

# IMPLEMENTASI METODE *THERAPEUTIC COMMUNITY*

(Dalam Pelayanan Terapi dan Rehabilitasi Sosial Bagi Korban  
Penyalahguna NAPZA di PSPP Yogyakarta Dinas Sosial Daerah

Istimewa Yogyakarta)

Nanang Rekto Wulanjaya

## **Abstract**

*Addiction problems, especially drug addiction, that affects the central nervous system is often referred as the brain's disease. Due to the nature of substances that have the characteristics of a depressant, hallucinogenic and stimulant, the substance can lead users into a three-states, i-e. exposure to personality disorders, acute infectious disease, and variety of diseases as a result of the drug abuse. Drug abuse and addiction can lead to social dysfunction problems, especially in social relationships with family and society. As a result of mental, emotional and psychological crisis, drug abuse can change the normal behavior to anti-social behavior, crime, and even the potential for self-injury due to attempts of killing himself through efforts to suicide by overdose. Since drug addiction causes negative consequences for the life of drug addict, both individually and their surrounding social environment, the Social and Rehabilitation Therapy services for drug abusers are implemented in an integrated one-stop center that can provide therapeutic and rehabilitation services based on biopsychosocial therapy through therapeutic community method which is implemented within the framework of the social welfare services. Social rehabilitation process through the implementation of therapeutic community method is intended to restore and develop the ability of a person who experienced the social dysfunction in order to normalize their social function. This study also presents the theories, models and implementation in the process of therapy and rehabilitation including their social barriers, challenges and future projections in the area of social work, particularly in Panti Sosial Pamardi Putra Yogyakarta*

**Keywords:** *Theurapeutic Community, NAPZA, Rehabilitation*

## A. Pengantar

Permasalahan penyalahguna narkotika, psikotropika dan zat adiktif di Indonesia bukan lagi sekedar gaya hidup dan pilihan orang dalam mencari kegiatan rekreasional sebagai pilihan cara seseorang mereduksi beban kehidupannya. Namun, permasalahan tersebut sudah merupakan *extraordinary crime*, sama halnya dengan terorisme dan korupsi. Jika setiap telapak kaki korban penyalahguna NAPZA diberi tinta merah maka kita akan dapat melihat setiap sudut kota akan dipenuhi oleh jejak telapak kaki mereka. Ini bukan sekedar ironi, namun sudah merupakan tragedi di setiap bangsa dan negara, di mana permasalahan penyalahgunaan NAPZA ini akan melemahkan sendi-sendi bangsa dan negara dengan adanya ancaman hilangnya satu generasi bangsa sebagai aset modalitas pembangunan bukan lagi sekedar isapan jempol belaka. Hasil Penelitian Puslitkes Universitas Indonesia dengan BNN RI menunjukkan 2,2 % dari penduduk Indonesia usia 10-60 tahun merupakan penyalahguna narkoba, jumlahnya mencapai 3,8 juta - 4,2 juta jiwa. Jumlah tersebut akan mengalami peningkatan sebesar 0,21 % setiap tahunnya. Sehingga di tahun 2012 diperkirakan terdapat 2,44 % penyalahguna narkoba. Dari komposisi penyalahguna dari segi jenis kelamin, jumlah penyalahguna lelaki 4 kali lipat dari jumlah penyalahguna wanita.<sup>1</sup>

Permasalahan penyalahgunaan NAPZA tidak saja menimbulkan masalah bagi diri penyalahguna saja, melainkan juga menimbulkan permasalahan sosial sebagai akibat ikutan dari perilaku menyalahgunaan NAPZA tersebut. Seperti masalah retaknya hubungan keluarga, meningkatnya angka kriminalitas, tingginya angka *drop out* sekolah, meningkatnya angka pengangguran usia produktif serta masalah berhubungan dengan kesehatan seperti meningkatnya jumlah penderita HIV/AIDS, penderita hepatitis C dan penyakit lainnya yang diakibatkan dari perilaku penyalahgunaan NAPZA. Berbagai cara telah dilakukan oleh pemerintah melalui institusi terkait dalam upaya pencegahan, pemberantasan dan penanggulangan penyalahgunaan NAPZA ini. Melalui usaha-usaha pre-emptif, preventif, represif maupun rehabilitatif, baik medis maupun sosial. Dalam kajian ini akan membatasi pada upaya pelayanan terapi dan rehabilitasi sosial secara terpadu bagi korban penyalahgunaan NAPZA melalui metode *therapeutic community* sebagaimana yang dilaksanakan di Panti Sosial Pamardi Putra Yogyakarta (selanjutnya disingkat PSPP Yogyakarta) yang merupakan unit pelaksana teknis Dinas Sosial Daerah Istimewa Yogyakarta berdasarkan Peraturan Gubernur DIY Nomor 44 Tahun 2008 tentang rincian tugas melaksanakan urusan Pemerintah Daerah di bidang sosial. Salah satu fungsi yang melekat

<sup>1</sup> Darwin Butar Butar, Kondisi Narkoba Di Indonesia Pada Akhir Tahun 2011, Makalah disampaikan pada kegiatan Sosialisasi Hasil Penelitian BNN Tahun 2011 di Poltekkes, Kemenkes, 21 Mei 2012, Yogyakarta.

## Nanang Rekto Wulanjaya, *Implementasi Metode Therapeutic.....*

dalam ketugasan pelayanan di bidang sosial tersebut adalah pengelolaan rehabilitasi dan perlindungan sosial. Dalam menjalankan tugas pokok dan fungsi pelayanan dan pengelolaan rehabilitasi tersebut secara teknis pelayanan dalam panti diselenggarakan oleh Unit Pelaksana Teknis Dinas. Sejauh ini, Dinas Sosial Daerah Istimewa Yogyakarta memiliki 7 Unit Pelaksana Teknis, yaitu Panti Sosial Asuhan Anak Yogyakarta, Panti Sosial Tresna Wreda, Panti Sosial Bina Netra, Panti Sosial Karya Wanita, Panti Sosial Bina Karya, Panti Sosial Bina Remaja Yogyakarta, dan Panti Sosial Pamardi Putra Yogyakarta.

