



# PETUJUK PELAKSANAAN DAN PETUNJUK TEKNIS

DETOKSIFIKASI PADA  
PENYALAH GUNA NARKOTIKA  
DI LAYANAN TERAPI DAN REHABILITASI

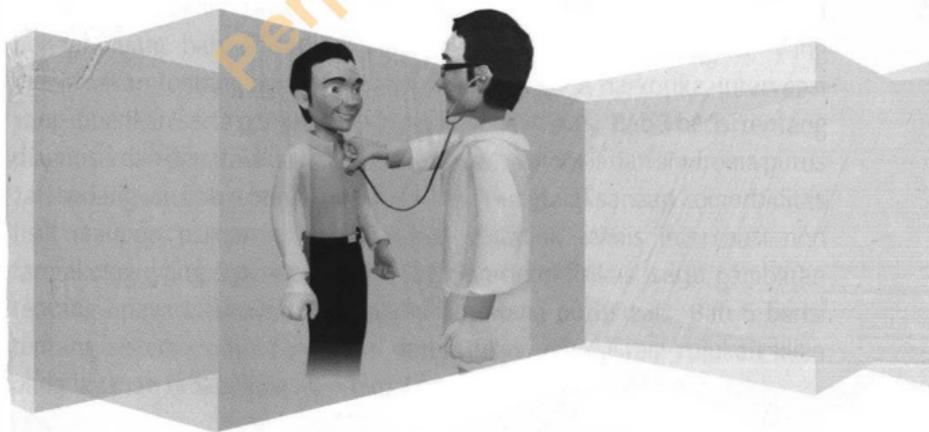






# PETUJUK PELAKSANAAN DAN PETUNJUK TEKNIS

DETOKSIFIKASI PADA  
PENYALAH GUNA NARKOTIKA  
DI LAYANAN TERAPI DAN REHABILITASI



Perpustakaan BNN

## Kata Pengantar

Puji dan syukur dipanjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena rahmat dan karunia Nya, maka penyusunan **Petunjuk Pelaksanaan dan Petunjuk Teknis (Juklak dan Juknis) Detoksifikasi Pada Penyalah Guna Narkotika Di Layanan Terapi dan Rehabilitasi** ini telah dapat diselesaikan sesuai waktu yang ditentukan.

Penyusunan Juklak dan Juknis Detoksifikasi ini bertujuan untuk menyediakan suatu acuan tata laksana layanan detoksifikasi bagi penyalah guna narkotika, yang akan dapat digunakan oleh petugas terapi medis pada tempat- tempat layanan terapi dan rehabilitasi yang telah mendapatkan dukungan dan penguatan dari Badan Narkotika Nasional (BNN), agar perawatan detoksifikasi pada semua tempat layanan tersebut dapat dilaksanakan sesuai standar yang telah ditentukan sehingga pelayanan korban penyalah guna narkoba dapat diselenggarakan secara lebih optimal.

Juklak dan Juknis Detoksifikasi ini terdiri dari 7 bab. Bab 1 berisi pendahuluan, bab 2 berisi tentang detoksifikasi berintegrasi, yang menjelaskan tentang masalah terkait penyalah guna narkotika, intervensi yang diberikan serta penyediaan layanan detoksifikasi. Bab 3 berisi tentang diagnosis dan penatalaksanaan pada kondisi overdosis dan sindroma putus zat, sedangkan bab 4 berisi tentang prinsip penatalaksanaan komorbiditas fisik maupun psikiatrik. Bab 5 berisi petunjuk teknis intervensi non farmakologi yang diperlukan pada layanan detokfisikasi serta gambaran tentang upaya masyarakat mengatasi sindroma putus zat. Bab 6 berisi tentang sistem evaluasi program detoksifikasi dan sistem rujukan klien pada layanan rehabilitasi, dan bab 7 penutup.

Juklak dan Juknis Detoksifikasi yang telah disusun ini tentunya masih jauh dari sempurna, oleh karena itu saran dan masukan dari semua pihak yang terkait penggunaan Juklak dan Juknis ini sangat kami harapkan, guna perbaikan penyusunan dan penyempurnaan Juklak dan Juknis pada waktu yang akan datang.

Akhir kata, kami mengharapkan Juklak dan Juknis Detoksifikasi yang telah tersusun ini akan memberikan manfaat yang berarti sebagai salah satu upaya meningkatkan keberhasilan pelayanan terapi dan rehabilitasi penyalah guna narkoba di seluruh wilayah Indonesia.

Jakarta, November 2010

Deputi Rehabilitasi BNN



**Dr. Benny Ardjil, Sp. KJ**



## **Kata Sambutan Kepala Badan Narkotika Nasional**

Marilah kita panjatkan puji dan syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas limpahan rahmat dan karunia-Nya sehingga penyusunan Petunjuk Pelaksanaan dan Petunjuk Teknis (Juklak dan Juknis) Program Detoksifikasi pada Penyalah Guna Narkotika di Layanan Terapi dan Rehabilitasi ini telah dapat diselesaikan. Penyusunan Juklak dan Juknis ini bertujuan untuk menyediakan suatu acuan tata laksana layanan detoksifikasi korban penyalah guna narkoba yang akan digunakan oleh tenaga medis dan petugas kesehatan lainnya yang bekerja pada fasilitas kesehatan baik di Puskesmas, Rumah Sakit, Klinik Swasta maupun tempat layanan terapi dan rehabilitasi lain yang diselenggarakan oleh masyarakat, yang telah mendapatkan dukungan dan penguatan dari Badan Narkotika Nasional (BNN).

Penanganan masalah penyalahgunaan narkoba memerlukan upaya komprehensif yang secara efektif memanfaatkan berbagai sarana dan prasarana kesehatan yang telah tersedia di masyarakat. Perawatan detoksifikasi yang dilaksanakan oleh berbagai fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat tersebut sangat bervariasi, dan belum tersedia petunjuk yang digunakan sebagai standar pelayanan. Oleh karena itu dengan penyusunan Juklak dan Juknis ini diharapkan akan tersedia suatu acuan yang standar bagi petugas kesehatan di semua tempat layanan terapi dan rehabilitasi dalam memberikan layanan detoksifikasi korban penyalah guna narkoba.

Saya berharap penyusunan Juklak dan Juknis Detoksifikasi ini akan meningkatkan keberhasilan dalam upaya terapi dan rehabilitasi sehingga jumlah penyalah guna narkoba yang dapat pulih dari ketergantungan narkoba akan terus bertambah. Saya juga berharap para petugas kesehatan dapat memanfaatkan Juklak dan Juknis ini dengan sebaik-baiknya, sehingga korban penyalah guna narkoba dapat menerima pelayanan yang optimal.

Selanjutnya saya menyampaikan penghargaan kepada tim penyusun dan semua pihak yang telah bekerja dengan tekun dan profesional dalam proses penyusunan Juklak dan Juknis ini, kiranya segala upaya yang dilakukan akan memberikan manfaat yang besar dalam upaya penanggulangan korban penyalahgunaan narkoba di Indonesia.

Akhir kata semoga Tuhan Yang Maha Esa senantiasa memberikan petunjuk kepada kita semua dalam mewujudkan masyarakat Indonesia yang sehat dan bebas dari penyalahgunaan dan peredaran gelap narkoba.

Jakarta, November 2010  
Kepala Badan Narkotika Nasional



**Gories Mere**

Perpustakaan BNN

# DAFTAR ISI

<b>KATA PENGANTAR</b>	<b>iii</b>
<b>SAMBUTAN KEPALA BNN</b>	<b>v</b>
<b>DAFTAR ISI</b>	<b>viii</b>
<b>BAB I      PENDAHULUAN</b>	<b>1</b>
1.1.      Gambaran Masalah Narkotika di Indonesia	1
1.2.      Pemahaman Detoksifikasi Sebagai Bagian dari Proses Pemulihan	4
1.3.      Tujuan dari Juklak (Fokus pada <i>Abstinensia</i> )	6
1.4.      Program Detoksifikasi	7
1.4.1.    Pengertian Detoksifikasi	7
1.4.2.    Pedoman Prinsip-Prinsip Pelaksanaan Program Detoksifikasi	9
1.4.3.    Fasilitas, Tingkat Pengobatan dan Kriteria Penempatan Pasien	11
<b>BAB II     DETOKSIFIKASI BERINTEGRASI</b>	<b>16</b>
2.1.      Pengertian	16
2.2.      Masalah Terkait Penyalahgunaan Narkotika	18
2.3.      Asesmen (instrumen + <i>informed consent</i> )	21
2.3.1.    Tujuan Khusus Asesmen	21
2.3.2.    Fase Asesmen	21
2.3.3.    Penekanan Keberhasilan <i>Abstinensia</i> pada Pengobatan Tradisional	22
2.3.4.    Instrumen Asesmen	24
2.3.5. <i>Informed Consent</i> (Formulir Persetujuan)	27
2.4.      Asesmen dan Evaluasi Pasien untuk Program Rehabilitasi	27
<b>BAB III    TERAPI FARMAKOLOGI</b>	<b>30</b>
3.1.      Diagnosa dan Penatalaksanaan Intoksifikasi dan Overdosis	30
3.1.1.    Diagnosa dan Terapi Intoksikasi dan Overdosis Zat <i>Opioid</i>	30

3.1.2.	Diagnosa dan Terapi Intoksikasi Zat <i>Amfetamin</i> dan Zat yang Menyerupainya	32
3.1.3.	Diagnosa dan Terapi Intoksikasi Zat Alkohol	34
3.1.4.	Diagnosa dan Terapi Intoksikasi dan Overdosis Zat <i>Benzodiazepin</i>	36
3.1.5.	Diagnosa dan Terapi Intoksikasi Zat Kanabis	37
3.1.6.	Diagnosa dan Terapi Intoksikasi Zat Kokain	38
3.2.	Diagnosa dan Penatalaksanaan Sindroma Putus Zat	39
3.2.1.	Diagnosa dan Terapi Sindroma Putus Zat <i>Opioid</i>	39
3.2.2.	Diagnosa dan Terapi Sindroma Putus Zat <i>Amfetamin</i> dan Zat yang Menyerupainya	42
3.2.3.	Diagnosa dan Terapi Sindroma Putus Zat Alkohol	43
3.2.4.	Diagnosa dan Terapi Sindroma Putus Zat <i>Benzodiazepin</i>	46
3.2.5.	Diagnosa dan Terapi Sindroma Putus Zat Kanabis	47
3.2.6.	Diagnosa dan Terapi Sindroma Putus Zat Kokain	48

#### **BAB IV PENATALAKSANAAN KOMORBIDITAS FISIK DAN PSIKIATRIK PADA PENYALAH GUNA NARKOTIKA 49**

4.1.	Prinsip-Prinsip Penatalaksanaan Komorbiditas	49
4.2.	Diagnosis dan Penatalaksanaan Komorbiditas Fisik	49
4.2.1.	<i>HIV/AIDS</i>	49
4.2.2.	Tuberkulosis (TB)	58
4.2.3.	Hepatitis C Virus	61
4.3.	Diagnosis dan Penatalaksanaan Komorbiditas Psikiatrik	63
4.3.1.	Komorbiditas pada Gangguan Penggunaan Narkotika	63
4.3.2.	Komorbiditas pada Kesehatan Mental	64
4.3.3.	Terapi Gangguan Diagnosis Ganda	67

<b>BAB V</b>	<b>INTERVENSI NON FARMAKOLOGIK</b>	<b>76</b>
5.1.	Overview Tentang Intervensi Non Farmakologik	76
5.2.	Petunjuk Teknis	81
5.2.1.	Konseling Dasar Adiksi	81
5.2.2.	Wawancara Memotivasi	85
5.2.3.	Terapi Kognitif dan Perilaku (CBT)	93
5.2.4.	Melibatkan Keluarga Dalam Terapi	98
5.2.5.	Program Bantu Diri	102
5.3.	Program Detoksifikasi Dalam Masyarakat	106
5.3.1.	Upaya Masyarakat Mengatasi Sindroma Putus Zat	106
5.3.2.	Link Program Detoksifikasi Antara Pusat Layanan Dengan Masyarakat	106
<b>BAB VI</b>	<b>MONITORING, EVALUASI DAN SISTEM RUJUKAN</b>	<b>108</b>
6.1.	Monitoring Program Detoksifikasi	108
6.2.	Sistem Rujukan Klien Dengan Layanan Rehabilitasi	109
<b>BAB VII</b>	<b>PENUTUP</b>	<b>111</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>		<b>112</b>
<b>LAMPIRAN</b>		<b>115</b>

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1. Gambaran Masalah Narkotika di Indonesia

Masalah gangguan penggunaan narkotika saat ini di Indonesia semakin meluas, pada dua atau tiga dekade sebelum ini Indonesia hanya dikategorikan sebagai negara untuk transit, akan tetapi sejak akhir tahun '90-an kondisinya berubah, Indonesia selain sebagai negara konsumen juga sebagai negara produsen. Kasus penggunaan narkotika dalam berbagai tahap penggunaan semakin tahun semakin meningkat. Berbagai upaya telah dilakukan oleh instansi terkait baik dalam program penegakan hukum, pencegahan maupun terapi dan rehabilitasi. Mengingat kasus gangguan penggunaan narkotika merupakan suatu penyakit yang kronis dan kambuhan, perlu waktu untuk dapat mengatasi masalah ini.

Badan Narkotika Nasional serta Pusat Penelitian Universitas Indonesia (BNN dan Puslitkes UI, 2008) telah melakukan survei pada 33 propinsi di seluruh Indonesia, diperoleh gambaran bahwa besaran penyalahgunaan narkotika pada populasi diperkirakan sekitar 3,2-3,6 juta orang atau setara dengan 1,99% jumlah penduduk Indonesia. Bila dihitung dari komposisi antara laki-laki dan perempuan maka perbandingannya adalah 79% laki-laki dan 21% perempuan. Apabila kita melihat dari tahapan penggunaan diperoleh data untuk penggunaan yang coba pakai 26%, teratur sebesar 27% sedangkan yang sudah masuk dalam taraf ketergantungan 47%. Sedangkan bila dilihat dari pola penggunaan jenis zat kedua kelompok pengguna teratur maupun ketergantungan mempunyai pola yang sama. Data lain yang diperoleh dari hasil survei BNN dan Puslitkes UI tahun 2009, kisaran mereka yang pernah pakai dikalangan pelajar dan mahasiswa antara 6% - 8% dan setahun pakai antara 4% - 5%.

Pada awal tahun 70 dan 80'an pengguna narkotika umumnya terjadi pada anak remaja dan berasal dari golongan atas, sejalan dengan perkembangan masalah narkotika di Indonesia maka kelompok pengguna makin lama terjadi pada usia yang lebih dewasa dan bukan hanya pada golongan atas saja akan tetapi pada PNS dan juga anggota POLRI/TNI yang terlibat masalah penggunaan narkotika. Di bawah ini hasil monitoring oleh Badan Narkotika Nasional tentang demografi dari pengguna narkotika dalam lima tahun terakhir:

<b>KASUS</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
<b>Narkotika</b>	<b>3.874</b>	<b>8.171</b>	<b>28.188</b>	<b>43.512</b>	<b>43.148</b>
<b>Psikotropika</b>	<b>3.887</b>	<b>6.733</b>	<b>21.318</b>	<b>33.595</b>	<b>33.759</b>
<b>Bahan Adiktif</b>	<b>648</b>	<b>1.348</b>	<b>4.639</b>	<b>7.034</b>	<b>9.521</b>
<b>WNI</b>	<b>11.242</b>	<b>22.695</b>	<b>81.948</b>	<b>128.468</b>	<b>134.916</b>
<b>WNA</b>	<b>81</b>	<b>85</b>	<b>433</b>	<b>708</b>	<b>535</b>
<b>Pria</b>	<b>10.263</b>	<b>21.046</b>	<b>76.037</b>	<b>118.906</b>	<b>125.047</b>
<b>Wanita</b>	<b>1.060</b>	<b>1.734</b>	<b>6.344</b>	<b>10.270</b>	<b>10.413</b>
<b>&lt; 15 Thn</b>	<b>71</b>	<b>127</b>	<b>498</b>	<b>663</b>	<b>644</b>
<b>16 - 29 Thn</b>	<b>6.530</b>	<b>13.613</b>	<b>48.849</b>	<b>67.453</b>	<b>65.527</b>
<b>&gt; 30 Thn</b>	<b>4.722</b>	<b>9.040</b>	<b>33.334</b>	<b>52.060</b>	<b>57.569</b>
<b>SD</b>	<b>1.300</b>	<b>2.542</b>	<b>8.449</b>	<b>12.848</b>	<b>13.708</b>
<b>SLTP &amp; SLTA</b>	<b>9.206</b>	<b>19.489</b>	<b>73.253</b>	<b>110.970</b>	<b>110.627</b>
<b>PT</b>	<b>817</b>	<b>749</b>	<b>3.987</b>	<b>5.358</b>	<b>5.075</b>
<b>PNS</b>	<b>64</b>	<b>137</b>	<b>449</b>	<b>678</b>	<b>734</b>
<b>POLRI / TNI</b>	<b>112</b>	<b>233</b>	<b>646</b>	<b>827</b>	<b>945</b>
<b>Swasta &amp; Wiras- wasta</b>	<b>5.128</b>	<b>11.647</b>	<b>43.791</b>	<b>58.576</b>	<b>75.235</b>

Dalam survei ini diperoleh juga gambaran tentang tingkat kecanduan individu ternyata mempunyai peluang untuk menggunakan berbagai jenis zat dalam suatu kurun waktu tertentu yang disebut dengan istilah *Poly Drug User*.

Tren penggunaan jenis narkotika selalu berubah sesuai dengan perubahan internasional maupun regional, jenis zat yang dapat dikatakan tidak pernah hilang dari peredaran di Indonesia sejak

dahulu adalah ganja. Hasil studi BNN bekerjasama dengan Puslitkes UI pada tahun 2009 tentang penyalahgunaan dan peredaran gelap narkoba dilingkungan pekerja di 10 propinsi, ditemukan bahwa jenis narkoba paling banyak yang pernah dipakai adalah Ganja (75%), Ekstasi (35%), Shabu (28%), *Barbiturat* (22%), *analgesic* (18%), *benzodiazepam* (13%), kecubung (10%), dan heroin (9%)

Penyakit infeksi HIV-AIDS yang sangat erat kaitannya dengan penggunaan narkotika suntik khususnya heroin menurut data P2M pada bulan Juni tahun 2009 telah tercatat 17.699 orang kasus AIDS, bila dalam proporsi keseluruhan cara penularan melalui IDU adalah 42,3%. Untuk penularan Hepatitis C, pada studi evaluasi *outcome* Program Rumatan Metadon diperoleh angka 84% yang sudah terinfeksi Hepatitis C dan 7% telah terinfeksi Hepatitis B (RSKO dan RSU. SANGLAH, 2005). Kondisi ini tentunya menjadi fokus perhatian dalam memberikan terapi kepada pengguna narkotika suntik. Untuk angka nasional jumlah penyalah guna narkoba suntik yang terinfeksi hepatitis B diperkirakan sekitar 400 ribu orang, hepatitis C sekitar 458 ribu orang.

Terapi pada pasien gangguan penggunaan narkotika membutuhkan waktu yang panjang dan biaya yang tidak sedikit, berbagai modalitas terapi sudah tersedia di Indonesia khususnya di kota-kota besar. Namun dari hasil pengumpulan data Pusat Terapi dan Rehabilitasi BNN pada tahun 2009 kurang dari 5% korban penyalah guna yang mendapat akses layanan terapi dan rehabilitasi (Jurnal Puslitbang & Informasi BNN, 2010). Kementerian Kesehatan (Kemenkes) memiliki satu rumah sakit khusus yang melayani pasien dengan gangguan penggunaan narkotika, dan Kemenkes juga sudah membuat peraturan bahwa 10% dari kapasitas tempat tidur di Rumah Sakit Jiwa disediakan untuk pasien dengan gangguan penggunaan narkotika. Meskipun pada kenyataannya tidak semua rumah sakit jiwa bersedia melayani pasien narkotika, atau walaupun sudah

disediakan pemanfaatan ruangan sangat kecil yang disebabkan oleh stigma masyarakat.

