. and Yvonna S.L., (2009). *Handbook of Qualitative Research* (terjemahan). Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Gavin, D. R., Ross, H. E., & Skinner, H. A. (1989). Diagnostic validity of the drug abuse screening test in the assessment of DSM-III drug disorders. *British journal of addiction*, 84(3), 301-307
- Harding, C. (2006). Making Sense of Aggression, Destructiveness and Violence. Dalam C. Harding (Ed), *Aggression and Destructiveness: Psychoanalytic Perspectives* (hlm. 3-22). New York: Routledge Taylor & Francis Group
- Loranger, A. W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S. M., ... &

- Jacobsberg, L. B. (1994). The international personality disorder examination: The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration International Pilot Study of Personality Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51(3), 215-224
- MacLaren, V.V., Best, L.A., & Bigney, E.E. (2010). Aggression–Hostility Predicts Direction Of Defensive Responses To Human Threat Scenarios. *Personality and Individual Differences*, 49: 142-147
- Millan, J.H. and Sally. S., (2001). *Research in Education. A Conceptual Introduction, 5th*. New York: Addison Wesley Longman, Inc
- Miltenberger, Raymond G. (2008) . *Behavior Modification*. Florida: Thomson Wadsworth
- Moleong, L.J., (2009). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya
- Myers, D. G. (2012). *Social psychology*. New York: Mc Graw-Hill. Navarro-Castro, L., & Nario-Galace, J. 2008. *Peace Education: A Pathway to a Culture of Peace*. Quezon City: Center for Peace Education, Miriam College
- Nevid, JS., Rathus, SA., and Greene, B. (2005). *Psikologi Abnormal (terjemahan)*. Jakarta: Erlangga
- Pattilima, H., (2007). *Metode Penelitian Kualitatif*. Badung: Alfabeta
- Piptakul, Kitipan Kanjana. (2010). *Manajemen Program Terapi dan Rehabilitasi di Asia*. Jakarta: Program Penasihat Narkoba Colombo Plan
- Purwanto, M. Ngalim. (2010). *Prinsip-prinsip dan Teknik Evaluasi Pengajaran*. Bandung: Remaja Rosdakarya
- Ramirez, J. M. (2009). Some Dychotomous Classifications of Aggression According to Its function. *Journal of Organisational Transformation and Social Change*, 6 (2): 85-101.
- See, Nora J. (2013). Models and Theories of Addiction and The Rehabilitation Counselor. *Research Papers*. Southern Illinois University Carbondale. 478, 1-25
- Sugiyono. (2009). *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung: CV. Alfabeta
- Undang-undang No. 35 Tahun 2009 Tentang Narkotika
- Wahyudi, Amien. (2016). Larangan Mengkonsumsi Narkoba Dalam Islam. *Prosiding Seminar Nasional "Konseling Krisis"*.122-127
- Willis, Sofyan S. (2004). *Konseling Individual "Teori dan Praktek"*. Bandung: Alfabeta
- Winkell. (2005). *Bimbingan dan Konseling di Institusi pendidikan*. Yogyakarta: Media Abadi