Kajian ini akan memaparkan model pelayanan terapi dan rehabilitasi sosial terpadu dalam kerangka besar pertolongan pekerjaan sosial melalui metode *therapeutic community* yang dilaksanakan di Panti Sosial Pamardi Putra Yogyakarta. Panti Sosial Pamardi Putra Yogyakarta beralamat di Purwomartani, Kalasan, Sleman yang berdiri tahun 2004. Total daya tampung 48 orang. Jumlah klien saat ini 34 orang. Tugas dari panti ini adalah sebagai pelaksana teknis dalam perlindungan, pelayanan dan jaminan sosial bagi penerima manfaat pelayanan kesejahteraan sosial penyalahguna Napza. Kajian ini menjadi unik dikarenakan pendekatan biopsikososial menjadi modalitas terapi dan rehabilitasi itu dilaksanakan dalam ranah pekerjaan sosial. Bagi pekerja sosial, konsekuensi logis dari modalitas terapi dan rehabilitasi berdasarkan pendekatan terapi biopsikososial tersebut mengharuskan mereka mengimplementasikan pendekatan dan model terapi tersebut ke dalam *continuum care* berdasarkan tahapan pekerjaan sosial sejak dari *intake* proses hingga ke tahap bimbingan lanjut. Tentu saja, diperlukan kreatifitas pekerja sosial di dalam memadukan dua model pelayanan tersebut ke dalam satu arus pelayanan yang integratif dan harmonis. Kajian ini akan memaparkan hasil studi naratif diskriptif tentang fenomena keunikan profesi pelayanan pertolongan pekerjaan sosial melalui metode *therapeutic community* yang dilaksanakan di PSPP Yogyakarta. Sampai saat ini pun pelaksanaan metode *Theurapeutic Community* tersebut tetap menjadi diskursus yang panjang, tidak saja di PSPP Yogyakarta, melainkan juga terjadi pada panti sejenis, baik yang dikelola oleh Kementerian Sosial maupun Dinas Sosial Provinsi lainnya. Fokus kajian diarahkan untuk menjawab pertanyaan "bagaimana strategi yang dilaksanakan oleh pihak manajemen PSPP dalam memadukan kedua pendekatan tersebut di dalam memberikan pertolongan profesional bagi klien? Dan bagaimana hambatan dan peluang ke depannya?"

### **B. Deskripsi Tugas dan Fungsi Pokok Dinas Sosial Daerah Istimewa Yogyakarta.**

Dinas Sosial Daerah Istimewa Yogyakarta mengacu pada Peraturan Gubernur DIY Nomor 44 Tahun 2008 tentang rincian tugas melaksana-

kan urusan Pemerintah Daerah di bidang sosial. Salah satu fungsi yang melekat dalam ketugasan pelayanan di bidang sosial tersebut adalah pengelolaan rehabilitasi dan perlindungan sosial. Dalam menjalankan tugas pokok dan fungsi pelayanan dan pengelolaan rehabilitasi tersebut secara teknis diselenggarakan oleh Unit Pelaksana Teknis Dinas. Salah satu unit pelaksana teknis Dinas, yaitu Panti Sosial Pamardi Putra Yogyakarta memiliki fungsi dan tugas pokok menyelenggarakan pelayanan terapi dan rehabilitasi sosial bagi penyandang masalah kesejahteraan sosial penyalahguna NAPZA. Tahapan dalam menyelenggarakan pelayanan rehabilitasi sosial tersebut mengacu kepada UU Kesos No.11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan sosial, khususnya pada Pasal 7 ayat 1 dan 3. Pada ayat 1 disebutkan bahwa:

*“Rehabilitasi sosial dimaksudkan untuk memulihkan dan mengembangkan kemampuan seseorang yang mengalami disfungsi sosial agar dapat melaksanakan fungsi sosialnya secara wajar.”*

Sedangkan mengenai bentuk pelayanan disebutkan dalam ayat 3 yang meliputi pelayanan: motivasi dan *diagnosis psikososial*, perawatan dan pengasuhan, pelatihan vokasional dan bimbingan kewirausahaan, bimbingan mental spritual, bimbingan fisik, bimbingan sosial dan konseling psikososial, pelayanan aksesibilitas, bantuan dan asistensi sosial, bimbingan resosialisasi, bimbingan lanjut dan atau rujukan. Dalam melaksanakan kesemua aktivitas pelayanan tersebut mendasarkan diri pada perspektif dan profesi pertolongan kesejahteraan sosial. Pekerjaan pertolongan kesejahteraan sosial ini pada dasarnya merupakan usaha pertolongan terhadap mereka yang rentan terhadap permasalahan keberfungsian sosial, baik itu individu, kelompok maupun masyarakat. Hal tersebut sesuai yang dikemukakan oleh Charles Zastrow yang menyatakan bahwa:

*“Social Work is the professional activity of helping individuals, groups, or communities to enhance or restore their capacity for social functioning to create societal conditions favorable to their goals”<sup>2</sup>*

Definisi Zastrow tersebut menunjukkan bahwa pekerjaan sosial merupakan profesi pertolongan. Pertolongan tersebut ditujukan kepada individu, kelompok dan masyarakat, agar mereka dapat meningkatkan kemampuan keberfungsian sosialnya dan dapat mencapai tujuan hidupnya. Proses Pertolongan Pekerjaan Sosial dan pentahapannya

---

<sup>2</sup> Charles Zastrow, *Introduction to Social Welfare institutions: Social Problems, Services, and Social Issues*, (Homewood, Illinois: The Dorsey Press, 1982), hlm. 12.

## Nanang Rekto Wulanjaya, *Implementasi Metode Therapeutic.....*

dijelaskan oleh Lawrence M. Branner sebagaimana diinformasikan oleh Sukoco<sup>3</sup> sebagai berikut:

1. *Building Relationship* (membangun hubungan)
  - a. *Entry*: mempersiapkan klien dalam membuka diri bagi terjalannya hubungan pertolongan.
  - b. *Clarification*: menegaskan keseriusan klien dalam mencari pertolongan dan alasan-alasan yang melatarbelakanginya.
  - c. *Structure*: merumuskan kontrak pelayanan dan struktur pelayanannya.
  - d. *Relationship*: membangun hubungan profesi pertolongan.
2. *Facilitating Positive Action* (memfasilitasi perubahan perilaku)
  - a. *Exploration*: menggali permasalahan klien, merumuskan tindakan dan tujuannya dan merencanakan treatment dan tindakan rehabilitatif yang diperlukan.
  - b. *Consolidation*: mempersiapkan sumber-sumber yang dapat diakses untuk kepentingan pertolongan terhadap klien, metode-metode pertolongan dan model intervensi awal.
  - c. *Planning*: merencanakan dan mengaplikasikan tindakan treatment dan terapi dalam perubahan perilaku, emosi, spritual, vokasional dan keterampilan umum serta pengenalan perilaku adaptif dan normatif.
  - d. *Termination*: evaluasi terhadap tindakan rehabilitatif dan proses yang telah dijalani klien, bila perlu dapat kembali lagi ke tahap sebelumnya atau jika dianggap selesai dapat dilaksanakan terminasi hubungan profesi pertolongan antara pekerja sosial dengan kliennya.