Dampak penggunaan narkotika sangat luas dalam kehidupan individu yang meliputi dampak terhadap fisik, mental atau psikologis dan sosial. Survei yang dilakukan oleh negara maju diperoleh angka kematian pengguna narkotika yang sudah dalam tahap ketergantungan mencapai 1,5% (*Department of Health England*). Hasil survei BNN dan Puslitkes UI pada tahun 2008, di Indonesia diperkirakan angka kematian mencapai 15 ribu per tahun, atau 41 orang setiap hari meninggal akibat penyalahgunaan narkoba. Dampak sosial yang terjadi akibat penggunaan narkotika adalah tindak kriminal, diperoleh gambaran 16% dari mereka yang menggunakan secara teratur pernah mengambil barang milik keluarga, dan pada pengguna yang ketergantungan 24% pernah mencuri barang orang lain.

## 1.2. Pemahaman Detoksifikasi Sebagai Bagian dari Proses Pemulihan

Sebagaimana uraian di atas yang menunjukkan bahwa dampak yang ditimbulkan akibat penyalahgunaan narkotika sangat luas meliputi fisik, mental, psikologis dan juga sosial maka untuk penatalaksanaan klien dengan penyalahgunaan narkotika memerlukan suatu rangkaian yang tidak terputus dan berintegrasi dengan berbagai layanan maupun profesi agar diperoleh hasil yang optimal.

Kriteria dari kondisi ketergantungan yang terpenting adalah adanya toleransi, dimana dosis penggunaan narkotika semakin meningkat untuk mendapatkan efek yang sama dan adanya gejala putus zat apabila penggunaan narkotika dikurangi atau dihentikan sama sekali. Penatalaksanaan untuk kondisi putus zat merupakan langkah awal sebelum penatalaksanaan lanjutan, untuk mengatasi kondisi putus zat dilakukan suatu intervensi medis maupun psikososial yang merupakan suatu rangkaian program detoksifikasi.

Sebelum tahun 1970 an, para pengguna zat adiktif yang tertangkap oleh penegak hukum tidak mendapatkan intervensi atau hanya intervensi minimal apabila mereka mengalami gejala putus zat. Semenjak *American Medical Association (AMA)* pada tahun 1958 menyatakan bahwa masalah penyalahgunaan narkotika dan alkohol adalah suatu penyakit, maka untuk mengatasi masalah ketergantungan zat diperlukan intervensi medis.

Beberapa metode detoksifikasi terus berkembang secara perlahan yang merefleksikan kemanusiaan bagi penyalahguna narkotika, salah satunya adalah "*Medical Model*" dengan karakteristik pengobatan dilakukan oleh dokter dan perawat agar pasien menjalani masa putus zat dengan aman dan nyaman (Sadd and Young, 1987). Pada buku petunjuk ini fokus yang akan dibahas terkait dengan *medical model* dengan berbagai pendekatan penunjang lainnya.

Model lain yang sampai saat ini masih tersedia adalah **Model sosial**, model tidak menggunakan pengobatan medik akan tetapi menyediakan dukungan lingkungan bukan Rumah Sakit yang membuat pasien dapat melewati masa putus zat dengan mudah. Selain itu ada beberapa model lainnya seperti **pendekatan spiritual** maupun **pendekatan tradisional**. Ketiga model tersebut tidak dibahas dalam buku petunjuk ini mengingat belum tersedia penelitian-penelitian yang dapat menunjang bukti efektifitas dari model-model tersebut.

Saat ini sangat jarang ada detoksifikasi murni hanya dengan menggunakan satu model saja, sebagai contoh beberapa program detoksifikasi model sosial menggunakan pengobatan medis meskipun seringkali yang mengawasi adalah petugas non medis dan menyediakan layanan *triase* (layanan untuk menyeleksi kondisi klinis pasien). Demikian pula medikal model pada umumnya memiliki beberapa komponen terkait dengan aspek sosial dan personal

penyalah guna narkotika. Dengan meningkatnya popularitas beberapa jenis zat seperti kokain, heroin dan zat lainnya membawa terjadinya perubahan dalam kebutuhan model layanan detoksifikasi.

Pada saat yang bersamaan, para ahli kesehatan masyarakat melakukan investasi pada layanan detoksifikasi dan pengobatan ketergantungan narkotika khususnya setelah tahun 1985 terkait dengan penyebaran HIV-AIDS diantara pengguna narkotika suntik. Saat ini lebih banyak individu menggunakan tidak hanya satu zat, tetapi beberapa jenis zat dalam waktu yang bersamaan (*Polydrug User*). *American Medication Association (AMA 2002)*, mempertahankan bahwa ketergantungan narkotika merupakan suatu penyakit sehingga dalam penatalaksanaannya harus dilakukan oleh dokter dan petugas kesehatan lainnya.

### **1.3. Tujuan dan Sasaran Juklak/ Juknis (Fokus pada *Abstinensia*)**

Petunjuk Pelaksanaan Detoksifikasi Berintegrasi ini merupakan suatu pedoman yang dapat digunakan oleh tenaga medis dan petugas kesehatan lainnya yang bekerja pada fasilitas kesehatan. Fasilitas kesehatan yang dimaksud disini adalah Puskesmas, Rumah Sakit, Klinik Swasta maupun Lembaga Rehabilitasi yang Berbasis Medis. Dengan adanya Petunjuk Pelaksanaan ini diharapkan setiap petugas kesehatan dapat melaksanakan program detoksifikasi dan berintegrasi dengan profesi lain sesuai kebutuhan klien, tentunya tujuan dari program pemulihan ini adalah klien dapat terbebas dari penyalahgunaan narkotika.

## 1.4. Program Detoksifikasi

### 1.4.1. Pengertian Detoksifikasi

Penegak hukum, layanan kesehatan, penyalah guna narkoba, layanan kesehatan mental dan berbagai sistem lainnya mempunyai pengertian mengenai detoksifikasi berbeda-beda. Secara umum istilah detoksifikasi adalah “suatu rangkaian intervensi yang bertujuan untuk menatalaksana kondisi akut dari intoksikasi maupun putus zat”. Diikuti dengan pembersihan zat dari tubuh penyalah guna atau ketergantungan narkoba. Melalui program detoksifikasi akan dapat meminimalisasi dampak terhadap fisik yang disebabkan oleh penggunaan narkoba, sedangkan kondisi akut yang terkait dengan penyelamatan hidup bukan disebut sebagai detoksifikasi.

*The Washington Circle Group (WCG)*, merupakan perkumpulan organisasi para ahli yang mengembangkan kualitas dan efektifitas prevensi dan terapi penyalahgunaan narkoba mendefinisikan detoksifikasi sebagai “Intervensi medik yang menatalaksana secara individu untuk melewati fase akut putus zat secara aman” (Mc Corry et al, 2000). WCG membuat suatu batasan penting, program detoksifikasi tidak di desain untuk menyelesaikan masalah psikologis, sosial dan perilaku yang sudah berlangsung lama akibat penggunaan narkoba. Pernyataan lain yang perlu menjadi catatan bahwa detoksifikasi bukanlah terapi dan rehabilitasi dari penyalah guna atau ketergantungan narkoba, ini hanya langkah awal dalam memasuki program terapi dan rehabilitasi.

Di bawah ini akan dijelaskan mengenai proses detoksifikasi yang luas dengan 3 komponen yang esensial, yaitu:

#### **1.4.1.1. Evaluasi**

Pada langkah ini dilakukan asesmen mengenai kondisi penggunaan narkotika saat ini melalui tes untuk deteksi jenis narkotika yang digunakan, mengukur konsentrasi zat, skrining kondisi fisik dan mental. Evaluasi juga mencakup kondisi fisik, mental dan situasi sosial untuk mengetahui tingkat detoksifikasi yang dibutuhkan klien dan tahapan selanjutnya. Secara esensial, evaluasi merupakan dasar untuk menentukan rencana terapi bagi klien.

#### **1.4.1.2. Stabilisasi**

Termasuk proses terapi untuk masalah fisik dan psikologi untuk membantu klien melewati kondisi intoksikasi dan kondisi putus zat akut agar dapat stabil secara medis. Tahap ini sering dilakukan dengan memberikan pengobatan farmakoterapi dalam mengatasi kondisi intoksikasi atau putus zat akut. Selama tahap ini pasien diperkenalkan dengan program terapi yang tersedia, harapan pasien dalam pengobatan dan lingkungan dari tempat terapi dilaksanakan. Terapis berusaha mengajak keluarga, pengacara atau orang terdekat pasien lainnya untuk terlibat dalam pengobatan.

#### **1.4.1.3. Menempatkan pasien dalam pengobatan**

Pasien dilibatkan terlebih dahulu sebelum ia masuk ke dalam program pengobatan dengan menekankan pentingnya untuk mengikuti program secara lengkap

sebagai suatu kesinambungan program pengobatan. Bagi pasien yang sudah didetoksifikasi berulang kali tetapi *relaps* kembali berulang kali, perlu dibuatkan suatu perjanjian meskipun tidak mengikat untuk melanjutkan program setelah detoksifikasi sesuai rencana yang telah dibuat oleh terapis.

Ketiga komponen tersebut dilakukan dengan melibatkan klien dalam program terapi dengan pemahaman dan sukarela. Pasien selama dalam program detoksifikasi perlu mengetahui bahwa ada orang yang peduli, menghormatinya sebagai individu dan memiliki harapan di masa datang. Selama program detoksifikasi sebaiknya petugas memberikan keyakinan melalui sikap dan tindakan bahwa apa yang dilakukan dalam program dapat dipercaya.

#### 1.4.2. Prinsip Pelaksanaan Program Detoksifikasi

Kesepakatan yang dibuat oleh para ahli dalam melaksanakan program detoksifikasi dituangkan sebagai pedoman prinsip-prinsip dalam program detoksifikasi dan terapi penyalahgunaan narkotika, seperti di bawah ini:

- a. Detoksifikasi bukan merupakan peraturan dalam terapi penyalahgunaan narkotika tetapi merupakan salah satu bagian dari terapi berkelanjutan dari perawatan penyalahgunaan narkotika dan masalah yang terkait.
- b. Program detoksifikasi HARUS terdiri dari ketiga komponen sekuensial dan esensial di bawah ini:
  - Evaluasi

- Stabilisasi
  - Persiapkan pasien untuk masuk ke dalam program
- c. Detoksifikasi dapat dilakukan pada berbagai tempat dan situasi dengan berbagai tingkatan sesuai kebutuhan pasien.
- d. Individu yang mencari pertolongan untuk detoksifikasi harus mempunyai akses yang memenuhi ketiga komponen di atas, tidak peduli di situasi dan setting seperti apa program tersebut dilaksanakan.
- e. Semua pasien yang membutuhkan terapi untuk penyalahgunaan dan ketergantungan narkotika harus menerima terapi dengan kualitas sama dalam proses detoksifikasi dan harus ada kontak dengan layanan kesehatan atau rehabilitasi lain untuk kelanjutan program detoksifikasi.
- f. Seharusnya biaya untuk program detoksifikasi dapat didanai oleh asuransi kesehatan sehingga proses pengobatan dapat berjalan sesuai dengan yang semestinya dan komprehensif baik untuk pengobatan fisik dan psikologis. Dengan adanya program Jamkesmas, sebaiknya proses untuk pasien pengguna bisa menjadi bagian dari program tersebut
- g. Pasien dalam program detoksifikasi mempunyai latar belakang budaya, suku dan agama yang berbeda. Sebaiknya setiap layanan mempunyai suatu standar tertentu untuk perbedaan tersebut dan meningkatkan keterampilan petugas untuk memberikan layanan sesuai dengan latar belakang pasien.
- h. Keberhasilan program detoksifikasi dapat diukur dengan menggunakan suatu instrumen yang telah terstandarisasi seperti *Addiction Severity Index (ASI)*, hal ini penting untuk menentukan langkah terapi selanjutnya setelah detoksifikasi

selesai. Program yang dijalankan seharusnya sudah mengikuti standar yang dibuat oleh organisasi profesi

### **1.4.3. Fasilitas, Tingkat Pengobatan Dan Kriteria Penempatan Pasien**

#### **1.4.3.1. Peran berbagai fasilitas dalam memberikan layanan detoksifikasi**

Beberapa hal yang menjadi tantangan dalam menyediakan layanan program detoksifikasi antara lain:

- a. Kurangnya jenis layanan yang tersedia untuk berbagai tingkatan pengobatan.
- b. Memaksakan semua standar yang ada dalam layanan (misal: harus mematuhi kriteria masuk program).
- c. Terapi kurang mempunyai otoritas untuk menentukan model layanan yang paling sesuai dan tingkat pengobatan yang dibutuhkan pasien.
- d. Asuransi tidak dapat membayarkan klaim untuk pasien dengan penyalahgunaan atau ketergantungan narkotika.
- e. Tidak tersedia layanan kesehatan lainnya yang dapat ditanggung oleh asuransi.
- f. Sumber daya manusia yang ada tidak terlatih atau terampil untuk memberikan layanan.

#### **1.4.3.2. Pembatasan minimal bagi klien dalam mengikuti program detoksifikasi terkait hak-hak pasien sebagai warga negara :**

- a. Pasien harus diobati dalam situasi dimana mereka dapat tetap melakukan sosialisasi sebagai warga negara.
- b. Pasien dapat menolak pengobatan yang direkomendasi oleh terapis, sejauh penolakan yang dilakukan tidak membahayakan bagi diri pasien.
- c. Pasien harus mendapat penjelasan tentang program terapi yang direncanakan bagi dirinya.
- d. Pertimbangkan dengan hati-hati untuk pasien yang terkait dengan masalah hukum atau ada kecenderungan untuk melakukan suatu tindak kekerasan seperti bunuh diri, membunuh orang lain atau tindak anarkis lainnya.

#### **1.4.3.3. Kriteria penempatan pasien**

*American Society Addiction Medicine (ASAM)*, menganggap penting untuk membuat suatu kriteria menempatkan pasien dalam tingkat pengobatan agar diketahui situasi program yang seperti apa yang akan cocok dengan kondisi pasien. Kriteria ini telah diterima luas di Amerika pada pusat-pusat layanan detoksifikasi, namun demikian kriteria ini dapat diterapkan secara fleksibel sesuai dengan situasi layanan yang tersedia. Ada 6 (enam) dimensi yang harus dievaluasi dalam memutuskan penempatan bagi pasien, yaitu:

- a. Kondisi intoksikasi akut atau potensi untuk terjadi putus zat
- b. Kondisi medis dan penyakit komplikasi yang ada
- c. Kondisi emosi, perilaku atau kognitif dan komplikasi yang ada
- d. Kesiapan untuk berubah
- e. Kekambuhan, keinginan untuk tetap menggunakan, masalah lain yang potensial terjadi
- f. Pemulihan/ lingkungan tempat tinggal

Meskipun kriteria penempatan tersebut bukan satu-satunya yang menjadikan program detoksifikasi dapat berhasil, akan tetapi ASAM menggambarkan apabila pengobatan hanya dilakukan secara tradisional tidak akan memberikan manfaat kepada pasien. Penilaian klinis kepada pasien dan pertimbangan situasi tertentu sangat dibutuhkan agar pasien mendapat pengobatan yang sesuai.

Untuk memperkuat kriteria penempatan di atas ASAM juga membuat suatu kriteria penempatan untuk program “Detoksifikasi Pasien Dewasa”.

Ada 5 (lima) tingkatan dalam layanan program detoksifikasi pasien dewasa:

- a. *Tingkat I-D: Detoksifikasi dengan rawat jalan tanpa penambahan pengawasan di tempat.* Misalnya; tempat praktek dokter swasta, rumah yang dijadikan Klinik. Pada tingkat ini layanan pengobatan diorganisir

sebagai pasien rawat jalan dengan interval kedatangan sudah ditetapkan terlebih dulu.

- b. *Tingkat II-D: Detoksifikasi dengan rawat jalan dengan penambahan pengawasan di tempat.* Misalnya; layanan *day care* di rumah sakit. Perawat terlatih dan terakreditasi akan melakukan pengawasan terhadap kondisi pasien.
- c. *Tingkat III.2.D: Detoksifikasi yang dilakukan dengan rawat inap yang dikelola secara klinis.* Misalnya; detoksifikasi yang dilakukan non medis atau sosial. Pada tingkat ini mengutamakan dukungan sebaya dan sosial, dan direncanakan untuk pasien yang mengalami intoksikasi dan atau putus zat yang hanya membutuhkan dukungan sebaya atau sosial untuk menguatkan pasien dalam 24 jam.
- d. *Tingkat III.7.D: Pasien rawat inap yang dalam pengawasan medis.* Misalnya; pada pusat layanan detoksifikasi, pada tingkat ini disediakan layanan dokter selama 24 jam untuk mengawasi kondisi pasien.
- e. *Tingkat IV-D: Detoksifikasi rawat inap dengan perawatan intensif secara medis.* Misalnya; di Rumah Sakit Jiwa atau Rumah Sakit Khusus, pada tingkat ini tersedia layanan 24 jam pada pasien dengan kondisi akut dengan setting rawat inap.

**Isu-Isu Untuk Pertimbangan Kriteria Penempatan Pasien Untuk Detoksifikasi Rawat Jalan atau Rawat Inap:**

<b>PERTIMBANGAN :</b>	<b>INDIKASI :</b>
Mampu untuk datang ke klinik setiap hari	Diperlukan jika rawat jalan detoksifikasi tersedia
Riwayat sebelumnya mengalami <i>delirium tremens</i> atau kejang karena putus zat	Detoksifikasi rawat inap; karena kondisi bisa berulang sehingga diperlukan setting detoksifikasi yang spesifik, diusahakan rawat jalan bila memungkinkan
Tidak mempunyai kemampuan untuk "informed consent"	Dibutuhkan detoksifikasi rawat inap dengan lingkungan yang terindikasi dapat melindungi pasien
Bunuh diri/ melukai orang lain/ kondisi psikotik	Dibutuhkan detoksifikasi rawat inap dengan lingkungan yang terindikasi dapat melindungi pasien dan aman bagi orang lain
Mampu/ mau untuk menjalankan rekomendasi (anjuan) pengobatan	Detoksifikasi dilakukan dengan rawat inap dalam lingkungan terlindung
Kondisi dengan komplikasi medis	Kondisi medis yang tidak stabil seperti diabetes, hipertensi, atau kehamilan; kontra indikasi kuat untuk tidak dilakukan detoksifikasi dengan rawat jalan
Tersedia dukungan orang lain untuk membantu	Tidak harus tetapi dapat disarankan untuk detoksifikasi rawat jalan

Sumber: Sylvia Dennison, M.D

## BAB II

# DETOKSIFIKASI TERINTEGRASI

### 2.1. Pengertian

Tujuan dari detoksifikasi adalah untuk menyediakan suasana aman dan kemanusiaan dari kondisi putus zat serta untuk merawat pasien masuk ke dalam pengobatan jangka panjang dan proses pemulihan. Detoksifikasi merupakan suatu kesempatan yang unik untuk mengintervensi pasien selama dalam masa krisis dan memindahkan pasien ke dalam perawatan agar menjadi sehat serta pulih dari penyalahgunaan dan ketergantungan narkotika. Disini, tujuan utama petugas detoksifikasi adalah harus membangun ikatan terapi dengan pasien dan memotivasi pasien pada program pengobatan dan pemulihan selanjutnya. Proses ini sudah harus dimulai pada saat pasien dalam proses stabilisasi secara medis.

Ketergantungan psikologis, komorbiditas psikiatri dan fisik, dukungan sosial, dan kondisi lingkungan merupakan isu-isu yang kritis dalam proses detoksifikasi. Kondisi tersebut akan mempengaruhi keberhasilan pasien untuk dapat dalam kondisi *abstinen* dari penggunaan narkotika. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa isu psikososial selama proses detoksifikasi sangat bermakna untuk meningkatkan kemungkinan pasien bersedia melanjutkan program selanjutnya karena merasakan situasi yang aman selama dalam pengobatan. Setiap petugas harus mempunyai “kemampuan untuk merespons kebutuhan pasien” dalam arti mendorong pasien untuk berubah menjadi individu baru dalam hal bersikap dan berperilaku positif. Untuk itu diperlukan suatu kerja tim agar kesinambungan pengobatan dapat berhasil dengan baik.

Pengertian berintegrasi dalam program detoksifikasi adalah

bagaimana isu-isu fisik, mental dan psikososial dapat diakomodasi oleh profesi-profesi yang memahami setiap kebutuhan klien sesuai dengan kondisi mental, fisik dan sosial. Integrasi sudah dimulai saat pasien dalam kondisi akut, penatalaksanaan secara komprehensif dilakukan oleh berbagai profesi seperti dokter spesialis, perawat terlatih, psikolog klinis, pekerja sosial, keluarga atau profesi lain yang dibutuhkan. Dengan integrasi berbagai profesi diharapkan program terapi dan pemulihan akan memperoleh hasil yang optimal.