Panti Sosial Pamardi Putra Yogyakarta dalam melaksanakan pelayanan terhadap klien mendasarkan diri pada perangkat UU dan Peraturan Gubernur tersebut di atas dan dalam pelaksanaan pertolongan pelayanan kesejahteraan sosialnya mengikuti tahapan proses pelayanan dalam kaidah disiplin kesejahteraan sosial sebagaimana diungkapkan oleh Lawrence M. Branner serta dalam pelaksanaannya intervensi psikososial secara aplikatif melalui metode *therapeutic community*. Secara informatif deskriptif pelayanan terapi dan rehabilitasi sosial bagi penyalahguna NAPZA melalui metode *therapeutic community* tersebut akan dipaparkan sebagai berikut.

### C. Mengenal Dunia Adiksi NAPZA

Dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) disebutkan bahwa adiksi atau ketergantungan terhadap narkoba merupakan suatu kondisi di mana seseorang mengalami ketergantungan

---

<sup>3</sup> Dwi Heru Sukoco, *Profesi Pertolongan Pekerjaan Sosial dan Proses Pertolongannya*, (Jakarta: BPPS, Depsos RI, 2005), hlm. 147.

baik secara fisik dan psikologis terhadap suatu zat adiktif.<sup>4</sup> Rogers dan McMillan<sup>5</sup> mengatakan bahwa adiksi dapat digolongkan sebagai suatu penyakit yang bersifat kronis dan berulang kali kambuh dan berpotensi fatal yang dapat mengakibatkan kematian atau mengalami komplikasi medis, psikologi penderita makin lama kian memburuk. Menurut De Leon<sup>6</sup> pada diri pecandu, akibat dari penyalahgunaan secara terus menerus akan memasukkan mereka kepada keadaan terjadinya “*disease, disorder* dan *sickness*.”

Penyalahgunaan NAPZA merupakan perilaku maladaptif yang sangat beresiko terhadap terjadinya gangguan pada fungsi psikis, fisik dan sosial. Proses pemulihan dan terjadinya keadaan abstinensia merupakan perjalanan yang sangat panjang “*recovery is the long journey*.” Episode penyalahgunaan NAPZA menyebabkan identitas dalam diri pecandu mengalami perpecahan. Di satu sisi, ada suatu dorongan untuk berhenti, namun di sisi lain ada dorongan untuk terus menerus menggunakan NAPZA. Perasaan berdosa dengan keinginan untuk berhenti berhadapan dengan ketidakberdayaan diri untuk berhenti menggunakan menimbulkan duka cita mendalam. Kecemasan yang mendalam disertai ketakutan akan akibat pemakaian mendorong mereka melakukan *self injury*, yakni usaha untuk menyakiti diri sendiri seperti; mengiris kulit, membenturkan kepala, bahkan kepada usaha membunuh dirinya sendiri, sebagian dari mereka bahkan menganggap *over dosis* bagian yang fair dari perjalanan panjang mereka. Kehidupan mereka seperti labirin episode yang senantiasa berulang: dari menggunakan, meningkatkan kuantitas zat, *craving* dan ketidakmampuan menahan godaan pemakaian, mengalami kecanduan, mengalami sakaw, istirahat dari pemakaian, mengalami kekambuhan dan kembali kepada episode awal. Sementara perjuangan untuk berada dalam keadaan abstinensia dihantui dengan adanya tiga faktor pencetus yang dapat mendorong mereka mengalami kejatuhan semula (*relapse*), yakni pencetus berupa benda, seperti melihat jarum suntik, ikat pinggang, kartu kredit dan lain-lain. Pencetus kedua berupa tempat, seperti melihat toilet di mal-mal, atau tempat yang spesifik seperti tempat mereka biasa mengkonsumsi NAPZA seperti hotel dan bedeng yang ditinggalkan pekerja dan faktor pencetus berupa orang-orang tertentu yang merepresentasikan pribadi pecandu. Selain itu, mereka juga mengalami masalah dalam bina hubungan sosial, mulai dari keretakan hubungan internal dalam keluarga, stigma masyarakat dan berhadapan dengan hukum serta miskinnya keterampilan *coping*

---

<sup>4</sup> BNN RI, *Metode Therapeutic Community*, (Jakarta: BNN, 2009), hlm. 2.

<sup>5</sup> Rogers and McMillan, *Psychology of Addictive Behaviors*, Vol 5(2),1991, hlm. 99, .www.PsycNet.Com/Rogers and McMillan.Page.Html diakses 19 November 2012.

<sup>6</sup> George DeLeon, *Therapeutic Community* (New York: Springer Publishing Company, 2000), hlm. 46.

terhadap *stressor-stressor*.

Oleh karena kompleksnya akibat yang ditimbulkan tersebut, Dinas Sosial Daerah Istimewa Yogyakarta melalui UPTD PSPP Yogyakarta melaksanakan model rehabilitasi sosial terpadu atau disebut dengan sistem "One Stop Centre" dengan basis metode *Therapeutic Community*. Disebut terpadu karena proses rehabilitasi bersifat sinergis memadukan pelayanan rehabilitasi medis, sosial dan psikososial serta vokasional di dalam satu rumah aman atau panti sosial.

#### D. Sekilas tentang Karakteristik Klien Penyalahguna NAPZA di PSPP

Karakteristik klien penyalahguna NAPZA di PSPP Yogyakarta dari segi kognisi dan perilaku secara umum memperlihatkan karakteristik sebagai akibat penyalahgunaan zat seperti: rendahnya kesadaran memaknai hidup secara normatif, kesulitan di dalam mengambil keputusan yang benar, ketidakmampuan di dalam memberikan penilaian atas suatu tindakan dari segi benar dan salah, rendahnya kemampuan menyelesaikan permasalahan dan dalam membina hubungan interpersonal yang normatif. Hal-hal tersebut sesuai dengan yang diungkapkan oleh Profesor George De Leon. Menurutnya, karakteristik penyalahguna NAPZA secara kognitif dan perilaku dapat diperlihatkan dalam tabel berikut ini:<sup>7</sup>

Tabel 1

#### Typical Cognitive characteristics of substance abusers in TCs

<p><i>Lack of awareness</i> Residents are not conscious of, do not recognize, or fail to consider how their actions affect other or how the behavior of others affect them. They either lack the skills to think of the consequences or they choose not to exercise them often erasing such considerations through blocking, distaction and impulsive behavior.</p>
<p><i>Faulty Judgment</i> Residents exercise faulty judgment particularly in term of problem solving, decision making and assesment of consequences. These difficulties appear to relate to poor impulse control and an inability to delay gratification, all of which impair development of judgment skills (means/ends problem solving) or impede the exercise them.</p>

<sup>7</sup> *Ibid*, hlm. 50

*Lack of insight*

*Residents do not see or understand the connections between what they experience (feelings, self perceptions, and actions) and the reasons, influences, or determinant of their experience. A Specific insight difficulty is their lack of awareness of the relationship between their drug thoughts or actions and the various emotions and circumstances that serve as cues or triggers for these.*

*Poor Reality Testing*

*Resident do not see themselves, others or circumstances as they actualualyly are. They are unwilling to confront the everyday issues of their lives and tend to avoid or escape these in their thinking and behavior. They have diffuculty making distinctions between their feeling and fact, and between wants and needs. Most making in realistic assesment is their self appraisal as they typically have diffuculty distinguishing the actual level of their personal resources from their aspired level.*

*Habiitation*

*Residents often do not possess the cognitive, educational, and work skills to earn incomes or effectively negotiate the social system. They also lack the basic behavioral habits and attitudes associated with employability or work readiness. For others with vacatioanal and educational skills, overall social potency to pursue material goals it seriously impeded by drug involvement.*

Karakteristik klien PSPP Yogyakarta dalam aspek kognisi dan perilaku selaras dengan pernyataan De Leon tersebut. Memahami karakter klien yang seperti itu, maka struktur perbaikan fungsi kognisi dan perilaku menjadi pusat perhatian di dalam intervensi psikoedukasi dan menjadi *core issue* yang mendapatkan tempat utama dalam proses terapi dan rehabilitasi.

Selanjutnya dari segi emosional, klien penyalahguna NAPZA menunjukkan rendahnya tingkat toleransi mereka terhadap ketidaknyamanan, bersikap *denial*, tidak sabaran dan rendah dalam kontrol emosi. Klien penyalahguna cenderung menghindarkan diri dari zona tidak nyaman dengan cara mempertahankan zona aman, dalam bahasa TCs (*therapeutic Community*) mereka akan menunjukkan sikap *woodwork* atau diam di tempat dengan berpura-pura sibuk dalam menjalani program namun pikiran dan perasaan mereka tidak terlibat di dalam kegiatan tersebut.

Secara sosial, karakteristik klien penyalahguna NAPZA di PSPP Yogyakarta selaras dengan teori De Leon bahwa pada umumnya mereka menunjukkan perilaku dan sikap yang tidak bertanggungjawab, tidak



menunjukkan kepercayaan kepada lingkungannya, tidak konsisten di dalam menjaga komitmen dalam hubungan sosial. Oleh karena itu, kemampuan membina hubungan sosial merupakan hal yang hendaknya diajarkan kembali kepada mereka.

Kurangnya rasa bertanggungjawab secara sosial dan ketidakpercayaan terhadap komunitas sosial di sekitarnya lebih diakibatkan kepada hasil pengalaman selama penagihan, di mana mereka dihadapkan kepada situasi menipu atau ditipu demi menghindarkan diri dari ketidakterersediaan zat untuk dikonsumsi dan demi menghindarkan diri dari kejaran dan intaian petugas kepolisian. Tidak konsistennya dalam menjaga komitmen pertemanan dikarenakan tidak ada teman yang abadi selain teman dalam pemakaian zat dan kepentingan mendapatkannya. Karakteristik sosial lainnya adalah permainan *junkie games* dengan cara berbohong dan memanipulasi situasi sosial demi mempertahankan zona aman dan nyaman mereka di dalam budaya penagihan. Mereka juga akan mempermainkan sikap *lips service* sebagai bagian *junkie games* dengan cara merasionalisasi suatu keadaan dengan cara mengadakan pembenaran sosial atas situasi yang sebetulnya tidak normatif. Permainan sosial ini ditunjukkan dengan cara *blamming other* dan *blamming situation* sehingga mereka nampak sebagai pribadi yang tidak berdosa.

Karakteristik klien penyalahguna NAPZA di PSPP Yogyakarta juga menunjukkan bahwa mereka yang datang untuk mendapatkan pertolongan pelayanan kesejahteraan sosial dalam bentuk terapi dan rehabilitasi memperlihatkan adanya rasa bersalah yang dibawa serta ke dalam rumah rehabilitasi. Perasaan bersalah tersebut akan menjadi faktor yang menghambat di dalam mencapai keadaan *abstinen* dari NAPZA apabila tidak diberikan kepada mereka terapi memaafkan. Sebagian besar klien PSPP Yogyakarta di dalam sesi *sharing feeling* memperlihatkan rasa bersalah terhadap dirinya sendiri. Dalam ungkapan mereka, rasa bersalah terhadap diri sendiri dikarenakan mereka gagal mewujudkan aspirasi hidup mereka, tidak dapat menegakkan moralitas yang dahulu sebelum mereka terperangkap di dalam dunia penagihan adalah moralitas yang dijunjung tinggi namun moralitas itu seakan tembok yang runtuh dikarenakan perilaku penagihan. Rasa bersalah terhadap diri sendiri juga dikarenakan mewujudkan tujuan hidupnya. Selain rasa bersalah terhadap diri sendiri, klien PSPP Yogyakarta di dalam sesi *sharing feeling* juga memperlihatkan rasa bersalah terhadap keluarga. Rasa bersalah tersebut disebabkan selama mereka masih di luar fasilitas tempat rehabilitasi, atau selama berada dalam perilaku penagihan mereka kerap kali menyakiti hati ayah ibu mereka, menelantarkan istri dan anak-anak mereka. Mereka merasakan ketidakberdayaan di dalam penagihan sehingga tidak dapat menjalankan fungsi sebagai anak yang baik, terlebih sebagai suami atau istri yang tidak dapat menjalankan peran *parenting* yang baik

terhadap anak-anak mereka. Keadaan tersebut membuat mereka seakan tidak berdaya dan kehilangan minat untuk menjalani proses pemulihan disebabkan pada satu sisi mereka selalu menyatakan ingin kembali ke keluarga hanya sekedar menyatakan maaf, padahal keadaan mereka masih rentan terhadap kekambuhan karena rendahnya pengetahuan mereka terhadap faktor pemicu kekambuhan dan bagaimana mempertahankan kepulihan. Biasanya mereka akan mengajukan permintaan *home leave* kepada petugas dengan alasan meminta maaf dan bagi klien yang masih berada dalam keadaan perasaan bersalah tersebut konselor akan melakukan *rejection* atas permohonan mereka tersebut dengan alasan minimnya keterampilan mereka mengenali faktor pemicu kekambuhan dan rendahnya keterampilan mempertahankan kepulihan.

Keadaan rasa bersalah terhadap masyarakat adalah hal yang menyertai dua keadaan bersalah di atas. Klien PSPP Yogyakarta selama di dalam penagihan kerap kali melakukan tindakan kekerasan bahkan terhadap orang yang tidak mereka kenal. Mereka menyakiti dengan perilaku kekerasan dan tindakan kriminal yang merugikan orang lain, seperti mencuri, merampok dan melakukan pelecehan seksual ataupun perilaku menjerumuskan seseorang ke dalam budaya penagihan.