Secara ringkas dapat diperjelas apa yang dimaksud dengan program detoksifikasi berintegrasi adalah sebagai berikut:

- a. Suatu intervensi yang dilakukan secara multidisiplin
- b. Menggunakan berbagai instrumen untuk melakukan asesmen awal maupun evaluasi
- c. Waktu perawatan tidak lebih 45 hari
- d. Rencana terapi lanjutan sudah ditentukan selama masa detoksifikasi
- e. Bertujuan untuk abstinensia atau bebas dari penyalahgunaan narkotika

Di bawah ini adalah beberapa prinsip dalam layanan perawatan detoksifikasi yang harus dipahami dan diterapkan:

- a. Layanan detoksifikasi bukan merupakan pengobatan untuk penyalah guna narkotika, ini hanya merupakan proses awal untuk membuka pintu layanan jangka panjang yang lebih komprehensif dan berintegrasi.
- b. Penyalah guna narkotika dapat diobati, sehingga masih ada harapan untuk pulih kembali.

- c. Penyalah guna narkotika adalah penyakit otak bukan karena moral yang lemah.
- d. Pasien diobati dengan penghargaan dan bermartabat, semua pasien mendapat terapi dan dihargai sebagai manusia seutuhnya.
- e. Pasien diobati dengan sikap tidak menghakimi dan situasi yang mendukung.
- f. Perencanaan pengobatan dilakukan bersama pasien dengan melibatkan orang-orang atau situasi yang dapat mendukung mereka selama pemulihan.
- g. Semua profesi kesehatan harus terlibat dalam perawatan untuk menilai kondisi yang ada pada pasien dan memberikan rekomendasi pengobatan selanjutnya yang diperlukan oleh pasien. Untuk itu perlu pelatihan yang komprehensif bagi petugas.
- h. Keterlibatan aktif dari keluarga atau sistem dukungan lainnya merupakan hak pasien untuk mendapatkan privasi dan kerahasiaan selama proses terapi.
- i. Pasien mendapat terapi sesuai dengan latar belakang budaya, hal yang disukai, orientasi seksual, status ketidakmampuan, kerentanan dan kekuatan yang dimiliki.

## **2.2. Masalah Terkait Penyalahgunaan Narkotika**

Evaluasi awal saat pasien memasuki program detoksifikasi adalah hal krusial, menentukan terapi yang sesuai dengan kebutuhan klien merupakan tolok ukur untuk program terapi selanjutnya. Petugas kesehatan harus melakukan skrining untuk mengetahui masalah medis yang ada pada pasien dan menentukan terapi yang dibutuhkan dan melakukan rujukan yang tepat. Kondisi yang terkait dengan penyalahgunaan narkoba dibagi menjadi dua kelompok besar yaitu

masalah komplikasi medis dan masalah gangguan psikologis, Di bawah ini akan diuraikan secara ringkas tentang kedua hal tersebut:

### 2.2.1. Komplikasi Medis:

- a. Lakukan pemeriksaan gejala dan tanda klinis sejak awal datang ke layanan detoksifikasi.
- b. Catat dengan detail gejala dan tanda klinis yang ditemukan.
- c. Semua petugas yang bekerja dengan pasien harus tahu mengenai hal ini dan merujuk kepada dokter spesialis/ tenaga ahli sesuai kebutuhan pasien.
- d. Dalam hal lain, petugas non medis juga harus mengetahui tanda dan gejala dari berbagai komplikasi medik pada pasien seperti; kejang, tremor, tekanan darah meningkat, refleks yang berlebihan, peningkatan temperatur dan denyut nadi.
- e. Kondisi kejang-kejang merupakan hal yang harus menjadi perhatian khusus, petugas medis harus melakukan wawancara dengan keluarga tentang riwayat kejang-kejang.
- f. Petugas non medis harus terlatih untuk membantu memberi pertolongan pertama yang terfokus pada *life saving*
- g. Setiap petugas baik medis maupun non medis harus memahami setiap dampak medis yang dapat ditimbulkan akibat penggunaan narkoba dan zat lainnya.

- h. Beberapa penyakit yang terkait dengan penggunaan narkoba dan memerlukan perhatian khusus antara lain:
- Penyakit infeksi seperti; HIV-AIDS, hepatitis, Tuberkulosis, infeksi pernafasan lain dan infeksi menular seksual.
  - Penyakit degeneratif dan gaya hidup seperti diabetes melitus, gangguan jantung, gangguan metabolisme dan pencernaan, masalah gizi (obesitas, malnutrisi), hipertensi, dan lain-lain.

### **2.2.2. Komorbiditas Mental / Psikiatri**

- a. Kondisi akut seperti intoksikasi atau gejala putus zat dari penyalahgunaan narkotika dan zat lainnya seringkali menimbulkan masalah gangguan mental yang serius.
- b. Skrining awal penting untuk menilai apakah gangguan mental yang timbul akibat induksi dari penggunaan narkoba atau sudah ada dasar gangguan mental sebelum menggunakan narkoba atau kondisi gangguan mental diakibatkan efek penggunaan zat tersebut.
- c. Setiap petugas memahami gejala dan tanda gangguan mental terkait dengan penyalahgunaan narkoba.
- d. Setiap petugas mempunyai keterampilan untuk mengatasi kondisi gawat darurat gangguan mental yang membahayakan pasien atau orang sekitarnya.
- e. Beberapa gangguan mental yang dapat terjadi dan menjadi perhatian pada pasien dengan penyalahgunaan narkotika saat pemeriksaan awal, antara lain:
- Bunuh diri

- Marah dan agresifitas
- Tindakan menyerang
- Gangguan panik
- Depresi berat

### **2.3. Asesmen (Instrumen + *Informed Consent*)**

**2.3.1.** Asesmen secara khusus mempunyai beberapa tujuan:

- a. Mengidentifikasi perilaku penggunaan narkoba awal.
- b. Menemukan batas-batas masalah kesehatan akibat efek narkoba.
- c. Untuk menilai konteks sosial penggunaan narkoba baik terhadap pasien maupun orang lain yang bermakna.
- d. Untuk menentukan intervensi yang akan diberikan.

#### **2.3.2. Fase Asesmen**

Ada 4 (empat) fase penting dalam melakukan asesmen yang harus terpenuhi:

- a. Mengembangkan hubungan berdasarkan saling percaya, empati dan sikap yang tidak menghakimi.
- b. Membantu pasien secara akurat untuk menilai kembali penggunaan narkotika mereka, yang mungkin akan memfasilitasi mereka untuk berubah.
- c. Memfasilitasi untuk mengingat kembali kejadian masa lalu dan masa kini dan menghubungkan dengan penggunaan narkotikanya saat ini.

- d. Mendorong pasien untuk merefleksikan pilihan menggunakan narkoba dan konsekuensi dari perilaku penggunaan narkoba.

### **2.3.3. Secara Tradisional Berhasil Dapat Diukur Dengan Kondisi *Abstinensia* (bebas narkoba), saat ini lebih ditekankan pada:**

- a. Kesejahteraan
- b. Pemahaman tentang minum minuman keras dan penggunaan narkoba lain.
- c. Kesiapan untuk berubah.
- d. Harapan yang terkait dengan penggunaan narkotika (penghentian).
- e. Fungsi sosial dan dukungan sosial.

Semua hal di atas merupakan prediktor keberhasilan dalam pengobatan penggunaan narkoba. Saat awal masuk selain melakukan asesmen dan evaluasi masalah penyalahgunaan narkotika, hal yang sangat penting adalah untuk melakukan asesmen tentang kondisi medik dan psikososial. Di bawah ini beberapa poin penting yang harus di asesmen saat pasien masuk:

#### **a. Aspek Biomedis**

- Riwayat kesehatan secara umum, riwayat pengobatan atau pembedahan yang pernah dialami pasien termasuk pengobatan untuk psikiatri, riwayat alergi atau riwayat kejang.
- Status mental, apakah orientasi, konsentrasi, perhatian dan sikap pasien cukup baik? Apakah pola pikir pasien

koheren (dapat dipahami)? Apakah ada tanda dan gejala psikologis?

- Pemeriksaan umum dan *neurologis*, apakah ada tanda-tanda atau gejala gangguan *neurologis*?
- Temperatur, tekanan darah dan denyut nadi, penting untuk di monitor selama program detoksifikasi.
- Pola penggunaan zat, kapan terakhir pasien menggunakan? Jenis narkoba apa yang digunakan? Berapa jumlah dan frekuensi penggunaannya?.
- Pemeriksaan tes urin untuk zat yang seringkali digunakan.
- Riwayat detoksifikasi sebelumnya, termasuk berapa kali putus zat yang dialami dan komplikasi apa saja yang pernah dialami.

#### b. Aspek Psikososial

- **Gambaran demografik:** kumpulkan informasi mengenai jenis kelamin, umur, etnis, budaya, bahasa, dan tingkat pendidikan.
- **Kondisi tempat tinggal:** apakah pasien mempunyai tempat tinggal atau hidup menumpang? Seperti apa lingkungan tempat tinggal pasien? Adakah hal yang bermakna dalam tempat tinggal pasien?
- **Tindak kekerasan, risiko bunuh diri:** apakah pasien agresif, depresi, atau putus asa? Apakah ada riwayat tindak kekerasan?

- **Transportasi:** apakah ada akses transportasi yang mudah untuk membuat perjanjian? Apakah harus dibuat rencana baru?
- **Kondisi keuangan:** apakah pasien mampu untuk membeli obat-obatan atau makanan? Apakah pasien mempunyai pekerjaan yang mampu menghidupi dirinya?
- **Anak yang jadi tanggungan:** apakah pasien mampu merawat anak, menjaga anak dalam kondisi aman?
- **Status hukum:** apakah pasien bebas dari masalah hukum atau menunggu suatu keputusan hukum?
- **Ketidakmampuan fisik, sensori dan atau kognitif:** apakah pasien mempunyai suatu keterbatasan yang harus dipertimbangkan?

#### 2.3.4. Instrumen yang dapat digunakan dalam asesmen penyalah guna zat (narkoba):

##### 2.3.4.1. *Diagnosis dengan form ICD X*

Menilai tingkat ketergantungan sesuai dengan *International Classification Diagnosis* yang terdiri dari 9 pertanyaan 'Ya' maka sangat mungkin pasien dalam kondisi ketergantungan.

##### 2.3.4.2. *Opioid Withdrawal Scale*

Merupakan skala untuk mengukur tingkat keparahan kondisi putus zat *opiod*. Penilaian dilakukan terhadap gejala-gejala klinis yang ditemui pada pasien kemudian diberikan skor untuk menentukan apakah pasien dalam kondisi putus *opiod* ringan, sedang maupun berat.

#### **2.3.4.3. AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)**

- a. Terdiri dari 10 pertanyaan untuk mengidentifikasi masalah penyalahgunaan dan ketergantungan
- b. Digunakan untuk dewasa/ remaja dan anak muda
- c. Sensitifitas tinggi untuk populasi berbeda, termasuk wanita dan minoritas
- d. Wawancara, mengisi sendiri, dan versi komputer
- e. Sudah divalidasi lintas budaya, dan sudah divalidasi dalam berbagai bahasa.

#### **2.3.4.4. CAGE (Cut Down, Annoyed, Guilty, Eye Opener)**

- a. Terdiri dari 4 pertanyaan 'Ya' dan 'Tidak'
- b. Untuk mendeteksi dampak buruk minum alkohol
- c. Menanyakan tentang kebutuhan untuk berhenti minum alkohol, gejala ketergantungan dan masalah yang terkait masalah alkohol
- d. Lebih efektif diterapkan pada layanan di Puskesmas
- e. Menganalisis diri sendiri, wawancara
- f. Digunakan pada orang dewasa atau remaja lebih 16 tahun
- g. Sensitif digunakan pada populasi umum, tetapi kurang sensitif untuk wanita.

#### **2.3.4.5. ASSIST (Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test)**

- a. Dikembangkan oleh WHO
- b. Terdiri dari 8 pertanyaan tentang alkohol, tembakau, dan zat terlarang lainnya (termasuk pengguna jarum suntik).
- c. Memberi informasi tentang bahaya, dampak buruk, atau ketergantungan (termasuk pengguna jarum suntik).
- d. Dikembangkan untuk Puskesmas.
- e. Hanya digunakan dengan wawancara.
- f. Sudah dilakukan validasi di berbagai negara.

#### **2.3.4.6. Addiction Severity Index (ASI)**

- a. Terstandarisasi, semi struktur skrining multi fokus, dan merupakan alat asesmen.
- b. Digunakan untuk mengumpulkan informasi terkait dengan tingkat keparahan penyalahgunaan narkotika dan masalah lain yang terkait.
- c. Diterapkan secara klinis, evaluasi program dan penelitian.
- d. Penilaian masalah dilakukan pada tujuh daerah (aspek), yaitu:
  - Medis, pekerjaan/ dukungan, alkohol, zat adiktif lain, keluarga, hukum dan psikiatris.

### **2.3.5. Informed Consent (Formulir Persetujuan)**

Merupakan suatu formulir untuk mendapatkan persetujuan pasien mendapatkan perawatan atau tindakan medis tertentu, formulir ini diberikan kepada pasien saat masuk pekerjaan dan dijelaskan oleh petugas agar dipahami secara jelas apa saja yang dimaksud dalam formulir persetujuan tersebut.

## **2.4 Asesmen dan Evaluasi Pasien Untuk Program Rehabilitasi**

Setelah melakukan asesmen sesuai dengan pedoman di atas dan mengetahui kriteria penempatan pasien, perlu dipertimbangkan rencana terapi selanjutnya setelah program detoksifikasi selesai. Program perawatan detoksifikasi yang sangat singkat yang menjadi tantangan petugas adalah bagaimana dalam waktu singkat tersebut dapat melakukan asesmen dengan lengkap dan dapat membuat suatu rencana terapi bagi pasien secara individual. Pertimbangan lain yang juga harus dipertimbangkan dalam membuat rencana terapi secara individual antara lain:

- a. Kebutuhan khusus, seperti komorbiditas fisik dan atau mental yang mungkin membutuhkan perawatan yang lebih komprehensif.
- b. Kehamilan, keterbatasan fisik dan gangguan kognitif.
- c. Dukungan keluarga yang minimal, kekerasan dalam rumah tangga, dan isolasi yang harus menjadi pertimbangan untuk rehabilitasi rawat jalan atau rawat inap.
- d. Kebutuhan terhadap perawatan anak.
- e. Kebutuhan perawatan khusus bagi wanita.

**Rekomendasi asesmen yang perlu diperhatikan untuk menentukan rencana rehabilitasi yang sesuai:**

<b>Aspek</b>	<b>Rincian</b>
Kondisi medis dan komplikasi	Penyakit kronis, penyakit-penyakit kronis yang membutuhkan pengobatan spesialis, kehamilan dan penderita nyeri kronis.
Motivasi/ kesiapan untuk berubah	Tingkat dimana pasien mengenali bahwa penyalahgunaan narkotikanya sudah menimbulkan masalah.
Keterbatasan fisik, panca indera dan pergerakan	Kondisi fisik yang membutuhkan rencana pengobatan, fasilitas dan petugas khusus.
Riwayat kambuh dan potensi kekambuhan	Riwayat pola kekambuhan, masa berhenti zat ( <i>abstinen</i> ), faktor-faktor yang menimbulkan kambuh, kesadaran pasien tentang pencetus kambuh dan menagih.
Penyalahgunaan/ ketergantungan narkotika	Frekuensi, jumlah, lama penggunaan, kronisitas masalah, indikator penyalahgunaan atau ketergantungan.
Isu tentang perkembangan dan fungsi kognitif	Kemampuan berpartisipasi dalam sesi yang menggunakan metode konfrontasi, keuntungan dari terapi kognitif dan intervensi terapi kelompok.
Dukungan keluarga dan sosial	Tingkat dukungan dari keluarga atau orang yang bermakna lainnya, teman-teman yang bebas dari penggunaan narkotika, keterlibatan dari kelompok dukungan.
Komorbiditas psikiatrik	Gejala-gejala gangguan psikiatri yang memerlukan intervensi lebih kompleks, perhatian khusus untuk keamanan pasien dan lingkungan (bunuh diri, menyerang, dan tindakan yang membahayakan lainnya).

Memiliki anak	Adanya suatu rangkaian untuk tempat perawatan anak dari pasien yang memerlukan perawatan inap jangka panjang.
Trauma dan kekerasan	Tindak kekerasan yang dialami pasien saat ini dan memerlukan perlindungan terhadap hal tersebut, komorbiditas akibat trauma tindak kekerasan yang dialami (stres pasca trauma).
Riwayat pengobatan	Keberhasilan dan ketidakberhasilan rehabilitasi sebelumnya yang mungkin dapat mempengaruhi penilaian kebutuhan model rehabilitasi saat ini.
Latar belakang budaya	Identitas latar belakang budaya, isu-isu terkait dan kekuatan lain yang dapat mempengaruhi keputusan dalam menentukan tempat rehabilitasi dan hambatan yang mungkin ditemukan karena adanya perbedaan budaya
Sumber-sumber kekuatan	Sumber daya dan kekuatan yang unik dari diri atau lingkungan pasien.
Bahasa	Isu-isu tentang bahasa yang digunakan pasien yang mungkin menimbulkan kesulitan dalam berkomunikasi.

## BAB III

### TERAPI FARMAKOLOGI

#### 3.1. Diagnosa dan Penatalaksanaan Intoksifikasi dan Overdosis

##### 3.1.1 Diagnosa dan Terapi Intoksikasi dan Overdosis Zat Opioid

###### *Anamnesa*

1. Baru saja menggunakan *opioid*
2. Jumlah pemakaian dan waktu pemakaian terakhir
3. Kemungkinan pemakaian zat lain

Gejala	Tanda	Penatalaksanaan
<p>Terdapat perilaku maladaptif atau perubahan psikologis yang secara klinis bermakna, misalnya :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Euforia</i> dan suatu perasaan bahagia yang diikuti dengan apatis, <i>disforia</i> (biasanya <i>ansietos</i> dan ketakutan)</li> <li>- Perasaan mengantuk</li> <li>- Terkantuk-kantuk</li> <li>- Agitasi atau retardasi psikomotor</li> <li>- Sulit konsentrasi</li> <li>- Hendaya (ketidakmampuan) daya nilai atau hendaya fungsi sosial atau hendaya pekerjaan</li> <li>- Kemunduran psikomotor dan sulit berkonsentrasi</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terdapat tiga gejala berupa: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Penurunan kesadaran</li> <li>- <i>Pinpoint pupil</i> (konstriksi/ <i>miosis</i>)</li> <li>- Depresi pernafasan (frekuensi nafas &lt;12x permenit)</li> </ul> </li> <li>2. Terdapat satu atau lebih gejala-gejala di bawah ini <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengantuk/ <i>drowsiness</i> sampai dengan koma</li> <li>- Bicara cadel, ucapan yang tidak jelas</li> <li>- Hendaya dalam perhatian atau daya ingat</li> <li>- <i>Analgesia</i></li> <li>- Mual, muntah</li> <li>- Hipotensi</li> <li>- Hipotermi</li> <li>- Bradikardi</li> <li>- Konstipasi</li> <li>- Kejang-kejang</li> </ul> </li> <li>3. Semua tanda di atas tidak disebabkan oleh gangguan fisik atau mental lainnya.</li> </ol> <p>Intoksikasi akut dapat terjadi dengan atau tanpa komplikasi, komplikasi yang terjadi dapat berupa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trauma atau cedera tubuh lainnya</li> <li>- Komplikasi medis lainnya, misalnya: <i>hematemesis</i>, aspirasi muntah</li> <li>- <i>Delirium</i></li> <li>- Distorsi persepsi</li> <li>- Konvulsi</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penanganan kegawatdaruratan <ul style="list-style-type: none"> <li>- Awasi tanda-tanda vital (tensi, nadi, suhu, pernafasan dan kesadaran).</li> <li>- Bebaskan jalan nafas (<i>Survey Primer BHD</i>)*</li> <li>- Berikan bantuan oksigen 100% sesuai kebutuhan</li> <li>- Pasang infus cairan kristaloid (D5% atau NaCl 0,9%), bila perlu cairan koloid (<i>hemasel, dextran</i>).</li> </ul> </li> <li>2. Pemberian <i>antidotum Nalokson</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tanpa hipoventilasi: dosis awal 0, 4 mg IV (0, 01 mg/ kg BB).</li> <li>- Dengan hipoventilasi: dosis awal diberikan 0,8 mg IV.</li> <li>- Bila tidak ada respon dalam 5 menit, pemberian dapat diulang sampai timbul perbaikan kesadaran, hilangnya depresi pernafasan, dan dilatasi pupil atau telah mencapai dosis maksimal <i>nalokson</i> 10 mg. Bila tetap tidak ada respon rujuk ke ICU</li> <li>- Bila pasien bereaksi, berikan drip <i>Nalokson</i> dalam cairan infus sebanyak 0, 4 mg/ jam selama 12 jam. Pasien harus diobservasi ketat tanda-tanda penurunan kesadaran, pernafasan dan perubahan pada pupil minimal 24 Jam.</li> <li>- Pasien dipuasakan untuk menghindari aspirasi, kalau perlu pasang sonde lambung (NGT).</li> </ul> </li> <li>3. Pengobatan lainnya <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pemakaian melalui oral, lakukan kuras lambung, lalu diberikan <i>Activated Charchoal</i> (misal: <i>Norit</i>) dengan dosis 50 mg dilarutkan dalam 200 ml cairan. Pemberian dapat diulang tiap 4 jam sampai maksimal 100 gram.</li> <li>- Pertimbangkan pemasangan pipa trakea (intubasi) bila: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pernafasan tidak adekuat</li> <li>• Oksigenasi kurang meski ventilasi cukup</li> <li>• Hipoventilasi menetap</li> </ul> </li> <li>- Hipotensi diberikan cairan IV yang adekuat, dapat dipertimbangkan pemberian <i>dopamin</i> dengan dosis 2-5 mcg/ kg BB/ menit dan bila perlu dapat dititrasi (diberikan secara bertahap sedikit demi sedikit sampai kondisi stabil).</li> <li>- Kejang dapat diberikan <i>diazepam</i> 5-10 mg IV dan dapat diulang bila diperlukan.</li> </ul> </li> </ol>