Karakteristik klien PSPP Yogyakarta tersebut sesuai dengan karakteristik yang dinyatakan De Leon dalam tabel berikut ini.<sup>8</sup>

**Tabel 2.**  
**Varieties of Guilt Problems for Residents in TCs**

Guilt to the self Arises from injuries to the self. This pain is expressed in such phrases as: "who I have been, should, could be" and the frequent lament: "who I have wasted or thrown away my life."
Guilt to significant others Arises from the injuries to those known by the resident. Family members have often been directly hurt by resident 'stealing, their physical, verbal, and sexual abuse, or from having been introduced to drug use by them: indirectly they have been hurt through the resident' legal and hurt problems.

---

<sup>8</sup> *Ibid*, hlm. 54

Guilt to society

Arises through injury to anonymous others. Resident in treatment often confess personal secret involving past actions that have hurt people unknown to them. typically, these are crimes of violence resulting in bodily injury or death or others crimes, such as stealing, robbery, burglary, mugging, and drug dealing.

**E. Perspektif Terapi Psikososial melalui metode *Therapeutic Community***

Melihat keunikan PSPP dengan kekhasannya tersebut, setiap pekerja sosial yang bekerja di tempat tersebut, selain dibekali dengan keterampilan dasar pekerjaan sosial juga mendapatkan pelatihan Terapi dan Rehabilitasi berbasis Metode *Therapeutic Community*. Dalam pelaksanaan tugasannya, pelayanan kesejahteraan sosial melalui prinsip dan langkah-langkah pekerjaan sosial dengan segala kaidahnya, namun proses terapi dan treatment dilaksanakan melalui Budaya dan metode *therapeutic community* dengan tahapan rawatan klien mulai dari Tahap *Detoksifikasi*, *Primary Stage* dengan *phase induction*, *Younger Member*, *middle peer* dan *older member*, dilanjutkan ke tahap *Re-Entry* dengan *phase A*, *phase B* dan *C* serta *after care*.

NIDA, lembaga paling berkompeten dalam bidang ini memberi batasan *therapeutic community*:

*“TCs are drug-free residential settings that use a hierarchical model with treatment stages that reflect increased levels of personal and social responsibility. Peer influence, mediated through a variety of group processes, is used to help individuals learn and assimilate social norms and develop more effective social skills.”*<sup>9</sup>

Dalam pengertian tersebut, dapat disimpulkan bahwa TC merupakan model treatment melalui sistem asrama dengan model hirarki dalam memainkan simulasi peran untuk meningkatkan kemampuan personal dan tanggung jawab sosial dengan mediasi dukungan rekan sebaya dan grup-grup terapi dengan menggunakan pembelajaran pertolongan individual dengan cara memberikan pertolongan bagi orang lain sehingga asimilasi norma-norma sosial dan pencapaian keterampilan bina hubungan sosial yang efektif. Glenn R Hanson menjelaskan bahwa pada dasarnya *therapeutic community* merupakan rehabilitasi, pembelajaran kembali, pembiasaan perilaku sosial normative dan penguatan kembali kecakapan-kecakapan sosial, nilai-nilai hidup, persepsi dan sifat serta kehidupan emosi, fisik dan psikologis yang sehat melalui rehabilitasi dalam seting residensial, menerapkan prinsip *self-help group* di mana

<sup>9</sup> National Institute on Drug Abuse (NIDA) merupakan bagian dari National Institutes of Health (NIH), komponen dari U.S. Department of Health and Human Services.

seorang pecandu mengusahakan kepulihan dengan cara memberikan kepedulian dan bantuan kepada rekannya untuk memastikan kepulihan secara bersama. Berikut ini penjelasan Glenn R Hanson mengenai hal tersebut:

*TC's for the treatment of drugs abuse and addiction has existed for 40 years..In General, TC are drug free residential settings that use hierarchical model with treatment stages that reflect increased of personal and social responsibility.Peer Influence, mediated through a variety of group processes is used to help individuals learn and assimilate social norm and develop more effective social skills.TC's differ from other treatment approaches principally in their use of the community, comprising treatment staff and those in recovery as key agents of change.This approach is often referred to as "Community method" TC member interact in structured and unstructured ways to influence attitude, perceptions and behaviour associated with drug use.Many individuals admitted to TCs have a history of social functioning, education/vocational skills,and positive community and family ties that have been eroded by their substance abuse.For them, recovery involves in rehabilitation-re learning or re establishing healthy functioning, skills and values as well as regaining physical and emotional health.Other TC residen have never acquired functional life styles. For those people, TC is usually their first exposure to orderly living. Recovery for them involves"habilitation"-learning for the first time the behavioral skills, attitude and values associated with social living..A second fundamental TC principle is selfhelp. Mutual help means that individuals also assure partial responsibility for the recovery of their peers-an important aspect of an individuals own treatment.<sup>10</sup>*

Model pelayanan dalam kerangka teoritik seperti dipahami oleh George De Leon, Glenn R Hanson dan NIDA dan lembaga paling kompeten dalam TCs yakni DayTop, New York, USA seperti disarikan oleh Fadhilan A. Qayyum, CSAC<sup>11</sup> sebagaimana berikut di bawah ini:

**1. Treatment diarahkan dalam keyakinan :**

- a. *You can change, unfold* (Setiap orang dapat berubah)
- b. *Group can foster this change* (grup terapi dapat mempercepat perubahan tersebut)
- c. *Individual must take responsibility* (setiap individu/klien

---

<sup>10</sup> Glenn R Hanson,P.Hd. What is Therapeutic Community? *Journal of Therapeutic Community*, vol.2 August (USA: The National Institute on Drug Abuse, 2005), hlm. 3.

<sup>11</sup> Fadhilan Abdul Qayyum, *Overview of Therapeutic Community*, Hand Out Diklat bagi Petugas T&R, diselenggarakan oleh BNN RI, Oktober-Desember, (Jakarta: 2004).

mengambil tanggung jawab-atas diri sendiri, dan komunitas)

- d. *Act as if - go through the motions* (belajar mengikuti arah peran dalam komunitas sesuai yang diberikan padanya)

**2. Drug-Free Treatment Programm:**

- a. *Behavior Management* (pengubahan perilaku)
- b. *Emotional/Psychological* (manajemen emosi dan sikap psikologis yang tepat)
- c. *Intellectual and Spiritual* (peningkatan wawasan spiritual dan pengetahuan)
- d. *Vocational/Survival Skills* (kecakapan vokasional dan bertahan hidup)

**3. Community Life (dalam komunitas) klien dilatih dalam Model Pembelajaran Sosial:**

- 1) *Learn through challenge and action* (belajar melalui tantangan dan tindakan nyata)
- 2) *Learn through universality of our condition* (belajar memaknai hidup)
- 3) *Learn through disclosure and exposure* (belajar menyatakan dan mengelola rahasia)
  - a) *Fantasies* (fantasi)
  - b) *Angers* (kemarahan)
  - c) *Fears* (ketakutan)
  - d) *Hopes* (harapan)

4. **Design Setting** kegiatan diarahkan kepada: menjalani grup-grup terapi, menjalankan aktivitas berkaitan dengan urusan pribadi, bagaimana menata tempat tidur, pakaian, komunikasi, menunjukkan empati dan perhatian kepada orang lain melalui pembelajaran sosial. Belajar mengambil komitmen serta menjalankannya serta belajar menghargai harapan diri sendiri maupun orang lain.