<b>Periksa</b>	<b>Tindakan</b>
<b>Airway</b> (jalan nafas) - Apakah jalan nafas dalam keadaan terbuka?	Buka jalan nafas dengan teknik non-invasif (angkat kepala-angkat dagu/ dorong rahang tanpa mengangkat kepala bila diduga trauma).
<b>Brething</b> (pernafasan) - Apakah pasien bernafas dan apakah respirasinya memadai?	Lihat, dengar, dan rasakan apakah terdapat pernafasan yang memadai. Beri 2 kali nafas bantuan. Beri tiap nafas selama 1 detik. Tiap nafas harus membuat dada naik/ mengembang. Jangan lakukan ventilasi dengan kecepatan yang terlalu cepat atau volume yang terlalu banyak.
<b>Circulation</b> (sirkulasi) - Apakah terdapat denyut nadi?	Periksa denyut karotis sedikitnya selama 5 detik tetapi tidak lebih dari 10 detik. Lakukan RJP berkualitas tinggi.
<b>Defibrillation</b> (defibrilasi) - Bila tidak ada denyut nadi, periksa irama jantung yang dapat dikejutkan dengan defibrillator.	Berikan kejut listrik sesuai dengan indikasi. Setiap kejut listrik harus diikuti dengan RJP, dimulai dengan kompresi dada.

### \*Survey Primer BHD

#### 3.1.2 Diagnosa dan Terapi Intoksikasi Zat Amfetamin dan Zat Yang Menyerupainya

##### Anamnesa

1. Baru saja menggunakan amfetamin atau zat yang menyerupainya, misal: *Methylphenidate*, MDA, MDMA.
2. Jumlah pemakaian dan waktu pemakaian terakhir.
3. Kemungkinan pemakaian zat lain.

Gejala	Tanda	Penatalaksanaan
<p>Terdapat perilaku maladaptif atau perubahan psikologis yang bermakna, misalnya:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Euforia</i> atau afek yang tumpul.</li> <li>- Perubahan dalam kehidupan sosial.</li> <li>- Kewaspadaan yang berlebihan.</li> <li>- Sensitif dalam hubungan. Interpersonal.</li> <li>- Hendaya daya nilai atau hendaya dalam fungsi pekerjaan dan sosial.</li> <li>- Waspada yang berlebihan.</li> <li>- Sensitif dalam hubungan interpersonal.</li> <li>- Cemas, tegang atau marah.</li> <li>- Perilaku stereotipik</li> <li>- Hendaya daya nilai atau hendaya dalam fungsi sosial dan pekerjaan.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terdapat dua /lebih dari gejala di bawah ini yang berkembang segera atau selama menggunakan amfetamin atau zat yang menyerupai: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Takikardi atau bradikardi.</li> <li>- Dilatasi pupil.</li> <li>- Peningkatan atau penurunan tekanan darah.</li> <li>- Banyak keringat atau kedinginan.</li> <li>- Mual atau muntah.</li> <li>- Penurunan berat badan.</li> <li>- Agitasi atau retardasi motorik.</li> <li>- Kelelahan otot, depresi sistem pernafasan, nyeri dada dan aritmia jantung.</li> <li>- Kebingungan dan kejang-kejang, diskinesia, distonia atau koma.</li> </ul> </li> <li>2. Gejala-gejala di atas tidak disebabkan oleh gangguan fisik atau mental lainnya.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Simptomatik, <ul style="list-style-type: none"> <li>- Untuk penggunaan oral rangsang muntah dan pemberian <i>activated charcoal</i> merupakan suatu intervensi yang penting.</li> <li>- Terapi pengobatan suportif lain, misal: anti psikotik dengan dosis rendah (<i>haloperidol</i> 2-5 mg atau <i>chlorpromazine</i> 1 mg/ kg BB setiap 4-6 jam).</li> <li>- Jika paranoid menjadi masalah atau perilaku menyerang dan membahayakan, berikan <i>benzodiazepin</i> seperti <i>lorazepam</i> 2 mg IV.</li> </ul> </li> <li>2. Komplikasi, <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anti hipertensi bila diperlukan</li> <li>- Kontrol temperatur (selimut dingin dengan <i>Klorpromazin</i> 1 mg/ kg BB setiap 6 jam).</li> <li>- <i>Beta receptors blocker</i> dapat mengurangi beberapa gejala <i>chatecolomingeric</i> dan <i>Benzodiazepine</i> dapat mengontrol ansietas.</li> <li>- Kondisi kejang dapat di atasi dengan <i>Benzodiazepine</i> (<i>Diazepam</i> atau <i>Lorazepam</i>).</li> <li>- Karena ada kemungkinan terjadi aritmia kordis yang dapat mengancam kehidupan, maka kemungkinan diperlukan <i>cardiac monitoring</i>, dapat diberikan <i>Propranolol</i> untuk mengatasi kondisi ini.</li> <li>- Asamkan urin dengan <i>Amonium Klorido</i> 2.75 mEq/ kg atau <i>Ascorbic Acid</i> 8 gram/ hari sampai pH urin &lt; dari 5 akan mempercepat ekskresi obat</li> </ul> </li> </ol>

### 3.1.3 Diagnosa dan Terapi Intoksikasi Dan Overdosis Zat *Benzodiazepin*

#### **Anamnesa**

1. Baru saja menggunakan *benzodiazepin*
2. Jumlah pemakaian dan waktu pemakaian terakhir
3. Kemungkinan pemakaian zat lain

Perpustakaan BNN

Gejala	Tanda	Penatalaksanaan
<p>Timbul perilaku maladaptif dan perubahan psikologis yang bermakna secara klinis misalnya :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perilaku seksual atau agresif yang tidak sesuai/<i>inappropriate</i></li> <li>- Mood yang labil</li> <li>- Hendaya daya nilai</li> <li>- Hendaya sosial dan pekerjaan</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terdapat satu atau lebih gejala-gejala berikut ini:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bicara cadel</li> <li>- Inkoordinasi</li> <li>- Jalan sempoyongan</li> <li>- <i>Nystagmus</i></li> <li>- Gangguan perhatian atau daya ingat</li> <li>- <i>Stupor</i> atau koma</li> <li>- Gangguan emosi</li> <li>- Gangguan perilaku</li> </ul> </li> <li>2. Gejala-gejala tersebut tidak disebabkan oleh gangguan fisik atau mental lainnya</li> </ol>	<p>Intoksikasi <i>benzodiazepin</i> jarang memerlukan pertolongan gawat darurat atau intervensi farmakologi.</p> <p>Diperlukan terapi kombinasi yang bertujuan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengurangi efek obat dalam tubuh</li> <li>2. Mengurangi absorpsi obat lebih lanjut</li> <li>3. Mencegah komplikasi jangka panjang</li> </ol> <p><b>Langkah I :</b>  <b>Mengurangi efek Sedatif-Hipnotik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemberian <i>Flumazenil</i> (<i>Antagonis Benzodiazepine</i>): 0,2 mg IV kemudian (setelah 30 detik) diikuti dengan 0,3 mg dosis tunggal, dapat diberikan lagi 0,5 mg (setelah 60 detik) sampai total 3 mg. Pemberian dilakukan oleh dokter anestesi atau dokter yang berpengalaman.</li> <li>2. Untuk tingkat serum sedatif-hipnotik yang tingginya ekstrim dan gejala-gejala sangat berat, pikirkan untuk dialisis atau <i>haemoperfusion</i> dengan <i>Charcoal resin</i>. Cara ini juga berguna bila ada intoksikasi berat dari barbiturat yang lebih <i>short acting</i>.</li> <li>3. Tindakan suportif termasuk :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- pertahankan jalan nafas, pernafasan buatan bila diperlukan.</li> <li>- perbaiki gangguan asam basa.</li> </ul> </li> <li>4. Alkalinisasi urin dengan <i>Natrium Bicarbonat</i> sampai pH 8 untuk memperbaiki pengeluaran obat dan untuk diuresis berikan <i>Furosemide</i> atau <i>Manitol</i> untuk mempertahankan pengeluaran urin.</li> </ol> <p><b>Langkah II :</b>  <b>Mengurangi absorpsi lebih lanjut :</b>            Rangsang muntah, bila baru terjadi pemakaian. Kalau tidak, pikirkan <i>Activated Charcoal</i>. Selama perawatan harus diawasi supaya tidak terjadi aspirasi, kalau perlu pasang sonde lambung (NGT).</p> <p><b>Langkah III:</b>  <b>Mencegah komplikasi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perhatikan tanda-tanda vital dan depresi pernafasan, aspirasi dan edema paru.</li> <li>- Bila sudah terjadi aspirasi, berikan antibiotik.</li> <li>- Bila pasien ada usaha bunuh diri, maka dia harus ditempatkan di tempat khusus dengan pengawasan.</li> </ul>

### 3.1.4 Diagnosa dan Terapi Intoksikasi Zat Kanabis

#### Anamnesa

1. Baru saja menggunakan kanabis
2. Jumlah pemakaian dan waktu pemakaian terakhir
3. Kemungkinan pemakaian zat lain

Gejala	Tanda	Penatalaksanaan
Timbul perilaku maladaptif dan perubahan psikologis yang bermakna secara klinis misalnya: - Gangguan koordinasi motorik - <i>Euforia</i> - Ansietas - Merasa waktu berjalan lambat - Hendaya daya nilai - Penarikan diri	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Terdapat dua (atau lebih) dari gejala-gejala Di bawah ini yang berkembang dalam 2 jam penggunaan Kanabis:<ul style="list-style-type: none"><li>- Konjungtiva kemerahan</li><li>- Peningkatan nafsu makan</li><li>- Mulut kering</li><li>- Takikardi</li></ul></li><li>2. Gejala-gejala tersebut bukan disebabkan oleh gangguan fisik atau mental lainnya.</li></ol>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Umumnya tidak diperlukan farmakoterapi khusus, tetapi mungkin <i>suportif talking down</i></li><li>- Bila ansietas berat berikan anti ansietas golongan <i>Benzodiazepine</i>, misalnya : <i>lorazepam</i> 1-2 mg oral, <i>alprazolam</i> 0,5-1 g oral, <i>chlordiazepoxide</i> 10-50 mg oral</li><li>- Bila gejala psikotik menonjol dapat diberikan <i>major tranquilizer</i>, misal: <i>Haloperidol</i> 1-2 mg oral atau IM dan dapat diulang setiap 20-30 menit</li></ul>

### 3.1.5 Diagnosa dan Terapi Intoksikasi Zat Kokain

#### Anamnesa

1. Baru saja menggunakan kokain
2. Jumlah pemakaian dan waktu pemakaian terakhir
3. Kemungkinan pemakaian zat lain

Gejala	Tanda	Penatalaksanaan
<p>Tingkah laku maladaptif yang bermakna secara klinis atau perubahan psikologis misalnya:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <i>Euforia</i> atau afek mendatar</li><li>- Perubahan dalam sosialibilitas, <i>hypervigilance</i>/ kewaspadaan yang meningkat</li><li>- <i>Interpersonal sensitivity</i></li><li>- <i>Anxietas</i></li><li>- <i>Tension</i>, atau kemarahan</li><li>- Tingkah laku yang stereotipi</li><li>- Hendaya daya nilai</li><li>- Hendaya fungsi sosial atau pekerjaan</li></ul>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Terdapat dua (atau lebih) dari berikut ini yang terjadi selama atau segera setelah penggunaan kokain:<ul style="list-style-type: none"><li>- Takikardi atau bradikardi</li><li>- Dilatasi pupil</li><li>- Peningkatan atau penurunan tekanan darah</li><li>- Berkeringat atau rasa dingin</li><li>- Mual atau muntah</li><li>- Penurunan berat badan</li><li>- Agitasi atau retardasi psikomotor</li><li>- Kelemahan otot, depresi pernafasan, nyeri dada atau aritmia jantung</li><li>- Bingung/ konfusi, kejang, diskinesia, <i>distonia</i> atau koma</li></ul></li><li>2. Gejala-gejala tersebut tidak disebabkan oleh gangguan fisik atau mental lainnya</li></ol>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Usaha penunjang (<i>Supportive Measure</i>).</li><li>- Sedatif-Hipnotika/ Anti Ansietas</li><li>- <i>Mayor Tranquilizer</i>, bila terdapat gejala psikotik.</li><li>- Bila ada hipertermia diberikan kompres dingin.</li><li>- Pemberian anti konvulsan bila kejang-kejang</li><li>- Anti hipertensi bila ada kenaikan tekanan darah.</li></ul>

### 3.1.6 Diagnosa dan Terapi Intoksikasi Zat Inhalansia

#### Anamnesa

1. Baru saja menggunakan Zat Inhalansia
2. Jumlah pemakaian dan waktu pemakaian terakhir
3. Kemungkinan pemakaian zat lain

Gejala	Tanda	Penatalaksanaan
<p>Terdapat perubahan perilaku dan psikologis yang bermakna secara klinis misalnya :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Suka berkelahi</li><li>- Suka menyerang</li><li>- Apati</li><li>- Hendaya daya nilai</li><li>- Hendaya fungsi sosial atau pekerjaan</li></ul>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Terdapat dua (atau lebih) gejala-gejala berikut ini terjadi selama atau segera setelah penggunaan Inhalansia :<ul style="list-style-type: none"><li>- <i>Dizziness</i></li><li>- <i>Nistagmus</i></li><li>- Inkoordinasi</li><li>- Bicara cadel</li><li>- Jalan sempoyongan</li><li>- Letargi</li><li>- Refleks-refleks menurun</li><li>- Retardasi psikomotor</li><li>- Tremor</li><li>- Kelemahan otot yang meyeluruh</li><li>- <i>Blurred vision</i> atau diplopia</li><li>- Stupor atau koma</li><li>- <i>Euforia</i></li><li>- Nyeri dada</li><li>- Irama jantung tak teratur</li><li>- Diare</li><li>- Telinga berdenging</li><li>- Kehilangan nafsu makan</li><li>- Bersin dan keluar cairan hidung</li></ul></li><li>2. Gejala-gejala tersebut tidak disebabkan oleh gangguan fisik atau mental lainnya.</li></ol>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pertahankan Oksigenasi</li><li>- Tidak ada antidote yang spesifik</li><li>- Simptomatik</li><li>- Pasien dengan gangguan neurologik bermakna, misalnya neuropati atau <i>persistent ataxia</i>, harus mendapatkan evaluasi formal dan <i>follow up</i> yang ketat.</li></ul>

## 3.2 Diagnosa dan Penatalaksanaan Sindroma Putus Zat

### 3.2.1 Diagnosa dan Terapi Sindroma Putus Zat Opioid

Sindrom putus zat *opioid* dibagi dalam dua fase yaitu fase akut yang kemudian diikuti oleh fase kronik (*protracted abstinence syndrome*).

#### Fase akut ditandai dengan gejala:

- Gastro intestinal* (diare, mual-muntah)
- Perubahan suhu tubuh
- Insomnia*
- Nyeri otot dan sendi
- Ansietas* dan *disforia*

#### Fase kronik ditandai dengan:

- Perubahan fungsi tubuh
- Penurunan tekanan darah
- Penurunan denyut jantung dan suhu tubuh
- Miosis dan berkurangnya sensitivitas pusat pernapasan terhadap karbondioksida, yang dimulai sejak minggu ke enam putus zat sampai minggu ke-26 atau lebih.

Lakukan penilaian terhadap beratnya gejala putus zat dengan menggunakan SOWS\* (*Subjective Opioid Withdrawal Scale*) dan OOWS\* (*Objective Opioid Withdrawal Scale*).

## Anamnesa

1. Penghentian (atau pengurangan) penggunaan *opioid* yang berat dan telah berlangsung lama (beberapa minggu atau lebih lama).
2. Penggunaan antagonis *opioid* setelah masa penggunaan *opioid*.

Gejala/ tanda	Penatalaksanaan
<p>1. Paling sedikit terdapat 3 gejala berikut :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Disforia</i></li> <li>- <i>Nausea</i> atau <i>vomiting</i></li> <li>- Nyeri otot</li> <li>- Lakrimasi atau <i>rhinorrhea</i></li> <li>- Dilatasi pupil, piloereksi atau berkeringat</li> <li>- Diare</li> <li>- Menguap (<i>yawning</i>)</li> <li>- Demam</li> <li>- <i>Insomnia</i></li> </ul> <p>2. Gejala-gejala di atas menyebabkan distress yang secara klinis bermakna atau hendaya sosial, okupasional atau fungsi penting lainnya.</p> <p>3. Tidak disebabkan oleh gangguan fisik atau mental lainnya</p>	<p>1. Terapi simptomatik sesuai gejala klinis dengan pemberian analgetika (misal: asam mefezamat, parasetamol), spasmolitik (misal: <i>popaverin</i>), dekongestan, sedatif-hipnotik, anti diare.</p> <p>2. Pemberian Terapi Bantuan Golongan <i>Opioid</i>: Metadon, <i>Buprenorfin</i>, untuk program detoksifikasi diberikan secara <i>tapering off</i>, dengan rincian:</p> <p>a. Metadon, diberikan oleh dokter yang sudah terlatih:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemberian dosis awal (3 hari): Dosis awal diberikan setelah pasien mengalami gejala putus zat, dosis yang dianjurkan adalah 15-30 mg untuk tiga hari pertama. Pasien harus diobservasi selama 45 menit untuk memantau tanda-tanda toksisitas atau gejala putus zat, jika terdapat gejala tersebut maka dosis dapat disesuaikan.</li> <li>• Fase Stabilisasi (2-3 minggu) Fase stabilisasi bertujuan menaikkan dosis awal secara perlahan sehingga dosis stabil (ditandai dengan hilangnya gejala putus zat), direkomendasikan 5-10 mg tiap 3-5 hari. Total kenaikan dosis tiap minggu tidak boleh lebih 30 mg.</li> <li>• Fase Penghentian (3-5 minggu) Metadon dihentikan secara perlahan (<i>tapering off</i>), penurunan dosis maksimal 10 % tiap 2-3 hari. Pemantauan perkembangan psikologis pasien harus diperhatikan. Jika emosi tidak stabil, dosis dapat dinaikkan kembali.</li> </ul> <p>b. <i>Buprenorfin</i>. Dalam layanan detoksifikasi, diberikan oleh dokter terlatih dengan rincian sebagai berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rekomendasi dosis <i>Buprenorfin</i> pada rawat jalan</li> </ul>

Hari	Dosis yang dianjurkan	Batas terbawah dan teratas yang direkomendasikan
1	6 mg	4-8 mg
2	8 mg	4-12 mg
3	10 mg	4-16 mg
4	8 mg	2-12 mg
5	4 mg	0-8mg
6	--	0-4mg
7	--	0-2 mg
8	--	0-1 mg
Total dosis adalah 36 mg		

• Rekomendasi dosis *Buprenorfin* pada rawat inap

Hari	Dosis tablet sublingual <i>Buprenorfin</i>	Total dosis harian
1	4 mg pada saat awitan dari putus zat, & dosis tambahan sore 2-4 mg (bila perlu)	4-8 mg
2	4 mg pagi, dgn dosis tambahan sore 2 mg (bila perlu)	4-8 mg
3	4 mg pagi, dgn dosis tambahan sore 2 mg (bila perlu)	4-6 mg
4	2 mg pagi (bila perlu), dgn dosis sore 2 mg (bila perlu)	0-4 mg
5	2 mg (bila perlu)	0-2 mg
6	Tidak diberikan	--
7	Tidak diberikan	--
Total dosis yg diajukan		12-28 mg

3. Pemberian golongan *non opioida*; *clonidine* dengan dosis 17 mcg / Kg BB dibagi dalam 3-4 dosis diberikan selama 10 hari dengan *tapering off* 10% / hari untuk mencegah *rebound hypertension*.

Selama pemberian *clonidine* lakukan pengawasan tekanan darah, bila tekanan *sistole* kurang dari 100 mmHg atau tekanan *diastole* kurang 70 mmHg, pemberian *clonidine* HARUS DIHENTIKAN.

4. Pemberian Sedatif-Hipnotika, Neuroleptika (yang memberi efek sedatif, misal *Clozapine* 25 mg) dapat dikombinasikan dengan obat-obat lain.

Metadon: lihat Pedoman Penyelenggaraan Program Terapi Rumatan Metadon, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

*Buprenorfin*: lihat Pedoman Klinis Penatalaksanaan Ketergantungan *Opioid* dengan *Buprenorfin*, Perhimpunan Dokter Seminat Kedokteran Adiksi Indonesia (INDOSAM) DAN Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia (PDSKJI).

### 3.2.2 Diagnosa dan Terapi Sindroma Putus Zat *Amfetamin* dan Zat Yang Menyerupainya

Putus zat seketika dari penggunaan stimulan sering disertai dengan gejala depresi, *ansietas*, *fatigue*, tidak konsentrasi, *anergia*, *anhedonia*, *craving* meningkat, peningkatan nafsu makan, *hipersomnolen* dan sering mengalami mimpi (karena meningkatnya *REM sleep*). Gejala akan berlangsung selama 1 sampai 2 minggu tanpa pengobatan (sering disebut '*crash*').

#### **Anamnesa**

Penghentian (pengurangan) mendadak penggunaan *amfetamin* atau zat yang menyerupai, yang sudah digunakan dalam jumlah banyak dan waktu lama.

Gejala / tanda	Pena taksanaan
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mood yang disforik dan dua (atau lebih) perubahan di bawah ini :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Fatigue</i></li> <li>2. Halusinasi atau mimpi buruk</li> <li>3. <i>Insomnia</i> atau <i>hipersomnia</i></li> <li>4. Nafsu makan meningkat</li> <li>5. Retardasi atau agitasi psikomotor</li> </ol> </li> <li>2. Gejala-gejala di atas menyebabkan distress yang secara klinis bermakna atau hendaya sosial, okupasional atau fungsi penting lainnya</li> <li>3. Tidak disebabkan oleh gangguan fisik atau mental lainnya</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observasi 24 jam untuk menilai kondisi fisik dan psikiatrik.</li> <li>2. Rawat inap diperlukan apabila gejala psikotik berat, gejala depresi berat atau kecenderungan bunuh diri, dan komplikasi fisik lain.</li> <li>3. Terapi : anti psikotik (<i>Haloperidol</i> 3 x 1,5-5mg, <i>risperidon</i> 2 x 1,5-3 mg), anti ansietas (<i>alprazolam</i> 2 x 0,25-0,5 mg, <i>diazepam</i> 3 x 5-10 mg, <i>clobazam</i> 2 x 10 mg) atau anti depresi golongan SSRI atau trisiklik/ tetrasiklik sesuai kondisi klinis.</li> <li>4. Terapi suportif: istirahat, olah raga, dan diet sehat.</li> <li>5. Risiko untuk <i>relaps</i> sangat tinggi selama periode awal putus zat sehingga diperlukan intervensi psikososial seperti terapi suportif, CBT, <i>relapse prevention</i>.</li> </ol>

### 3.2.3 Diagnosa dan Terapi Sindroma Putus Zat Benzodiazepin

- a. Gejala putus zat dari *benzodiazepine* dengan waktu paruh pendek mulai setelah 12 sampai 24 jam dan mencapai puncaknya dalam hari ke-1 sampai ke-3. Untuk *benzodiazepine* dengan masa kerja lebih panjang muncul lebih lama dan baru mencapai puncaknya pada hari ke-4 sampai dengan ke-7 setelah berhenti.

- b. Gejala yang sering terjadi: *ansietas* dan *insomnia*. Dapat terjadi gejala putus zat yang memanjang termasuk *ansietas*, lebih sensitif terhadap suara, sinar, sentuhan dan *tinnitus*.
- c. Gejala putus zat yang berat adalah *hipotermia*, tanda vital tidak stabil, kejang, delirium dan psikosis. Kondisi ini dapat terjadi pada *abrupt withdrawal*, dimana penghentian dilakukan secara mendadak TIDAK DIANJURKAN.
- d. *Gradual withdrawal* (pelepasan bertahap) dianggap lebih rasional, dimulai dengan memastikan dosis toleransi, disusul dengan pemberian suatu sedatif *benzodiazepine* atau *barbiturat* (*Pentotal*, *Luminal*) dalam jumlah cukup banyak sampai terjadi gejala-gejala intoksikasi ringan, atau sampai kondisi pasien tenang. Ini diteruskan selama beberapa hari sampai keadaan pasien stabil, kemudian baru dimulai dengan penurunan dengan kecepatan maksimal 10% per 24 jam sampai dosis sedatif nol. Bila penurunan dosis menyebabkan pasien gelisah/ *insomnia*/ agitatif atau kejang, ditunda sampai keadaan pasien stabil, setelah itu penurunan dosis dilanjutkan.

### **Anamnesa**

Penghentian (atau pengurangan) *benzodiazepin* yang telah berlangsung lama dan berat

Gejala/tanda	Penatalaksanaan
<p>1. Dua (atau lebih) gejala-gejala berikut ini :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Hiperaktivitas saraf otonom (misalnya berkeringat atau nadi &gt; 100)</li> <li>Tremor tangan meningkat</li> <li><i>Insomnia</i></li> <li>Mual atau muntah</li> <li>Halusinasi visual, taktil atau auditori sementara atau ilusi</li> <li>Agitasi psikomotor</li> <li><i>Anxietas</i></li> <li>Kejang grandmal</li> </ol> <p>2. Gejala-gejala di atas menyebabkan <i>distress</i> yang bermakna secara klinis atau hendaya sosial, pekerjaan atau fungsi penting lainnya.</p> <p>3. Tidak disebabkan oleh gangguan fisik atau mental lainnya.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Untuk keadaan putus <i>Barbiturat</i>, dapat diberikan obat yang biasa digunakan oleh pasien. Penurunan dosis total 10% per-hari, maksimal 100 mg/hari.</li> <li>Teknik substitusi fenobarbital (luminal) : <ol style="list-style-type: none"> <li>Digunakan <i>luminal</i> sebagai <i>substituent</i>, atau <i>barbiturat</i> masa kerja lama yang lain.</li> <li>Sifat long acting akan mengurangi fluktuasi pada serum yang terlalu besar, memungkinkan digunakannya dosis kecil yang lebih aman.</li> <li>Waktu paruhnya antara 12-24 jam, dosis tunggal sudah cukup.</li> <li>Dosis lethal 5 kali lebih besar daripada dosis toksis dan tanda-tanda toksisitasnya lebih mudah diamati (<i>sustained nystagmus, slurred speech dan ataxia</i>).</li> <li>Intoksikasi <i>luminal</i> biasanya tidak menimbulkan dis inhibisi, karenanya jarang menimbulkan <i>problema</i> tingkah laku yang umum dijumpai pada <i>barbiturat short acting</i>.</li> <li>Kadang-kadang pasien tidak bersedia diberikan luminal. Dosis <i>Luminal</i> tidak boleh melebihi 500gram sehari !!! Berapapun besarnya dosis <i>barbiturat</i> yang diakui pasien dalam <i>anamnesa</i>.</li> <li>Rumus yang dipakai :</li> </ol> </li> </ol>
	<p>Satu dosis sedatif = satu dosis hipnotik (<i>short acting Barbiturat</i> yang dipakai)</p>
	<p>Kalau timbul toksisitas, 1-2 dosis luminal berikut dihapus, lalu dosis harian dihitung kembali</p>
	<p>Daftar Dosis Ekuivalen = (untuk detoksifikasi Sedatif Hipnotik lain</p>
	<p>30 mg <i>Luminal</i> kira-kira setara dengan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 100 mg <i>Phentonal</i>                      - 500 mg <i>Chloralhydrate</i></li> <li>- 400-600 mg <i>Medical</i>                - 250-300 mg <i>Methaqualone</i></li> <li>- 100 mg <i>Chlordiazepoxide</i>       - 50 mg <i>Chlorazepate (Tranxene)</i></li> <li>- 50 mg <i>Diazepam</i>                      - 60 mg <i>Flurazepam (Dalmadorm)</i></li> </ul>

	<p>3. Penatalaksanaan dengan <i>benzodiazepine tapering off</i>:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Berikan salah satu <i>benzodiazepine</i> (<i>valium, frisium, ativan</i>) dalam jumlah cukup.</li> <li>Lakukan penurunan dosis (kira-kira 5 mg) setiap 2 hari</li> <li>Berikan hipnotika malam saja (misalnya; <i>clozapine</i> 25 mg atau <i>hakcion</i> 0,25 mg)</li> <li>Berikan vitamin B complex.</li> <li>Injeksi <i>valium</i> intramuskuler/ intravena 1 ampul (10 mg) bila pasien kejang/ agitasi: dapat diulangi beberapa kali dengan selang waktu 30-60 menit.</li> </ol> <p>4. Pasien rawat jalan – <i>withdrawal management</i>:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Apabila bersedia, berkomitmen, dan patuh, dan memiliki dukungan sosial yang sesuai.</li> <li>Apabila mengkonsumsi <math>\leq 50</math> mg <i>diazepam equivalent</i> atau dosis terapi.</li> <li>Dapat hadir dalam penilaian setiap minggunya.</li> </ol> <p>5. Pasien rawat inap – <i>withdrawal management</i> dibutuhkan apabila pasien yang bersangkutan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Menggunakan <math>\geq 50</math> mg <i>diazepam equivalent</i> selama <math>&gt; 14</math> hari</li> <li>Punya latar belakang mengkonsumsi alkohol atau penggunaan obat lain atau ketergantungan</li> <li>Memiliki masalah medis yang berkelanjutan atau masalah psikiatri</li> <li>Memiliki catatan pernah mengalami gangguan <i>withdrawal</i></li> <li>Apabila diprediksi ada gejala yang signifikan.</li> <li>Berada dalam situasi yang tidak stabil.</li> <li>Memiliki keinginan/ motivasi yang rendah</li> </ol>
--	---

### 3.2.4. Diagnosa dan Terapi Sindroma Putus Zat Kanabis

- Gejalanya terutama keluhan psikologi: *irritable*, ansietas, depresi, *restlessness*, *anoreksia*, *insomnia* dan *vivid dreams*.
- Dapat juga disertai (jarang): gangguan *gastrointestinal*, *diaphoresis*, menggigil, mual, gemetar, dan kedutan otot.
- Jarang memerlukan terapi medis ataupun psikiatrik.

Pengobatan diperlukan untuk mengurangi risiko *relaps* pada klien yang berupaya untuk berhenti.

- d. Terapi: Antipsikotik (*Haloperidol* 3 x 1,5-5 mg, *Risperidon* 2 x 1,5-3 mg), Antiansietas (*Alprazolam* 2 x 0,25-0,5 mg, *Diazepam* 3 x 5-10 mg, *Clobazam* 2 x 10 mg) atau Antidepresi golongan SSRI atau Trisiklik/ Tetrasiklik sesuai kondisi klinis.

### 3.2.5 Diagnosa dan Terapi Sindroma Putus Zat Kokain

Gejala *withdrawal* kokain (terjadi setelah beberapa hari penggunaan kokain):

- a. *mood disforia* (*anhedonia* atau kesedihan mirip depresi) dan paling sedikit mencakup dua dari gejala di bawah ini:
- *fatigue*
  - *insomnia* atau *hipersomnia*
  - agitasi psikomotor atau retardasi
  - *craving*
  - peningkatan nafsu makan
  - mimpi buruk
- b. gejala *withdrawal* mencapai puncaknya dalam 2-4 hari
- c. gejala *disforia* bisa berlangsung sampai 10 minggu
- d. Sampai sekarang ini, tidak ada farmakoterapi yang efektif untuk manajemen *withdrawal*
- e. Terapi yang direkomendasikan hanya simtomatis
- f. Penggunaan jangka pendek dari *benzodiazepin* (rasa khawatir, memberontak, membuat tidur)

- g. Antidepresan (SSRI; walaupun penggunaan kokain yang berkelanjutan mungkin menimbulkan reaksi *toxic* yang impulsif)
- h. Perlu manajemen yang dapat mencegah kemungkinan bunuh diri dan tidak menstimulasi/ tidak mengancam lingkungan.

### 3.2.6. **Diagnosa dan Terapi Sindroma Putus Zat *Inhalant***

- a. Permulaan dan lamanya gejala putus zat tidak diklasifikasikan dalam DSM IV tapi sifat dari gejala *withdrawal* yang memungkinkan dapat terjadi pada 24 - 48 jam sesudah penggunaan berakhir.
- b. Gejala putus zat yang dapat terjadi adalah gangguan tidur, tremor, mudah tersinggung dan depresi, *nausea*, *diaphoresis*, ilusi hilang dengan cepat.
- c. Terapi simtomatik (tidak ada terapi spesifik untuk inhalan).

Terapi: Antipsikotik (*Haloperidol* 3 x 1, 5 - 5 mg, *Risperidon* 2 x 1, 5 - 3 mg), Antiansietas (*Alprazolam* 2 x 0, 25 - 0,5 mg, *Diazepam* 3 x 5-10 mg, *Clobazam* 2 x 10 mg) atau Antidepresi golongan SSRI tau Trisklik/ Tetrasiklik sesuai kondisi klinis.

## **BAB IV**

# **KOMORBIDITAS FISIK DAN PSIKIATRIK PADA PENYALAH GUNA NARKOTIKA**

### **4.1. Prinsip-Prinsip Penatalaksanaan Komorbiditas**

Pasien yang menjalani detoksifikasi sering datang dengan kondisi medis dan psikologis yang sangat dapat mempengaruhi kesehatan secara keseluruhan dan proses detoksifikasi. Kedua keadaan ini mungkin sudah ada sebelumnya, dan tidak terkait dengan penggunaan zat, atau merupakan akibat langsung penyalahgunaan zat. Meskipun demikian, penatalaksanaan medis, psikiatrik, dan detoksifikasi dilakukan secara bersamaan. Pada prinsipnya penatalaksanaan medis dan psikiatrik pada pasien penyalah guna zat, sama dengan yang dilakukan di populasi umum. Namun, obat yang digunakan untuk detoksifikasi dan protokol detoksifikasi yang sebenarnya, mungkin perlu dimodifikasi untuk meminimalkan efek yang berpotensi membahayakan kondisi komorbiditas tersebut.

### **4.2. Diagnosis dan Penatalaksanaan Komorbiditas Fisik**

Pasien-pasien yang menggunakan narkoba dapat menunjukkan kondisi medis yang sama dengan yang terdapat pada populasi umum, sehingga prinsip penanganan keduanya sama. UNODC menyatakan bahwa, narkoba utama yang bermasalah di tingkat global adalah opiat (terutama heroin), diikuti dengan kokain. Beberapa kondisi medis yang paling sering terjadi pada penyalah guna zat adalah HIV/AIDS, TBC dan Hepatitis.

#### **4.2.1. HIV/AIDS**

HIV/AIDS adalah kondisi medis yang paling sering dan sangat serius di kalangan pecandu, khususnya pengguna jarum

suntik yang sering menggunakan jarum suntik bersama. AIDS adalah sekumpulan gejala atau penyakit yang disebabkan oleh menurunnya kekebalan tubuh akibat infeksi virus HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) yang termasuk famili *retroviridae*. AIDS merupakan taraf akhir dari infeksi HIV. WHO membagi HIV dalam 4 stadium klinis berdasarkan tingkat keparahannya:

#### a. Stadium klinis 1

- Tidak ada gejala
- Pembesaran kelenjar limfe menetap (*Persistent Generalized Lymphadenopathy*)

Skala penampilan: asimtomatik, dan dapat melakukan aktivitas normal

#### b. Stadium Klinis 2

- Penurunan BB < 10% dari BB semula
- Infeksi saluran napas berulang (sinusitis, tonsilitis, otitis media, faringitis)
- *Herpes Zooster*
- *Chelitis angularis*
- *Ulcus orani* yang berulang
- *Cheilitis angularis*
- *Ulcus orani* yang berulang
- *Papular pruritic eruption*
- *Dermatitis seboraiika*
- Infeksi jamur kuku

Skala penampilan: simptomatik (mulai ada gejala simpomatik), masih dapat melakukan aktivitas normal

### c. Stadium Klinis 3

- BB menurun > 10% dari BB semula.
- Diare kronis yang tidak diketahui penyebabnya berlangsung > 1 bulan.
- Demam persisten tanpa sebab yang jelas yang intermiten atau konstan > 37,5 C > 1 bulan.
- Kandidiasis oral persisten (*thrush*).
- *Leukoplakia oral*.
- TB paru.
- Infeksi bakteri berat (*pneumonia, empiema, pyomiositis, infeksi tulang atau sendi, meningitis atau bakteremia*).
- *Stomatitis ulseratif nekrotizing* akut, gingivitis atau periodontitis.
- *Anemia* (< 8 g/dl), *neutropenia* (< 0,5 x 10<sup>9</sup> g/dl) dan/atau *trombositopenia* kronis yang tidak dapat diterangkan sebabnya).

Penampilan: terbaring di tempat tidur kurang dari 50% hari dalam bulan terakhir.

### d. Stadium Klinis 4

- *HIV Wasting Syndrome* (BB turun 10% + diare kronis > 1 bulan, yang tidak disebabkan penyakit lain).

- *Pneumonia Pneumocystis carinii*.
- *Pneumonia* bakteri berat yang berulang.
- Infeksi herpes simpleks kronis (*orolabial genital/ anoreksia > 1 bulan atau viseral*).
- Kandidiasis *oesophagus* (atau trakea, bronkus, paru).
- TB ekstra paru.
- Toksoplasma di otak.
- Infeksi *Cytomegalovirus* (CMV) retinis atau organ lain.
- *Toksoplasmosis SSP*.
- Ensefalopati HIV.
- Kriptokokus ekstra pulmoner termasuk meningitis.
- Infeksi mikrobakterium Non TB diseminata.
- *Progressive multifocal leukoencephalopathy*.
- *Cryptosporidiosis* kronis.
- *Isosporiosis* kronis.
- Mikosis diseminata (*histoplasmosis* atau *coccidioidomycosis* ekstra paru).
- Septikemia berulang (*Solmonella non typhoid*).
- *Limfoma* (serebral/ non *Hodgkin* sel B).
- *Karsinoma serviks invasive*.
- *Leismaniasis diseminata atipik*.

- *Nefropati* atau kardiomiopati terkait HIV yang simtomatis

Penampilan: terbaring di tempat tidur lebih dari 50% hari dalam bulan terakhir.

### **Terapi ARV pada HIV/ AIDS**

*Regiment Antiretroviral: HAART (Highly Active Anti Retroviral Therapy)* adalah terapi yang dianjurkan. Tujuan terapi ini adalah:

- a. Menghentikan progresivitas penyakit HIV dengan menekan *viral load*.
- b. Memulihkan sistem imun dan mengurangi terjadinya infeksi oportunistik
- c. Meningkatkan kualitas hidup.
- d. Menurunkan angka morbiditas dan mortalitas karena infeksi HIV.