5. **Formal and Informal Settings:** Penciptaan suasana lingkungan dalam komunitas *Environmental* (lingkungan yang tumbuh di dalamnya suasana saling peduli, menyayangi, dan saling ingat mengingatkan). *Atmosphere of caring, respect of the person, challenge* (suasana saling menghormati dan menghargai, sanggup menerima tantangan dan menjalankan peran) *Unwritten Philosophy, signs, visual aids* (belajar memahami filosofi hidup, mempelajari tanda-tanda kejatuhan dan pertolongan yang tulus kepada sesamanya) *Symbols, rituals, the way things are done* (menjalankan serangkaian ritual dan tradisi yang baik yang hidup di dalam komunitas, seperti: *charity* – memberikan kebaikan kepada orang lain, *honesty* – berlaku jujur, *manner-* santun dan lain-lain.

6. **Etika dan Nilai** diajarkan melalui seminar dan diskusi , membaca dan mendengarkan nasehat setiap hari melalui mekanisme *role play*.
7. **Kegiatan harian** diarahkan dalam siklus 24 jam. Klien melaksanakan: permainan/simulasi peran, kerja dalam team, belajar memiliki dan kehilangan, belajar merasakan dan berfikir normatif.
8. Dalam TC dengan klien karakteristik adiksi NAPZA akan melibatkan banyak ahli terkait hanya untuk melayani satu orang klien: seperti pekerja sosial, dokter, psikiater, perawat, ruhaniawan, instruktur keterampilan, analis kesehatan, konselor adiksi, guru, *family therapist* dan staf administrasi termasuk tenaga keamanan.
9. Domain Pelayanan ditujukan kepada individu klien, keluarga dan pihak-pihak yang terkait dengan pribadi klien, seperti pacar, kawan dekat dan orang yang berpengaruh terhadapnya.

#### F. Implementasi Metode *Therapeutic Community* di PSPP Yogyakarta

Berikut ini disajikan proses pelayanan sebagaimana dilakukan di PSPP Yogyakarta dalam bentuk tabel sebagai berikut:

**Tabel 3.**  
**Program pelayanan pekerjaan sosial bagi residen NAPZA melalui metode *therapeutic community***

No	Program	Jenis Kegiatan Terapi kelompok	Waktu	Fase
I	<i>Behavior Management Shaping</i>	- <i>Morning meeting</i>	<i>Pagi/Daily</i>	<i>All Fase</i>
		- <i>Morning Briefing</i>	<i>Pagi/Minggu</i>	<i>All Fase</i>
		- <i>Wrap up</i>	<i>Malam/Minggu</i>	<i>All Fase</i>
		- <i>Group - group sharing</i>		<i>All Fase</i>
II	<i>Emotional</i>	- <i>Encounter</i>	<i>Siang/Rabu</i>	<i>All Fase</i>
		- <i>Counseling Personal</i>	<i>Situasional</i>	<i>All Fase</i>
		- <i>Static Group</i>	<i>Malam/Jum,at</i>	<i>All Fase</i>

Nanang Rekto Wulanjaya, Implementasi Metode Therapeutic.....

III	<i>Intelektual And Spiritual</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Bimbingan Rohani</i></li> <li>- <i>Religius Class</i></li> <li>- <i>Dynamic Group</i></li> <li>- <i>Seminar/Induction</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Fase Induction &amp; Younger</i></li> <li>• <i>Fase Middle</i></li> <li>• <i>Fase Older</i></li> </ul> </li> <li>- <i>Family Support Group</i></li> </ul>	<p><i>Malam/Senin</i>  <i>Malam/Kamis</i>  <i>Siang/Sabtu</i>  <i>Malam / Selasa dan Rabu</i>    <i>Siang/Minggu</i></p>	<p><i>All Fase</i>  <i>All Fase</i>  <i>All Fase</i>  <i>Per Fase berbeda – beda</i>        <i>All Fase</i></p>
IV	<i>Vocational and Survival Skill</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Keterampilan (Otomotif)</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Mobil</i></li> <li>- <i>Sepeda motor</i></li> </ul> </li> <li>- <i>Bahasa Inggris</i></li> <li>- <i>Komputer</i></li> <li>- <i>Art Therapy</i></li> <li>- <i>Pertanian dan Peternakan</i></li> </ul>		<p><i>Middle Member</i>  <i>Middle Member</i>  <i>Middle Member</i>  <i>Middle Member</i>  <i>Middle Member</i>  <i>Middle Member</i>  <i>Middle Member</i></p>

**Tabel 4.**  
**Struktur program harian**

No	TAHAP	Jenis Kegiatan
I	<i>Detoksifikasi</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Withdrawal phase</i></li> <li>• <i>Adaptation phase</i></li> <li>• <i>Medicine Treatment</i></li> </ul>
II	<i>Entry Unit</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Subuh Prayer</i></li> <li>- <i>Sleep Back</i></li> <li>- <i>Wash Up</i></li> <li>- <i>Breakfast</i></li> <li>- <i>Morning Briefing</i></li> <li>- <i>Cleaning Dorm</i></li> <li>- <i>Dzuhur Prayer</i></li> <li>- <i>Lunch</i></li> <li>- <i>Siesta</i></li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Ashar Prayer</i></li> <li>- <i>TV Session</i></li> <li>- <i>Sport</i></li> <li>- <i>Wash Up</i></li> <li>- <i>Maghrib Prayer</i></li> <li>- <i>Dinner</i></li> <li>- <i>Isya Prayer</i></li> <li>- <i>TV Session</i></li> <li>- <i>Curfew</i></li> </ul>
III	<i>Primary</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Subuh Prayer</i></li> <li>- <i>Sleep Back</i></li> <li>- <i>Wash Up</i></li> <li>- <i>Breakfast</i></li> <li>- <i>Morning Meeting/Briefing</i></li> <li>- <i>Function</i></li> <li>- <i>Group Class</i></li> <li>- <i>Dzuhur Prayer</i></li> <li>- <i>Lunch</i></li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Afternoon Wrap Up</i></li> <li>- <i>Group Class</i></li> <li>- <i>Ashar Prayer</i></li> <li>- <i>Recreation &amp; Sport</i></li> <li>- <i>Wash Up</i></li> <li>- <i>Maghrib Prayer</i></li> <li>- <i>Dinner</i></li> <li>- <i>Isya Prayer</i></li> <li>- <i>Group Class</i></li> <li>- <i>Evening Wrap Up</i></li> <li>- <i>Curfew</i></li> </ul>



Nanang Rekto Wulanjaya, Implementasi Metode Therapeutic.....