### **Ada 3 (tiga) Kategori ARV:**

- a. NRTI (*Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors*) yaitu *Zidovudin (AZT)*, *Lamivudine (3TC)*, *Didanosine (ddl)*, *Stavudin (d4T)* dan *Abavir (ABC)*.
- b. NNRTI (*Non Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors*) yaitu: *Nevirapine (NVP)*, *Efavirens (EFV)*. Golongan ini resisten terhadap HIV-2.
- c. *Pis (Protease Inhibitor)* yaitu *Nelfinavir (NFV)*, *Saquinavir (SQV)*, *Ritonavir (RTV)*, *Indinavir (IDV)*, *Lopenavir/ Ritonavir booster (LPV/r)*.

## Prinsip Terapi ARV

- a. HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy) yaitu selalu menggunakan kombinasi 3 jenis ARV untuk efektifitas pengobatan sehingga dapat dicapai hasil *Viral load HIV undetectable* (tidak terdeteksi) dalam waktu 6 bulan pengobatan, juga ditekankan pentingnya *Adherence* (kepatuhan minum obat) untuk mencegah resistensi.
- b. Regimen klasik dan mudah dipakai adalah 2 NRTI dan 1 NNRTI contohnya: *Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC)* dan *Efavirenz (EFZ)*
- c. Mengganti Regimen ARV pada pengobatan dilakukan bila terjadi efek samping sedang-berat atau kegagalan terapi diakibatkan resisten terhadap regimen yang digunakan
- d. Mengganti salah satu jenis regimen karena efek samping obat disebut *substitusi*, sementara mengganti seluruh regimen dengan regimen lini ke 2 disebut *swich*

Contoh: substitusi : AZT+3TC+NVP → AZT+3TC+EFZ

TDF+3TC+NVP

Swich : AZT+3TC+EFZ → TDF+FTC+Aluvia

## e. Kriteria untuk Terapi ARV

- HIV positif (tes HIV *diagnostic*)
- CD4 < 350 dengan atau tanpa Infeksi Oportunistik
- Tes *Viral load HIV* bila dimungkinkan
- Stadium 3 dan 4 tanpa melihat CD4
- Ibu hamil dengan HIV positif

- HIV ko-infeksi Hepatitis

Tes CD4 tidak hanya digunakan untuk memulai awal terapi juga sebagai bagian dari tes untuk *follow up* efektifitas pengobatan

### **Monitoring Terapi ARV**

Terapi ARV membutuhkan *monitoring* minimal yang bervariasi tergantung pada ARV yang digunakan, tetapi sebagai persyaratan minimum, maka harus memungkinkan untuk memeriksa FBC, Hb, dan ALT, jumlah CD4 dan *viral load* yang berguna (kriteria untuk memulai pengobatan dan untuk pindah lini), tetapi tidak diperlukan.

Berdasarkan *review* yang dilakukan oleh WHO ditemukan bahwa semua modalitas terapi berpotensi untuk mengurangi transmisi HIV dan ataupun Hepatitis dan juga mempunyai peranan dalam program pencegahan transmisi HIV dan ataupun Hepatitis. Cara masuknya pemberian terapi antiretroviral pada pengguna narkoba suntik:

- a. Pada saat pengguna narkoba suntik datang ke Rumah Sakit/ Puskesmas.
- b. Menyediakan terapi penyalahgunaan narkoba di Klinik AIDS, misal kombinasi terapi metadon dan ARV.
- c. Menyediakan terapi ARV pada fasilitas layanan penyalahgunaan narkoba.

Tiap seting di atas mempunyai kerugian dan keuntungan masing-masing misal, bagi mantan pengguna narkoba suntik merasa nyaman datang ke Klinik AIDS atau Rumah Sakit Umum, namun akan sulit bagi pengguna narkoba suntik yang masih aktif datang

ke Klinik AIDS atau program yang merekomendasikan terapi metadon bersama terapi ARV. Teknis dasar pada fase *withdrawal* dengan komorbiditas fisik:

- a. Asesmen riwayat penggunaan narkoba
- b. Lengkapi asesmen awal terkait dengan kemungkinan terinfeksi virus Hepatitis dan HIV, riwayat terapi antivirus dan atau terapi oportunistik lain seperti TBC dan kandidiasis (termasuk jenis obat yang dikonsumsi).
- c. Nilai derajat *withdrawal* opiat dengan menggunakan Skala Penilaian Putus Opioida.
- d. Tentukan terapi medis detoksifikasi yang akan diberikan pada pasien. Untuk tahap ini maka terapis harus:
  - Memahami terapi antiretroviral dan efek sampingnya.
  - Mengetahui interaksi antara ARV dengan metadon dan obat lain yang digunakan pada terapi penyakit yang sering menyertai pengguna narkotika suntik.
  - Mempelajari kasus-kasus, cara menegakkan diagnosis dan mengobati pengguna narkotika suntik dengan ARV.

#### **Beberapa interaksi metadon dengan ARV:**

- a. Konsentrasi AZT meningkat sampai 40% bila diberikan bersamaan dengan metadon.
- b. Konsentrasi d4T menurun sampai 60% bila bersamaan dengan metadon.
- c. Pemberian NVP memerlukan kenaikan dosis metadon 50%-100%.

- d. EFV dan *Ritonavir* dapat menurunkan konsentrasi metadon.

**Interaksi metadon lainnya:**

- a. Terapi *karbamazepin* dan *rifampicin* memerlukan kenaikan dosis metadon sampai 50%.
- b. Dengan *bufrenorfin* tidak jelas menimbulkan interaksi dengan ZDV ataupun EFV.

Pada pasien dengan hepatitis kronik reaksi hepatotoksik dapat terjadi pada pemberian AZT, d4T, NVP dan EFV, ddl

**Lakukan strategi pendampingan, mencakup:**

- a. Berikan informasi yang cukup pada pasien dan pencegahan efek samping.
- b. Monitor secara cermat efek samping obat.
- c. Penyesuaian medikasi bila diperlukan.
- d. Bagi pengguna narkoba yang sudah abstinen à ingatkan keluarga/ dan pendukungnya bila terjadi relaps (kambuh)
- e. Yakinkan pasien dalam metadon bahwa dosis yang diberikan sudah tepat dan pemberian terapi komorbid tidak menimbulkan reaksi putus zat.
- f. Berikan keyakinan pasien untuk dapat berkonsultasi terkait dengan terapinya.
- g. Dukung pasien untuk selalu datang pada waktu yang teratur dan dapat membuat rencana bila terjadi perubahan jadwal rutin.

#### 4.2.2. Tuberkulosis (TB)

Tuberkulosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium tuberculosis*) menyerang paru-paru, tetapi juga dapat mengenai organ tubuh lainnya. Penggunaan narkotika dikaitkan dengan peningkatan jumlah penderita TB dan infeksi TB.

##### a. Cara penularan:

- Sumber penularan adalah pasien TB BTA Positif
- Pada waktu batuk atau bersin, pasien menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak (*droplet nuclei*). Sekali batuk dapat menghasilkan 300 percikan dahak.
- Umumnya penularan terjadi dalam ruangan dimana percikan dahak berada dalam waktu yang lama. Ventilasi dapat mengurangi jumlah percikan, sedangkan sinar matahari langsung dapat membunuh kuman. Percikan bisa bertahan selama beberapa jam dalam keadaan yang gelap dan lembab.
- Daya penularan seorang pasien ditentukan oleh banyaknya kuman yang dikeluarkan dari parunya. Makin tinggi derajat kepositifan hasil pemeriksaan dahak, makin menular pasien tersebut.
- Faktor yang menentukan seseorang terpa jan kuman TB ditentukan oleh konsentrasi percikan dalam udara dan lamanya menghirup udara tersebut.

##### b. Manifestasi Klinik

TB paru adalah bentuk yang paling sering ditemukan dan

merupakan sumber utama penularan. Gejalanya berupa batuk berdahak selama lebih 2-3 minggu atau lebih. Batuk dapat diikuti dengan gejala tambahan yaitu dahak bercampur darah, batuk darah, sesak napas, badan lemas, napsu makan menurun, BB menurun, *malaise*, berkeringat malam hari tanpa melakukan kegiatan fisik, demam meriang lebih dari satu bulan. Sesuai bronkiektasis, bronkitis kronis, asma, kanker paru, dan lain-lain. Mengingat prevalensi TB di Indonesia masih sangat tinggi, maka setiap orang dengan gejala tersebut di atas dianggap sebagai seorang tersangka pasien TB.

### c. **Diagnosis**

Diagnosis TB ditegakkan berdasarkan evaluasi klinis dan ditemukannya bakteri tahan asam

### d. **Prinsip pengobatan**

- OAT harus diberikan dalam kombinasi beberapa jenis obat, dalam jumlah cukup dan dosis tepat sesuai dengan kategori pengobatan. Jangan menggunakan OAT tunggal. Pemakaian OAT-Kombinasi Dosis Tetap (OAT-KDT) lebih menguntungkan, dan sangat dianjurkan.
- Untuk menjamin kepatuhan pasien menelan obat dilakukan pengawasan langsung (DOT: *Directly Observed Treatment*) oleh seorang pengawas obat (PMO).
- Pengobatan TB diberikan dalam 2 tahap, yaitu tahap awal (intensif) dan lanjutan.

### **Tahap awal (intensif):**

- Pasien mendapatkan obat setiap hari dan perlu diawasi secara langsung untuk mencegah terjadinya resistensi obat.
- Bila pengobatan secara intensif tersebut diberikan secara tepat, biasanya pasien menular menjadi tidak menular dalam waktu 2 minggu.
- Sebagian besar pasien TB BTA positif menjadi BTA negatif (konversi) dalam 2 bulan.

### **Tahap lanjutan:**

- Pada tahap lanjutan, pasien mendapat obat lebih sedikit, namun dalam jangka waktu lebih lama.
- Mencegah terjadinya kekambuhan.

### **Panduan OAT yang digunakan oleh Program Nasional Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia**

- Kategori 1 : 2HRZE/4(HR)3
- Kategori 2 : 2RHZW/(RHZE) 5(H3)R3E3
- Kategori 3 : 2RHZ/4H3R3
- Disamping kedua kategori ini disediakan pula paduan OAT Sisipan: HRZE dan OAT anak: 2 HRZ/4HR.

### **Panduan OAT dan peruntukannya :**

- Kategori 1
  - Pasien baru TB paru BTA positif
  - Pasien TB paru BTA negatif, foto toraks positif

- Pasien TB ekstra paru
- Kategori 2
  - Pasien kambuh
  - Pasien gagal
  - Pasien dengan pengobatan setelah putus berobat
  - OAT sisipan (HRZE)

Panduan OAT ini diberikan kepada pasien BTA positif yang pada akhir pengobatan intensif masih tetap BTA positif.

#### 4.2.3. Hepatitis C Virus

Hepatitis C adalah penyakit hati yang disebabkan virus hepatitis C (HCV). Penyakit ini disebarkan melalui darah yang terinfeksi HCV. HCV mudah menular bila pengguna narkoba memakai peralatan suntiknya bergantian. Lebih dari 90 persen pengguna narkoba suntikan terinfeksi HCV. Hepatitis C juga dapat disebarkan melalui hubungan seks. HCV lebih mudah ditularkan dibanding HIV melalui darah yang tercemar.

Di Indonesia, ada kurang lebih 40 kali lebih banyak orang HCV positif dibanding HIV positif. Kita bisa terinfeksi HCV dan tidak menyadarinya. 15-30 % orang memberantas HCV dari tubuhnya tanpa pengobatan. 70-85 % lainnya mengembangkan infeksi kronis, dan virus ini bermukim dalam tubuhnya kecuali bila berhasil diobati. HCV mungkin tidak menyebabkan masalah selama kurang lebih sepuluh tahun atau bahkan jauh lebih lama, tetapi HCV dapat mengakibatkan kerusakan hati parah yang menyebabkan gagal hati.

### a. Diagnosis Hepatitis C Virus

Diagnosis HCV adalah melalui pemeriksaan tes antibodi (HCV) dan tes fungsi hati. Nilai SGPT dan SGOT yang tinggi menjadi petunjuk adanya kerusakan hati. Bahkan bila hasil tes fungsi hati normal, HCV mungkin sudah mulai merusak hati. Jika sudah terinfeksi HIV, sebaiknya dites HCV, terutama jika pernah memakai peralatan suntik narkoba secara bergantian.

### b. Penatalaksanaan HCV :

- Pengobatan pilihan adalah dengan memberikan antiviral terapi kombinasi antara *Interferon-Ribavirin*
- Terapi tersebut kontra indikasi untuk pasien yang mempunyai kecenderungan gangguan jantung koroner dan penggunaan interferon juga dapat mengeksaserbasi penyakit autoimun seperti Tiroiditis, kurang lebih 20% pasien mengalami gangguan *tiroid* lebih buruk.
- Perlu dilakukan pemeriksaan *Liver Function Test* (LFT) setiap 6 bulan.
- Mengulangi pemeriksaan HCV-RNA apabila ada kenaikan hasil pemeriksaan LFT yang sangat bermakna.

## 4.3 Diagnosis dan Penatalaksanaan Komorbiditas Psikiatrik

### 4.3.1 Komorbiditas pada Gangguan Penggunaan Narkotika

#### 4.3.1.1 Alkohol dan Gangguan Mood

Seringkali berhubungan dengan gejala gangguan depresi, depresi biasanya timbul setelah beberapa minggu *abstinen/* berhenti dari alkohol. Gangguan *Bipolar* juga cukup banyak dan *relaps* seringkali terjadi pada saat *Episode Manik*.

#### 4.3.1.2 Alkohol dan Psikosis

- a. Masalah penggunaan alkohol sangat terkait dengan meningkatnya risiko terjadinya halusinasi dan waham sebagai gangguan psikotik.
- b. Penggunaan alkohol diantara penderita *skizofrenia* memberikan kontribusi dalam ketidakpatuhan dalam pengobatan, meningkatkan gejala-gejala, meningkatnya problem medik dan aneka gangguan perilaku.

#### 4.3.1.3 Kanabis/ Ganja dan Psikosis

- a. Pengalaman yang paling sering pada pengguna kanabis adalah gejala psikotik ringan seperti; *Paranoia*.
- b. Kanabis dapat menginduksi terjadinya episode psikotik setelah beberapa hari setelah gejala intoksikasi menurun.
- c. Kanabis dapat **mempresipitasi gangguan *skizofrenia*** pada individu yang mempunyai faktor predisposisi gangguan ini.

#### 4.3.1.4 *Opioid* dan Gangguan Kesehatan Jiwa

Laju gangguan jiwa pada pengguna opioid sangat tinggi, khususnya terkait dengan gangguan depresi, fobia sosial dan gangguan cemas lain.

#### 4.3.1.5 Stimulan dan Gangguan Kesehatan Jiwa

- a. Kondisi intoksikasi stimulan akan menimbulkan beberapa gejala psikotik, beberapa hari sampai beberapa minggu setelah periode intoksikasi.
- b. Kadangkala kondisi menyerupai *skizofrenia* kronik dapat timbul setelah penggunaan amfetamin kronik yang berat.

### 4.3.2 Komorbiditas pada Kesehatan Mental

#### 4.3.2.1 Gangguan Cemas dan Penggunaan Narkoba

- a. Individu dengan penggunaan alkohol akan mempunyai risiko tinggi untuk menderita gangguan cemas, dan gangguan cemas juga dapat timbul sebagai bagian dari sindroma penggunaan alkohol.
- b. Gangguan panik dan fobia sosial merupakan gangguan yang paling sering pada pasien ketergantungan alkohol.
- c. Menurunkan jumlah penggunaan alkohol akan mengoptimalkan pengobatan gangguan cemas pasien.
- d. Pertimbangkan penyalahgunaan *benzodiazepine* pada pengobatan gangguan cemas, apabila :

- gejala-gejala masih menetap meskipun sudah dalam pengobatan.
- pasien menolak untuk mendapatkan intervensi dan terapi
- tetap menggunakan *benzodiazepine* untuk mengatasi setiap situasi yang memprovokasi timbulnya gangguan cemas.

#### 4.3.2.2 Gangguan Kepribadian dan Penggunaan Narkotika

- a. Gangguan kepribadian yang paling banyak berkaitan adalah gangguan kepribadian antisosial.
- b. Gangguan kepribadian lain yang banyak terkait antara lain; *Histrionik*, *Borderline*, *Narsisistik*, *Avoidant*, dan *Obsesive Compulsive*.

#### 4.3.2.3 Gangguan Psikotik dan Penggunaan Narkotika

- a. Pasien dengan gangguan psikotik akan meningkatkan tindak kekerasan, tidak memiliki rumah (tunawisma), psikosis yang memburuk, pemulihan penggunaan narkotika akan berjalan dengan lambat dan *relaps* tinggi.
- b. Penggunaan alkohol dan kanabis dengan gangguan psikotik kronis tiga sampai lima kali lebih tinggi akan menjadi ketergantungan narkotika.
- c. Kanabis akan menginduksi gejala psikotik akut bila digunakan dalam dosis tinggi tetapi **tidak menimbulkan gangguan psikotik kronis**. Kanabis dapat menjadi faktor presipitasi pada individu yang mempunyai kerentanan untuk psikotik dan

akan mengeksaserbasi gejala-gejala psikotik yang sudah ada.

- d. Stimulan dan halusinogen lebih disukai pasien gangguan psikotik, tetapi zat tersebut akan mengeksaserbasi gejala-gejala psikotik yang ada.

#### **4.3.2.4 Bunuh Diri dengan Penggunaan Narkotika**

- a. Bunuh diri lebih disebabkan karena kondisi penggunaan zat yang memburuk dan tidak menemukan jalan keluar untuk *abstinen*.
- b. Memburuknya mood akibat psikosis yang diderita pasien.

#### **Penatalaksanaan :**

- a. Pendekatan terintegrasi dalam suatu layanan yang dilakukan oleh terapis yang mempunyai ketrampilan dan pengetahuan pada kedua area (penyalahgunaan narkotika dan kesehatan mental) akan lebih efektif dan dapat diterima.
- b. Tidak ada pendekatan konfrontatif, diperlukan penatalaksanaan yang asertif dan sukarela.

#### **Prinsip-prinsip Perawatan**

- a. Keamanan baik bagi petugas maupun pasien
- b. Stabilisasi, untuk pasien dengan kondisi intoksikasi, putus zat, gejala-gejala psikotik, krisis psikosial, gejala-gejala kecemasan atau depresi berat.

- c. Asesmen komprehensif, sangat penting dan dilakukan selama dalam perawatan.
- d. Manajemen kasus klinis, umumnya diinisiasi oleh tim kesehatan jiwa tetapi membutuhkan koordinasi dan kesinambungan perawatan selanjutnya.
- e. Pengobatan yang terintegrasi, melibatkan terapis yang mempunyai keterampilan dalam area kesehatan jiwa dan gangguan penggunaan napza.

**Prevalensi Gangguan psikiatrik pada pengguna narkotika adalah sebagai berikut:**

Skizofrenia	47,0 %
Gangguan cemas	14,7 %
Gangguan Panik	35,8 %
Gangguan obsesif kompulsif	32,8 %
Gangguan Afektif	32,0 %
Gangguan bipolar	60,7 %

#### 4.3.3 Terapi Gangguan Diagnosis Ganda

Prinsip terapi program terapi gangguan diagnosis ganda adalah ditangani secara bersamaan oleh satu tim, satu lokasi dalam satu periode waktu. Hal ini untuk mencegah adanya kesenjangan dalam pemberian pelayanan, dan untuk meyakinkan bahwa ke dua gangguan telah diterapi secara efektif. Langkah awal terapi diagnosis ganda (*duo diagnosis*) adalah detoksifikasi dan stabilisasi gejala psikiatrik dilakukan secara bersamaan.

#### 4.3.3.1 Skizofrenia

##### a. Manifestasi Klinik

- Ada perubahan perilaku menarik diri,
- Agresif, marah-marah.
- Ide dan kepercayaan, pikiran yang tidak dapat dimengerti oleh orang lain.

##### b. Kriteria diagnosis (DSM IV)

##### c. Gejala-gejala di bawah ini telah berlangsung selama 6 bulan

- Waham
- Halusinasi (pendengaran, penglihatan, rasa, raba, dan penciuman).
- Disorganisasi pembicaraan (asosiasi longgar, inkoherens).
- Disorganisasi perilaku.
- Gejala negatif (afek tumpul).

##### d. Psikofarmaka

- Bila gelisah dan ngamuk: pilih salah satu.
  - Injeksi Anti Psikotik generasi pertama:  
Injeksi *Haloperidol* 5 mg dan *Diazepam* 5 mg. Bisa diulang sampai dosis maksimal *Haloperidol* 25 mg per hari.