IV	<i>Pre Re-Entry</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Subuh Prayer</i></li> <li>- <i>Sleep Back</i></li> <li>- <i>Wash Up</i></li> <li>- <i>Breakfast</i></li> <li>- <i>Morning Briefing (situasional)</i></li> <li>- <i>Cleaning Dorm</i></li> <li>- <i>Dzuhur Prayer</i></li> <li>- <i>Lunch</i></li> <li>- <i>Siesta</i></li> <li>- <i>Ashar Prayer</i></li> <li>- <i>TV Session</i></li> <li>- <i>Sport</i></li> <li>- <i>Wash Up</i></li> <li>- <i>Maghrib Prayer</i></li> <li>- <i>Dinner</i></li> <li>- <i>Isya Prayer</i></li> <li>- <i>Group Sharing</i></li> <li>- <i>Curfew</i></li> </ul>
V	<i>Re-Entry</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Subuh Prayer</i></li> <li>- <i>Sleep Back</i></li> <li>- <i>Wash Up</i></li> <li>- <i>Breakfast</i></li> <li>- <i>Morning Briefing</i></li> <li>- <i>Cleaning Dorm</i></li> <li>- <i>Dzuhur Prayer</i></li> <li>- <i>Lunch</i></li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Siesta</i></li> <li>- <i>Ashar Prayer</i></li> <li>- <i>TV Session</i></li> <li>- <i>Sport</i></li> <li>- <i>Wash Up</i></li> <li>- <i>Maghrib Prayer</i></li> <li>- <i>Dinner</i></li> <li>- <i>Isya Prayer</i></li> <li>- <i>TV Session</i></li> <li>- <i>Curfew</i></li> </ul>

Selain program tersebut, PSPP Yogyakarta menyelenggarakan kegiatan *Family Support Group* dengan tujuan melatih keluarga klien dan *significant other* untuk dapat menjadi mitra *recovery* dengan menyelenggarakan bimbingan dan pelatihan, berupa seminar, diskusi, konsultasi, konseling dan kemah keluarga. Selain itu juga menyelenggarakan

outbond serta kegiatan rekreasi lainnya. Untuk bimbingan lanjut pada masa *after care*, PSPP Yogyakarta menyelenggarakan kegiatan *sheltered workshop* berupa usaha kemandirian dalam wujud bisnis dan pelayanan jasa, yakni bengkel motor dan mobil, laundry, foto copi dan usaha jasa produktif lainnya. Disamping itu juga menjalin kemitraan dengan lembaga kampus, masyarakat, sekolah, instansi pemerintah dalam wujud kegiatan berbagi pengetahuan, keterampilan, penyuluhan, dukungan kemitraan dan memberdayakan rehabilitasi berbasis masyarakat, termasuk kemitraan dengan lembaga keagamaan.

### **G. Implementasi Pertolongan Pekerjaan Sosial melalui metode *Therapeutic Community*, Tantangan dan Hambatannya**

Secara ringkas dapat dinyatakan bahwa proses pertolongan pekerjaan sosial merupakan *core business* yang dijalankan oleh setiap pekerja sosial di PSPP Dinas Sosial Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Tahapan Proses pertolongan antara pekerjaan sosial ternyata simetris dengan pentahapan dalam metode *Therapeutic Community*. Kesulitannya adalah pekerja sosial memainkan peran ganda selain sebagai pekerja sosial, juga memainkan peran sebagai terapis adiksi yang harus mengetahui tentang *Disease* (infeksi terkait penyalahgunaan NAPZA), *Disorder* (gangguan kepribadian) dan *Sickness* (penyakit-penyakit simptonik yang ada pada klien). Oleh karena itu, setiap pekerja sosial di PSPP Dinas Sosial Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta dibekali keterampilan dasar psikososial terapi yang difasilitasi oleh Badan Narkotika Nasional melalui serangkaian pelatihan dan workshop profesi konselor adiksi.

Dalam proses tahapan rehabilitasi, PSPP Yogyakarta mengimplementasikan tahapan di dalam proses rehabilitasi mendasarkan diri pada tahapan pelayanan pekerjaan sosial dengan alur: penerimaan awal, detoksifikasi, pra rehabilitasi, rehabilitasi sosial yang dimulai dengan tahapan asesmen kemudian rencana intervensi ke dalam bentuk bimbingan fisik, bimbingan mental, bimbingan sosial, dan bimbingan vokasional, bimbingan lanjut dan terminasi. Pada saat yang bersamaan, melalui metode *therapeutic community* alur pelayanan dalam kaidah *therapeutic community* mengikuti tahapan: *entry unit*, *detoksifikasi*, *primary stage*, yang terdiri atas tiga kelas, yakni *induction*, *younger member*, *middle peer* dan *older member*, kemudian fase *pra re-entry*, fase *re-entry* terdiri atas phase A, phase B dan phase C dan terakhir fase *after care*.

Di dalam tahapan *entry unit*, pelayanan pekerjaan sosial diarahkan kepada kegiatan *building trust* dengan proses *engagement* dengan cara komunikasi empatik dan *motivational interviewing*, kemudian proses *assessment* dan menempatkan klien ke dalam fase *entry unit* ini. Berdasarkan *assessment* awal, manakala klien masih berada dalam

keadaan *withdrawal syndrome* maka sesudah *entry unit* klien akan ditempatkan ke dalam fase detoksifikasi dengan intervensi bimbingan psikologis, mental spiritual dan terapi konseling adiksi. Tahapan *primary stage* sepenuhnya melaksanakan metode *therapeutic community* dengan pendekatan terapi psikososial dengan memberikan kepada mereka intervensi psikososial dalam bentuk grup terapi kelompok. Bimbingan vokasional juga diberikan dalam fase ini, tidak sekedar membekali klien dengan keterampilan tertentu, seperti keterampilan otomotif, keterampilan komputer, keterampilan wirausaha namun lebih menekankan kepada keterampilan bertahan hidup, keterampilan *coping skills* dalam mengatasi masalah, emosi dan bina hubungan sosial. Pada tahapan *re-entry* dan *after care* kegiatan di arahkan kepada reintegrasi sosial dan mempersiapkan klien kembali ke dalam kehidupan keluarga dan masyarakat. Bimbingan pada tahapan ini sama halnya dengan tahapan bimbingan lanjut dan persiapan terminasi. Agak berbeda dengan klien bukan penyalahguna NAPZA, khusus di PSPP Yogyakarta kata terminasi bisa saja tidak pernah terjadi karena dalam pelayanan rehabilitasi sosial bagi klien penyalahguna NAPZA diberlakukan sistem *back to square one*, di mana klien yang sudah pernah menjalani rawatan bilamana mengalami kekambuhan atau *relapse* dapat kembali menjalani proses rehabilitasi sosial tersebut mulai dari titik nol, yakni menjalani fase demi fase rawatan, hanya saja dengan durasi waktu yang lebih pendek dari masa rehabilitasi sebelumnya. Berikut ini disajikan hambatan dan tantangan secara ringkas sebagai berikut:

1. Hambatan dalam Penguasaan *Knowledge, Skills* dan Teknik Psikososial terapi. Meskipun sudah dibekali sejumlah pengetahuan, teknik dan aplikasi terapi psikososial, namun dirasakan bahwa tidak semua metode tersebut sepenuhnya dapat diaplikasikan karena keterbatasan sumber daya pekerja sosial akan dasar-dasar pengetahuan aplikasi psikologi praktis. Sementara filosofi *Therapeutic Community* dengan Pekerjaan Sosial mengharuskan permainan peran ganda, TCs menghendaki staf sebagai role model keteladanan dalam mengaplikasikan budaya TC dengan konsep kekeluargaan yang melekat selamanya sebagai “kakak dan adik” sementara dalam Pekerjaan Sosial dikehendaki adanya terminasi pelayanan. Dalam TCs kontrak pelayanan bersifat “*Entry dan Re-Entry*”/di mana klien yang mengalami kekambuhan atau *relapse* dapat kembali menjalani proses rehabilitasi melalui program *back to square one*/kembali ke titik nol.
2. Dalam Pekerjaan Sosial diarahkan kepada keberfungsian sosial, sementara dalam *therapeutic community* diarahkan selain keberfungsian sosial juga difokuskan kepada terapi gangguan kepribadian, pengobatan medis *disease* dan *sicknes*. Kesamaannya,

bahwa kedua pendekatan tersebut difokuskan kepada individu, kelompok dan keluarga. Kepada peserta workshop dimintakan pendekatan model terapi bagi individu, kelompok dan keluarga tersebut.

3. *Design Setting* Fasilitas: dalam *Therapeutic Community* desain ruangan yang diperlukan meliputi: ruang utama, asrama dengan model terbuka atau *dormitory* atau barak, ruang *spot check*, ruang konseling, kolam rawatan terapi air, ruang security di ruang utama, ruang gastronomy, ruang laundry, ruang ibadah, ruang terapi khusus, ruang *assesment bio-psycho social*, ruang isolasi, ruang detoksifikasi, *smoker room*, ruang intimasi bagi klien yang sudah berkeluarga, ruang administrasi dan gedung data, perpustakaan, ruang relaksasi, ruang olahraga/*fitness centry*, ruang observasi dan ruang meditasi kursi kosong, serta ruang detoksifikasi yang aman dan nyaman. Kepada peserta workshop dimintakan pendapat mengenai fasilitas disain ruang yang sesuai dengan karakteristik klien penyalahguna NAPZA.

## G. Penutup

Permasalahan adiksi, terutama adiksi NAPZA senantiasa berkaitan dengan keadaan yang terjadi pada sistem syaraf pusat sehingga sering disebut sebagai *brain's disease*. Karena sifat zat yang memiliki karakteristik *depressant*, *halosinogen* dan *stimulan* untuk waktu pemakaian tertentu dapat mengakibatkan tiga keadaan, yakni *disorder* (gangguan kepribadian), *disease* (penyakit akibat penyalahgunaan), dan *sickness*. Selain hal tersebut, penyalahgunaan NAPZA akan mengubah karakter seseorang, baik secara kognisi, perilaku, emosi, psikologis dan sosial ke arah penyimpangan-penyimpangan. Dalam kajian ini juga dapat dilihat bahwa secara teoritis penyalahguna NAPZA adalah pribadi yang cara berpikirnya tidak normatif, rendah kesadaran membina hubungan sosial yang normatif, rendah empati sosialnya, mereka adalah pribadi yang tidak memiliki kekayaan emosi, tidak toleran terhadap keadaan yang tidak menyenangkan, tidak sabaran dan rendah keterampilan menyelesaikan masalah serta pribadi yang *impulsive* dan *moody*. Metode *therapeutic Community* dipilih karena model rehabilitasi ini disusun berdasarkan kajian-kajian tentang pribadi penyalahguna tersebut dengan beragam karakteristik dan akibat yang ditimbulkan dari perilaku penyalahgunaan NAPZA tersebut. Penerapan di PSPP Yogyakarta bersifat terpadu dalam satu tempat dilaksanakan beragam pelayanan, sinergis antara rehabilitasi medis, sosial dan psikoterapi dengan melibatkan profesi-profesi terkait untuk memberikan layanan pertolongan kepada klien. Dapat disimpulkan bahwa antara teori dan implementasi yang dilaksanakan di PSPP

**Nanang Rekto Wulanjaya, Implementasi Metode Therapeutic.....**

Yogyakarta mendasarkan diri pada tahapan pelayanan pekerjaan sosial dengan mengimplementasikan metode *therapeutic community* sebagai modalitas terapi sebagai tindakan intervensi yang tepat berdasarkan karakteristik klien penyalahguna NAPZA. \*

## DAFTAR PUSTAKA

- BNN RI, *Metode Therapeutic Community*, Jakarta: BNN, 2009.
- Charles Zastrow, *Introduction to Social Welfare institutions: Social Problems, Services, and Social Issues*, Homewood, Illinois: The Dorsey Press, 1982.
- Darwin Butar Butar, *Kondisi Narkoba Di Indonesia Pada Akhir Tahun 2011*, (Disampaikan pada kegiatan Sosialisasi Hasil Penelitian BNN Tahun 2011 di Poltekkes, Kemenkes, 21 Mei 2012, Yogyakarta)
- Dwi Heru Sukoco, *Profesi Pertolongan Pekerjaan Sosial Dan Proses Pertolongannya*, Jakarta: BPPS, Depsos RI, 2005.
- Fadhilan Abdul Qayyum, *Overview of Therapeutic Community*, Hand Out Diklat bagi Petugas T & R, diselenggarakan oleh BNN RI, Oktober-Desember, Jakarta, 2004.
- George DeLeon, *Therapeutic Community*, New York: Springer Publishing Company, 2000.
- Glenn R Hanson, P.Hd. *What is Therapeutic Community?* In Journal of Therapeutic Community, The National Institute on Drug Abuse USA, Vol.2 August, 2005, halaman 3
- Rogers and McMillan, *Psychology of Addictive Behaviors*, Vol 5(2), 1991, [www.PsycNet.Com/Rogers and McMillan.Page.Html](http://www.PsycNet.Com/Rogers_and_McMillan.Page.Html) (akses 19 November 2012)

**Nanang Rekto Wulanjaya, S.Pd, M.Si** adalah Pekerja Sosial di Panti Sosial Pamardi Putera (PSPP) Dinas Sosial DIY.