- *Olanzapin* 10 mg bisa dinaikkan secara bertahap sampai dosis maksimal 20 - 30 mg/ hari.
- Terapi antipsikotik oral pilih salah satu:
  - *Haloperidol*: 2 x 5 mg/ hari.
  - *Risperidone*: 2 x 2 mg / hari dinaikkan secara bertahap sampai dosis maksimal.
  - *Olanzapin*: dosis awal 10 - 20 mg (dalam dosis terbagi) dinaikkan secara bertahap sampai dosis 40 mg per hari.
  - *Quetiapine*: dosis awal 200 - 800 mg, dinaikkan secara bertahap sampai mencapai dosis maksimum 950 mg / hari.
  - *Aripiprazole*: dosis awal 10 - 20 mg (dalam dosis terbagi) dinaikkan secara bertahap sampai dosis maksimal 30 mg per hari.
- Bila tidak bisa tidur berikan *clozapin* 1 x 25 - 50 mg perhari.

#### 4.3.3.2 Gangguan Suasana Perasaan

Suasana alam perasaan bervariasi dari normal, menurun, ataupun meningkat, dan individu dapat mengontrol suasana alam perasaannya. Pasien dengan *mood* yang meningkat menunjukkan *expansiveness*, *flight of ideas*, kebutuhan tidur berkurang, peningkatan *self esteem* dan adanya ide-ide kebesaran. Pasien dengan *mood* terdepresi mengalami kehilangan minat dan energi, perasaan

bersalah, sulit berkonsentrasi, kehilangan napsu makan, ide-ide kematian dan bunuh diri.

#### 4.3.3.3 Gangguan Afektif Bipolar

##### a. Manifestasi Klinis

- Ditandai dengan sekurangnya ada 2 episode berulang, yang satu ditandai dengan peningkatan *mood*, energi dan aktivitas yang jelas terganggu (episode manik atau hipomanik) dan episode penurunan *mood*, energi, aktivitas (depresi) dengan masa remisi sempurna di antaranya.
- Episode manik mulai dengan tiba-tiba, berlangsung antara 2 minggu sampai 4 - 5 bulan.
- Episode depresi berlangsung lebih lama, rata-rata 6 bulan.

##### b. Farmakoterapi

###### • Gangguan Bipolar I

Ada beberapa pilihan terapi, antara lain

- Lithium Karbonat: 2 x 400 mg
- Asam Valproate 2: x 250 mg
- Carbamazepin 2: x 200 mg
- Quetiapine 2: x 300 mg
- Berikan antipsikotik bila ada ciri psikotik

- **Gangguan Bipolar II**

Farmakoterapi pada gangguan bipolar II harus diberikan secara hati-hati. Pemberian anti depresan pada episode depresi bisa mencetuskan timbulnya episode hipomanik.

- Prinsip pemberian *mood stabilizer* sama dengan bipolar I
- Pemberian Antidepresan, hati-hati dimulai dengan dosis kecil

#### **4.3.3.4 Depresi Mayor**

- a. *Fluoxetin*: 1 x 20 mg
- b. *Sertraline*: 1 x 50 mg
- c. *Venlafaxine*: 1 x 75 – 150 mg
- d. *Duloksetin*: 1 x 30 – 60 mg
- e. *Escitalopram*: 1 x 10 -20 mg

#### **4.3.3.5 Gangguan Ansietas Fobik**

Gangguan ansietas fobik adalah gangguan ansietas yang dicetuskan secara predominan hanya oleh situasi atau objek yang jelas (dari luar individu) yang sebenarnya secara umum tidak berbahaya.

Terdiri dari:

- a. *Agorafobia* (tanpa atau dengan serangan fobia)
- b. Fobia sosial

#### **4.3.3.6 Manifestasi Klinis Agorafobia (tanpa atau dengan serangan panik)**

##### **a. Anamnesis:**

- Takut terhadap ruangan terbuka, orang banyak
- Takut meninggalkan rumah
- Takut bepergian sendiri (takut pergi belanja, takut ke tempat ramai).

##### **b. Pedoman Diagnostik**

- Gejala psikologis ataupun otonomik yang timbul harus merupakan manifestasi primer dari ansietas.
- Diperansietas yang timbul harus terbatas pada (terutama terjadi dalam) sekurangnya dua dari situasi berikut: banyak orang, tempat-tempat umum bepergian ke luar rumah dan bepergian sendiri.
- Menghindari situasi fobik harus atau sudah merupakan gambaran yang menonjol.

#### **4.3.3.7 Manifestasi Klinis Fobia Sosial**

##### **a. Anamnesis:**

- Rasa takut diperhatikan oleh orang lain dalam kelompok yang relatif kecil (makan atau berbicara di tempat umum, situasi sosial di keluarga).
- Muntah di tempat umum

## **b. Pedoman Diagnostik**

- Gejala-gejala psikologis, perilaku atau otonomik harus merupakan manifestasi primer dari ansietas dan bukan sekunder dari gejala lain seperti waham atau pikiran obsesif.
- Ansietas hanya terbatas atau menonjol pada situasi sosial tertentu saja.
- Penghindaran dari situasi fobik harus merupakan gambaran yang menonjol.

## **c. Psikofarmaka**

- *Benzodiazepin* dosis kecil, misalnya *Clobazam* 2 x 5 mg
- *Monoamin Oksidase Inhibitor* misalnya *Meclobemide* 2 x 150 mg

### **4.3.3.8 Gangguan Obsesif Kompulsif**

Adanya pikiran obsesif dan atau tindakan kompulsif yang berulang. Merupakan gangguan ansietas yang paling sulit dilakukan terapi dan kadang tidak responsif terhadap terapi.

#### **Manifestasi Klinis**

##### **a. Anamnesis**

Adanya pikiran obsesional yang berulang dan tindakan ritual kompulsif yang disadari oleh individu bukan merupakan bagian dari dirinya dan dirasakan amat mengganggu.

## **b. Pemeriksaan**

Terdapat pikiran obsesional yang mengganggu, biasanya berupa hal-hal yang bersifat kekerasan, menjijikkan atau yang tidak berarti, yang berusaha ditinggalkan tetapi gagal. Disertai tindakan ritual yang kompulsif yang stereotipik yang diulang-ulang. Biasanya pasien menyadari tindakan tersebut tidak bertujuan dan tidak bermanfaat, dan berusaha untuk menentang.

## **c. Kriteria Diagnostik**

### **Ciri-ciri gejala obsesional:**

- Dikenali atau disadari sebagai pikiran atau impuls yang berasal dari diri sendiri.
- Sedikitnya satu pikiran atau tindakan yang masih tidak berhasil dilawan oleh pasien.
- Pikiran untuk melaksanakan tindakan tersebut bukan merupakan hal yang memberi kepuasan atau kesenangan (sekedar perasaan lega dari ketegangan atau ansietas tidak dianggap sebagai kesenangan seperti maksud diatas).
- Pikiran, bayangan atau impuls tersebut harus merupakan pengulangan yang tidak menyenangkan.

#### d. Psikofarmaka

- SSRI (*Selective Serotonin Reuptake Inhibitor*), antara lain:
  - *Sertraline*: dosis awal 2 x 12,5 - 25 mg, lalu 2 x 50 mg
  - *Fluvoxamine*: dosis awal 25 mg lalu 2x (50 -100) mg
  - *Fluoxetine*: dosis awal 10 mg lalu 2x10 mg
- Derivat Trisiklik

Antipsikotik dosis kecil dapat ditambahkan bila gejala berat

## BAB V

### INTERVENSI NON FARMAKOLOGIK

#### 5.1. Overview tentang Intervensi Non Farmakologik

Banyak penelitian yang membuktikan bahwa intervensi non farmakologik atau adanya akses untuk mendapatkan konseling bagi penyalah guna narkotika, dapat memberikan kontribusi yang penting dalam hal mengajak pasien untuk berpartisipasi dalam program pengobatan dan memberikan hasil terapi yang positif. Dampak positif dari intervensi ini dimana pada program yang makin banyak frekuensi konselingnya, dan adanya kelompok bantu diri akan berhubungan dengan menurunnya kemungkinan *relaps* dalam enam bulan ke depan.

#### **Bentuk-bentuk intervensi non farmakologik antara lain:**

1. Konseling berorientasi bebas zat/ *abstinens* dengan setting rawat jalan.
2. Psikoterapi kognitif spesifik/ wawancara motivasi/ terapi berfokus pada solusi.
3. Pendekatan kognitif-perilaku.
4. Pendekatan 12 langkah.
5. Kelompok bantu diri.
6. Nilai-nilai kehidupan.
7. Intervensi krisis/ ketrampilan coping/ pelatihan pencegahan *relaps*.
8. Pendekatan berbasis masyarakat terintegrasi dan terapi keluarga.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa program konseling yang menekankan ketrampilan *interpersonal*, bentuk kerja yang terorganisir, bertemu klien dengan frekuensi yang lebih sering, proses rujukan bila klien memerlukan dan adanya hubungan terapeutik dengan klien akan mencapai hasil yang lebih baik.

### **5.1.1. Terapi Kognitif-Perilaku/ *Cognitif Behavior Therapy (CBT)*.**

Terapi kognitif perilaku terutama pencegahan *relapse* adalah salah satu bentuk intervensi yang banyak dilakukan pada pasien pengguna narkotika (Carrol, 1996), dalam reviewnya menyatakan bahwa pencegahan *relapse* akan lebih efektif dibandingkan dengan tidak ada pengobatan apapun dan mempunyai efektifitas yang sama seperti penanganan psikoterapi lainnya. Proyek MATCH 1997, juga menemukan bahwa tiga bentuk intervensi yaitu terapi kognitif perilaku, wawancara motivasi dan fasilitasi 12 langkah mempunyai efektifitas yang hampir sama. Meskipun demikian, ada suatu pandangan meta analisa dari beberapa penelitian yang menunjukkan adanya perbedaan efektivitas CBT pada jenis narkotika yang berbeda. Mereka menemukan bahwa pencegahan *relapse* akan sangat efektif terhadap penyalah guna alkohol dan pengguna poli zat dan dikombinasikan dengan medikasi pendukung, dan hal ini sejajar juga efektivitasnya pada terapi kelompok atau individual.

Tabel Di bawah ini merupakan laporan publikasi Perdana Menteri ANCD (*Australian National Council on Drugs*) tahun 2001 yang menggambarkan kekuatan hasil CBT pada tiga zat psikoaktif yang utama.

Zat	Pendekatan	Efektivitas
Opiat	CBT	Sedang dan bertahan lama
Psikostimulan	CBT	Sedang ke tinggi dan bertahan lama
Kanabis	CBT	Sedang ke tinggi

CBT banyak digunakan pada klien penyalah guna narkotika karena adanya *fleksibilitas* pertemuan klien yang dapat disesuaikan dengan kebutuhan klien. CBT juga dapat diterima baik oleh klien karena melibatkan klien pada rencana dan tujuan terapi.

### 5.1.2. Terapi Berfokus Solusi

Meskipun banyak kepustakaan yang menjelaskan mekanisme terapi berfokus solusi ini, tetapi masih sedikit kontrol penelitian yang dilakukan terkait dengan jenis zatnya. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa terapi berfokus solusi dapat menjadi intervensi yang efektif terkait dengan faktor emosional dan masalah perilaku (de Shazer, 1991).

### 5.1.3. Terapi Realitas

Wubbolding, pakar di bidangnya menggambarkan terapi realitas digunakan secara luas sebagai modalitas terapi dan media pendidikan. Dia menggambarkan situasi tahun 1981 dalam Departemen Pertahanan Amerika, lebih 90% atau lebih dari 200 Klinik tentara yang mengobati penyalahgunaan narkotika menggunakan terapi realitas sebagai pendekatan terapi. Yang berikutnya adalah survei dari negara bagian Arkansas, dimana 90% program pengobatan penyalahgunaan narkotika menggunakan terapi kelompok yang diikuti model terapi realitas. Para

konselor individu memberikan ranking lebih tinggi pada model 12 langkah dibandingkan terapi realitas (Wubbolding, 2000).

Dapat disimpulkan masih terbatas penelitian terbaru terkait dengan efektivitas terapi realitas, termasuk pada klien dalam pengobatan penyalahgunaan narkotika. Perlu adanya penelitian lebih lanjut sebagai dasar terapi ini.

#### **5.1.4. Analisa Transaksional**

Meskipun penggunaan analisa transaksional sudah meliputi sektor yang lebih luas, tetapi hanya sedikit penelitian baru yang menilai efektivitasnya dalam pengobatan penyalahgunaan alkohol dan narkotika. Dengan demikian perlu adanya penelitian lebih lanjut yang dapat menjadi dasar dalam program pengobatan narkotika.

#### **5.1.5. Terapi yang melibatkan keluarga**

Keterlibatan keluarga dalam pengobatan penyalahgunaan narkotika sudah menjadi fokus utama dari berbagai penelitian internasional, padahal sangat sedikit penelitian yang terkait keterlibatan keluarga dalam program terapi (NH&MRC, 2001). Terdapat beberapa literatur yang menggambarkan dukungan keluarga memberikan efek positif pada perilaku minum (Mc.Crady, 1989). Dan juga beberapa bukti yang menunjukkan hasil lebih baik dibandingkan tanpa terapi apapun (*National Drug Strategy Monograph Series No 20*, 1993) dan memperkuat motivasi untuk masuk dalam pengobatan (Edwards & Steinglass, 1995).

Keterlibatan keluarga, yang relatif baru dalam terapi merupakan jawaban atas kebutuhan keluarga/ teman/

pendamping klien (baik dewasa dan remaja) dalam masalah penyalahgunaan narkotika dan pilihan terapi. Berdasarkan *National Drug Strategic Framework* sampai dengan (*Commonwealth Government of Australia, 1998*) menyimpulkan bahwa peranan keluarga jelas penting dalam intervensi terapi.

Data laporan *The Role of Families in the Development, Facilitation, Prevention, and Treatment of Illicit Drug Problems* (Mitchell, et al., 2001), menjelaskan hasil penelitian yang melibatkan keluarga dan zat-zat ilegal. Laporan ini menjelaskan kesulitan mengungkapkan faktor penyebab dari penyalahgunaan narkotika dan menekankan tidak ada hanya satu faktor atau faktor risiko yang secara nyata menimbulkan penyalahgunaan narkotika. Selain itu juga terdapat bagian yang menjelaskan keterlibatan keluarga dalam program terapi yang mendukung kestabilan klien dalam program dan memberikan keluaran yang efektif bagi klien.

### **5.1.6. Intervensi Konseling Kelompok**

Efektivitas terapi kelompok pada pengobatan penyalahgunaan narkotika belum diteliti secara luas. Kebanyakan penelitian menilai efektivitas konseling individu atau kelompok dibandingkan melakukan penilaian perbandingan efektivitas antara konseling kelompok dengan konseling individu. Penelitian Gotteil, E., et al., 1998 ataupun Weinstein A., et al., 1997, menemukan tidak ada perbedaan bermakna antara program individu dan kelompok dengan menggunakan CBT dibandingkan program kelompok yang menggunakan gaya pendekatan konseling yang lain. Sementara ada penelitian yang mengindikasikan peningkatan

keluaran dalam program kelompok dibandingkan program individu (Mc.Kay,J.,et al., 1997).

## 5.2. Petunjuk Teknis

### 5.2.1. Konseling Adiksi

Seorang konselor untuk klien dengan gangguan penggunaan narkotika harus mempunyai kompetensi tertentu meliputi pengetahuan (*knowledge*), keterampilan (*skill*), maupun sikap (*attitude*). Tujuan konseling adalah membantu klien untuk lebih memahami cara mengekspresikan perasaannya, cara berpikirnya serta persepsi tentang diri dan lingkungannya, sehingga klien diharapkan menjadi lebih mampu mengatasi masalah yang dihadapi secara lebih efisien dan efektif serta lebih adaptif.

**Konselor adiksi harus mempunyai landasan sebagai berikut:**

1. Memahami adiksi (gangguan penggunaan narkotika).
2. Pengetahuan tentang terapi.
3. Penerapan dalam praktek.
4. Kesiapan professional.

**Untuk memiliki keempat landasan tersebut, seorang konselor harus menguasai:**

1. Evaluasi klinis.
2. Rencana terapi.
3. Rujukan.
4. Edukasi terhadap klien, keluarga, dan masyarakat.

5. Dokumentasi.
6. Koordinasi layanan.
7. Tanggung jawab profesional dan etika.
8. Konseling.

### **Proses konseling ini sendiri meliputi:**

1. Fasilitasi keterlibatan klien.

Seorang konselor dapat memfasilitasi keterlibatan klien melalui empati, ketulusan, kesegeraan, kehangatan dan menghargai.

2. Strategi yang dipilih untuk menciptakan suasana yang positif untuk melakukan eksplorasi dan perubahan.

Pemahaman terhadap sikap dan perubahan yang dapat dialami oleh klien perlu dimiliki oleh konselor. Prochaska & DiClemente, mengemukakan adanya tahapan perubahan perilaku, yang menekankan bahwa perubahan perilaku adalah sebuah proses, yang akan berbeda pada tiap individu untuk kesiapannya berubah.

### **Terdapat enam tahapan yaitu:**

1. *Pre-contemplation*

Dimana klien tidak berpikir serius berubah dan tidak tertarik dengan intervensi apapun. Klien pada tahap ini cenderung untuk mempertahankan penggunaan zatnya dan merasa bahwa saat ini ia dalam suatu masalah.

## 2. *Contemplation*

Klien sudah berpikir serius tentang menghentikan penggunaan zatnya di waktu mendatang. Pada tahap ini dia mulai berpikir adanya konsekuensi akibat penggunaan zatnya dan merasa bahwa penggunaan zatnya adalah suatu masalah, namun demikian masih cenderung untuk bersikap *ambivalen*.

## 3. *Determination/preparation*

Pada tahapan ini klien sudah membuat keputusan untuk *stop* menggunakan zat dan mulai mengambil langkah untuk siap melakukan perubahan dengan benar-benar tidak menggunakan zat lagi. Motivasi untuk berhenti tergambar seperti pernyataan berikut ini: "Saya harus melakukan sesuatu...hal ini adalah serius". "Sesuatu harus diubah. Apa yang harus saya lakukan?"

## 4. *Action*

Pada tahapan ini, klien sudah secara nyata melakukan berbagai cara untuk dapat menghentikan penggunaan zatnya. Berapa lama klien akan berada pada tahapan ini adalah bervariasi, tapi umumnya akan berakhir sampai 6 bulan. Mereka mencoba berbagai upaya dan memerlukan dukungan dari sekitar dan mempunyai risiko yang tinggi untuk *relaps*.

## 5. *Maintenance*

Merupakan tahapan akhir dimana klien dapat melewati semua tantangan ataupun godaan kembali menggunakan zat. Pada tahap ini klien sudah mampu untuk mengantisipasi situasi yang memungkinkan terjadinya

*relaps* dan menyiapkan strategi koping. Jadi, meskipun ada kemungkinan *relaps* namun klien selalu belajar dari kondisi *relaps* tersebut agar tidak terulang lagi.

#### 6. *Relapse*

Kondisi *relaps* adalah kejadian normal yang mungkin terjadi selama dalam proses untuk berhenti. Hal ini penting bagi pengguna zat untuk memahami *relaps* tersebut dan membuat rencana atau mekanisme koping bila muncul kondisi yang sama atau mirip.

### Tugas Konselor Berdasarkan Tahapan Perubahan Pada Klien

Tahapan Perubahan	Tugas Konselor Adiksi
<i>Pre-contemplation</i>	Gali keraguan yang ada - tingkatkan persepsi klien tentang risiko dan masalah yang terkait dengan perilaku penggunaan zatnya.
<i>Contemplation</i>	Buat daftar keseimbangan - tekankan alasan untuk berubah dan risiko bila tidak berubah; perkuat kepercayaan diri klien akan kemampuannya untuk dapat melakukan perubahan atas penggunaan zatnya.
<i>Determination</i>	Bantu klien untuk menentukan atau memilih cara terbaik yang harus ditempuh untuk dapat melakukan perubahan.
<i>Action</i>	Bantu klien dalam melakukan langkah-langkah perubahan.
<i>Maintenance</i>	Dampingi klien untuk mengidentifikasi, dan menggunakan strategi pencegahan relaps.
<i>Relapse</i>	Bantu klien untuk memulai lagi tahapan proses <i>contemplation</i> , <i>determination</i> dan <i>action</i> , tanpa menjadi berhenti/ terhambat/ merasa bersalah karena kondisi <i>relaps</i> .

### 5.2.2. Wawancara Motivasi :

Wawancara motivasi sudah dikembangkan untuk membantu klinisi bekerja dengan kliennya, dan memerlukan ketrampilan klinis dan konseling dasar. Wawancara motivasi terutama diperlukan pada tahap *pre-contemplation* atau *contemplation*, tapi dapat juga digunakan pada klien yang menunjukkan sikap *ambivalen*. Wawancara motivasi yang efektif mencakup lima langkah strategi yang menuntut klinisi untuk:

1. Membina *rappor*.
2. Menggali aspek positif dan negatif dari penggunaan zat.
3. Menerima adanya ambivalensi dan motivasi.
4. Mengenali dan berespons terhadap resistensi.
5. Menyimpulkan dan menentukan langkah-langkah selanjutnya.

#### **Langkah 1: Membina *Rappor***

Kontak awal bertujuan untuk membina *rappor* antara klien dan klinisi, dan klinisi harus:

1. Menjelaskan pelayanan terapi dan dirinya sendiri.
2. Memperbesar kemungkinan untuk mengajak klien ikut dalam proses dan bertahan dalam terapi.
3. Jalur komunikasi dan mengurangi kecemasan klien. Idealnya seluruh perjanjian, kontak dan assesmen dilakukan oleh klinisi yang sama.
4. Hilangkan keraguan tentang proses terapi.

5. Memberikan gambaran tentang intervensi yang akan dilakukan dan beri kesempatan klien untuk mengetahui lebih mendalam.
6. Mengetahui harapan klien terhadap intervensi terapinya, sehingga dapat menekankan manfaat intervensi tersebut.
7. Berikan informasi tentang pendekatan terapi yang lain.

### **Langkah 2: Menggali Aspek Positif dan Negatif dari Penggunaan Zat**

Wawancara motivasi berfokus pada pemikiran bahwa seseorang sudah termotivasi untuk berubah, tetapi tidak selalu pada jalan yang selalu sama dengan yang lama. Pemahaman akan motivasi klien untuk tidak berubah sama pentingnya dengan pemahaman keinginan klien untuk berubah.

#### **Strategi hal-hal baik dan hal-hal kurang baik**

1. Bertujuan untuk menggali perasaan klien tentang penggunaan zatnya, tanpa memaksakan suatu asumsi bahwa penggunaannya adalah suatu problem.
2. Suatu eksplorasi akan mengarah pada beberapa tujuan
3. Untuk mengekspresikan empati terhadap posisi klien
  - a. Merupakan cara yang bermanfaat untuk melakukan assesmen perubahan perilaku dan derajat ambivalensi klien
  - b. Memfasilitasi refleksi klien dan sumber-sumber yang berpengaruh

4. Klinisi dapat bertanya:
  - a. Apa yang mungkin merupakan hal-hal yang baik bila melakukan perubahan perilaku?
  - b. Apa yang mungkin merupakan hal-hal kurang baik bila melakukan perubahan perilaku?
5. Beberapa tehnik dalam melakukan strategi ini :
  - a. Bantu membangun *rapport*.
  - b. Bermanfaat pada klien yang kurang perhatian untuk penggunaan zatnya.
  - c. Mengurangi resistensi karena hal ini dimulai dengan hal-hal yang positif dari penggunaan zatnya dan diskusikan tentang “hal-hal kurang baik”, dibandingkan hal yang diperhatikan atau problem.
  - d. Biarkan klien mengidentifikasi masalahnya tanpa merasa bahwa hal-hal tersebut sudah dicap mempunyai masalah.
  - e. Bantu untuk mengkaji kesiapan untuk berubah dan isu-isu lain dalam kehidupan klien.

### **Langkah 3: Mengelola Adanya Ambivalensi dan Motivasi**

Untuk seorang klinisi perlu menggali efikasi diri klien, mereka harus memahami tentang ambivalen dan motivasi.

#### **Ambivalensi**

*Ambivalen* adalah suatu perasaan bimbang antara ingin dan tidak ingin berubah, yang dapat menyebabkan seseorang menjadi tidak mampu untuk berubah, atau menjadi ‘*stuck*’.

Seorang klinisi harus memperhatikan faktor-faktor di bawah ini yaitu:

1. *Ambivalen* adalah normal dan dapat memiliki suatu kekuatan.
2. Sikap *ambivalen* terkadang menimbulkan kondisi tidak ada perubahan, meskipun sudah diambil keputusan untuk melakukan perubahan, atau bahkan setelah ada suatu perubahan sebelumnya.
3. Bekerja dengan sikap *ambivalen* klien, dibandingkan dengan menghindar atau menyangkal sikap ini, dapat menjadi suatu kunci bagi klien untuk tetap menjalankan proses perubahan.
4. Perubahan adalah suatu proses, bukan hanya satu periode; intervensi yang berbeda akan diperlukan pada tiap tahapan perubahan.

### **Motivasi**

Motivasi bukanlah suatu bentuk yang statis, dan ini dapat berubah dalam hitungan menit, hari, atau minggu. Cara klien untuk hadir pada suatu pertemuan adalah suatu kejadian motivasi klien itu pada waktu tersebut. Demikian juga, dengan tiap kehadirannya adalah hal yang penting untuk membuktikan agenda klien, dan untuk meng-ases dan asesmen ulang derajat motivasinya.

### **Teknik yang dapat dipakai klinisi dalam mengelola ambivalensi:**

1. Menggunakan instrumen pada saat bekerja dengan klien yang bersikap *ambivalen* mengenai penggunaan zatnya.

2. Dengan mencatat jawaban klien di atas kertas dan secara hati-hati menggunakan kata-kata atau kalimat klien dibandingkan dengan melakukan *paraphrase*, klien akan merasakan skema pemikirannya tentang penggunaan zatnya. Mulailah dengan menanyakan:
  - Apa yang membuat anda menyukai melakukan 'X' ?  
Juga buat pertanyaan ke mereka.
  - Dan hal-hal apa yang kurang baik tentang 'X' ?
3. Minta klien untuk menjawab dalam bentuk skoring 1 sampai dengan 10 dan buat catatannya.

Hal-hal baik	Skor	Hal-hal kurang baik	Skor
Merasa nyaman	6	Mahal	3
Bantu saya untuk lupa	4	Illegal	9
Pulih dari keterpurukan	9	Berbahaya	9
		Tidak memperdulikan keluarga	9

Untuk beberapa klien dapat lebih bermanfaat bila dimasukkan hal-hal yang mencakup masa depan dan menilai setiap imbalan/ hadiah atau masalah terhadap setiap keputusan terkait dengan penggunaan zatnya.

- a. Bila melihat ke masa mendatang, bila Anda ingin memutuskan untuk berubah maka imbalan hadiah apa yang dapat anda peroleh?
- b. Jika Anda sedang berupaya untuk berubah, hal-hal apa yang dapat menghambat atau menimbulkan masalah?

Perubahan positif	Skor	Perubahan negatif	Skor
Memperoleh keluarga kembali	9	Kehilangan beberapa sahabat	4
Tidak ada masalah hukum	8	Merasa bosan menjadi orang bodoh	9
Bahaya berkurang	9		

Hal penting dari respons klien untuk berubah juga harus digali untuk dapat membantu klien mempertimbangkan apa yang sebenarnya dia ingin lakukan.

4. Hal-hal yang harus diingat oleh klinisi:
  - a. Penggunaan keterampilan mikro; pertanyaan terbuka, mendengar aktif, dan menyimpulkan dengan strategi.
  - b. Iring dengan prinsip wawancara motivasi dalam strategi
  - d. Paparkan isu-isu yang bermunculan dan catat hal-hal yang baik dan yang kurang baik terhadap isu-isu tersebut.
  - e. Hindari penggunaan kata-kata '*problem*' kecuali klien yang menggunakannya. Jangan berasumsi bahwa hal-hal yang kurang baik adalah suatu problem.

### **Penggunaan Penggaris Kepentingan dan Kepercayaan**

Pada edisi ke duanya, Wawancara Motivasi; menyiapkan orang untuk berubah, Miller & Rollnick menyarankan menggunakan penggaris kepentingan dan kepercayaan (Miller & Rollnick, 2002).

Penggaris Kepentingan		
0 -----10		
Tidak penting sama sekali	penting	sangat penting

Berikan pertanyaan untuk membedakan mengapa tidak nilai rendah? Atau mungkinkah nilai ini ditingkatkan?

Ulangi pertanyaan dengan menggunakan penggaris kepercayaan diri

Penggaris Kepercayaan Diri		
0 -----10		
Tidak penting sama sekali	penting	sangat penting

Cara ini dapat membantu klinisi untuk membangun kesenjangan antara perilaku klien saat ini dan hal apa yang sangat penting buat klien serta bagaimana kepercayaan diri klien untuk mengubahnya.

#### **Langkah 4: Mengenal dan Merespons Terhadap Resistensi**

Tujuan dari wawancara motivasi adalah menghindari bertahannya kondisi resistensi. Penyangkalan bukanlah hal yang aneh dari klien, kondisi ini dapat muncul pada saat interaksi klien dan konselor, dapat karena gaya konselor melakukan konseling. Perubahan gaya konseling dari konselor dapat mengubah resistensi klien.

### **Terdapat 4 kategori resistensi:**

1. Berdebat
2. Menginterupsi (mengambil alih pembicaraan, memotong cerita klien).
3. Menyangkal (menyalahkan, tidak menyetujui, pesimis, tidak ada keinginan berubah).
4. Meniadakan (tidak memberikan perhatian, tidak menjawab, tidak menanggapi, mengubah arah pembicaraan).

### **Bila muncul resistensi, teknik konselor adalah:**

1. Menekankan pilihan atau keinginan klien sendiri dan kontrol
2. Refleksi sederhana (memberikan penjelasan sederhana tentang ketidaksetujuan klien, emosi atau persepsi dapat mengarah pada eksplorasi masalah).
3. Refleksi dua sisi (memberikan penjelasan tentang yang sudah diucapkan klien dan menambahkannya pada sisi lain ambivalensinya).
4. Mengubah fokus wawancara
5. *Reframing* (termasuk menjelaskan kembali kebenaran yang dipikirkan/ observasi klien, namun dapat menimbulkan interpretasi yang baru).

### **Langkah 5: Menyimpulkan dan Menentukan Langkah-Langkah Selanjutnya**

Langkah akhir adalah menyimpulkan semua hal yang sudah didiskusikan, termasuk aspek positif dan negatif penggunaan zat, derajat *ambivalen* yang ditunjukkan oleh klien, dan derajat motivasi klien pada saat itu. Untuk menyimpulkan kesempatan-

kesempatan dalam melakukan perubahan, klinisi harus:

1. Menyediakan informasi lanjut yang melancarkan klien melakukan perubahan.
2. Merujuk klien ke pelayanan/ klinisi lain untuk meningkatkan kemajuan perubahan.
3. Buat perjanjian baru untuk melanjutkan intervensi terhadap klien.

### **5.2.3. Terapi Kognitif dan Perilaku/ *Cognitive Behavior Therapy* (CBT)**

Asesmen awal dimulai pada sesi pertama, tetapi dapat saja terjadi dua atau tiga kali sesi awal dari satu paket delapan atau dua belas sesi terapi, dan terus berlanjut selama terapi.

#### **Tujuan dari CBT termasuk:**

1. Formulasi masalah dalam kognitif dan perilaku.
2. Edukasi klien tentang pendekatan kognitif-perilaku.
3. Inisiasi proses terapi-asesmen sendiri merupakan bagian dari proses terapi.

#### **Asesmen dapat termasuk:**

1. Wawancara (klinis) perilaku.
2. *Monitoring* dan laporan diri (kuesioner, dll).
3. Laporan kolateral (orang tua, pasangan, saudara sekandung).
4. Observasi langsung (bermain peran).
5. Pengukuran neuropsikologis.

Tanpa adanya asesmen menyeluruh CBT tidak dapat berproses dan terkesan cenderung gagal (Rotgers, 1996). Rumusan yang penting dalam membangun kerjasama dengan klien adalah:

**Rumusan kognitif-perilaku yang umum mencakup tujuh area yaitu:**

1. Kedatangan:
  - a. Mengapa pasien datang pada saat ini?
  - b. Apa alasan yang mendasari klien datang ke terapi?
  - c. Bagaimana cara klien datang?
  - d. Apa masalah yang tampak saat ini?
2. Pola:
  - a. Apakah pola dari masalah klien saat ini?
  - b. Apakah gejala yang muncul adalah akibat mekanisme koping yang gagal?
  - c. Apakah gejala-gejala tersebut terkait dengan komunikasi?
3. Faktor Predisposisi:
  - a. Apakah faktor fisik atau psikologis memperbesar keparahan masalah klien, misal: riwayat genetik, riwayat keluarga, trauma awal pengalaman masa kecil.
  - b. Faktor presipitasi: Apakah faktor-faktor yang memicu *problem*? misal: reaksi terhadap stimulus zat, perubahan mood.
  - c. Faktor penguatan :
    - Apakah yang membuat problem tetap ada?

- Mengapa problem tidak menghilang secara alamiah? misal: kerjasama dengan *partner*.
- d. Faktor protektif: apa yang mendukung klien untuk tetap mempertahankan mekanisme kopingnya? Dukungan apa yang dapat diperoleh klien selama terapi? Misal: dukungan keluarga/ sosial yang baik.
- e. *Prognosis*: apakah yang mungkin terjadi pada klien dengan dan tanpa terapi?

**Beberapa teknik perilaku yang sering dipergunakan sebagai bagian dari CBT :**

1. Relaksasi.
2. Keterampilan menolak dan bersikap tegas.
3. Identifikasi situasi berisiko tinggi dan bagaimana untuk menghadapi/ menghindarinya.
4. Meningkatkan aktivitas yang menyenangkan dan tidak berhubungan dengan penggunaan narkoba.
5. Keterampilan perilaku untuk mengatasi perasaan negatif.
6. Terapi berdasarkan pengalaman.

**Berikut ini adalah beberapa teknik kognitif yang sering dipergunakan dalam CBT program:**

1. Identifikasi dan modifikasi dari pikiran-pikiran otomatis.
2. Identifikasi dan modifikasi dari inti kepercayaan/ keyakinan.
3. Identifikasi dan modifikasi dari harapan-harapan.

4. Identifikasi dan modifikasi dari kepercayaan kemampuan diri.
5. Pemecahan masalah dan rencana.
6. Uji perilaku (dirancang untuk menguji pemikiran yang salah atau gagal dalam situasi sebenarnya).

#### **Sesi-Sesi dalam CBT :**

1. Terapi secara terstruktur, kolaboratif dan mengarah pada tujuan/ solusi.
2. Biasanya terdiri atas 3 sesi, biasanya mengacu pada 20/20/20 karena kebanyakan lama tiap sesi adalah 20 menit.

#### **Sesi 1:**

- a. Susun agenda untuk sesi.
- b. Tinjau ulang sesi terakhir (penyegaran, masalah, kekhawatiran, keluhan).
- c. Minggu terakhir (berbagai *problem*, berbagai kesuksesan).
- d. Pekerjaan rumah (*problem*, kesuksesan, kekhawatiran).

#### **Sesi 2:**

Fokus pada target yang spesifik untuk sesi ini setelah sesi pertama maka terapis sudah menyusun rencana terapi. Sesi awal biasanya dimulai dengan strategi perilaku untuk mengurangi keluhan, setelah itu fokus pada pengenalan masalah, memberikan respons dan mengubah pola pikir yang tidak benar dengan menggunakan teknik

pendekatan kognitif dan perilaku untuk masa perubahan yang panjang.

### **Sesi 3:**

- a. Latihan ketrampilan atau target spesifik selama sesi ini
- b. Menyimpulkan dan mengulas sesi; buat kewajiban pekerjaan rumah.

Pada kenyataannya, terapi akan jarang seperti doktrin di atas, dengan adanya negosiasi antara klien dan konselor sering muncul kondisi yang tumpang tindih antara tiap sesi. Pekerjaan rumah adalah ketrampilan praktis yang penting dalam proses CBT dan merupakan contoh pendekatan yang terstruktur dalam terapi ini. Klien akan berharap untuk dapat melatih keterampilannya dalam tiap sesi.

### **Ada beberapa alasan klien tidak melakukan pekerjaan rumahnya yaitu:**

1. Tugas yang diberikan terlalu berat atau tidak sesuai dikerjakan dalam kegiatan harian klien.
2. Klien tidak mengerti tugas yang diberikan latihan selama sesi akan membantu.
3. Tugas yang diberikan terlalu sulit buat mereka melakukan perubahan.

Ketika klien tidak menyelesaikan tugasnya, penting buat terapis untuk mengeksplorasi hambatan dan mencari jalan keluarnya. Latihan diluar sesi dapat dipertimbangkan sebagai salah satu jalan keluar yang terbaik.

#### 5.2.4 Melibatkan Keluarga dalam Terapi

Pendekatan keluarga dirancang untuk mendukung keluarga melalui beberapa cara, termasuk edukasi dan dukungan dan mempertimbangkan dampak penggunaan narkotika pada keluarga dan teman. Banyak data penelitian yang mengungkapkan bahwa sering keluarga merasa diabaikan dan tidak mendapat dukungan tenaga kesehatan dan layanan terapi ketergantungan narkotika. Bentuk dukungan yang diharapkan mencakup informasi/ edukasi, saran/ petunjuk, konseling dan kelompok dukungan.

##### **Latihan ketrampilan yang melibatkan keluarga menggambarkan pelayanan yang:**

1. Menilai pentingnya keterlibatan keluarga.
2. Mengikutsertakan keluarga dalam lingkup pekerjaan klien meskipun fokus utama intervensi mungkin pada individu tertentu dalam keluarga tersebut.
3. Fokus pada beberapa hal yang bervariasi dimana keluarga bisa terlibat dalam kehidupan klien.
4. Memberi penguatan keluarga untuk memanfaatkan pengalaman dan sumber-sumber yang berasal dari keluarga itu sendiri.
5. Membangun hubungan kerjasama dengan melakukan pendekatan dalam menyelesaikan segala kesulitan atau hambatan.

##### **Model Intervensi**

Keluarga dapat berpartisipasi dalam bentuk grup atau dapat menerima konseling individu. Dengan menjadi bagian dari grup bersama keluarga klien lain yang juga menggunakan narkotika maka akan terjadi proses membagi pengalaman dan melakukan

pendekatan untuk bekerja lebih efektif dengan anggota keluarga tersebut. Kerugian pendekatan ini adalah keluarga yang terlibat mungkin tidak memiliki pengalaman, demikian juga ada keluarga yang merasa malu dalam sesi ini dan keberatan untuk membagi pengalaman tersebut. Tugas seorang konselor untuk mengatasi situasi ini adalah mendampingi keluarga dalam menggali solusi yang mungkin dikerjakan, dan menyiapkan informasi tentang penggunaan narkotika dan penanganannya.

### **Memfasilitasi Kelompok Dukungan**

Sesi dalam kelompok dukungan dapat memberikan informasi dan pendidikan kepada keluarga pengguna dan dapat memperbaiki komunikasi antara klien dan keluarganya.

#### **Tujuan dari program ini adalah:**

1. Menurunkan *stress*, *ansietas*, dan perasaan bersalah pada keluarga terhadap masalah ketergantungan anaknya.
2. Meningkatkan kemampuan keluarga dalam memberikan respons pada klien.
3. Meningkatkan hubungan komunikasi dan strategi negosiasi.
4. Meningkatkan kepedulian klien tentang makna hubungan kekeluargaan dalam perkembangan klien.
5. Untuk memastikan pendekatan yang konsisten telah dilakukan pasangannya.
6. Bila memungkinkan, beri saran pada keluarga untuk tetap mendukung klien tetap stabil yang akan mengurangi konsekuensi dampak buruk.

### **Tugas konselor adalah :**

- 1 Memperkenalkan partisipan dengan yang lainnya dan apa yang akan dibahas pada sesi tersebut dan apa yang diharapkan keluarga.
- 2 Beri informasi tentang narkotika termasuk tentang intoksikasi dan efek putus zat.
- 3 Diskusi derajat penggunaan narkotikanya dan mengurangi dampak buruk.
- 4 Memahami dinamika keluarga.
- 5 Memiliki ketrampilan komunikasi dan negosiasi.
- 6 Beri saran pada seluruh partisipan tentang dukungan yang mungkin diberikan oleh keluarga.
- 7 Beri informasi tentang sistem terapi dan jenis-jenis layanannya
- 8 Menjelaskan tentang perawatan diri.
- 9 Membuat evaluasi dan tinjau ulang.

### **Terdapat tiga teori mayor yang ditegaskan dalam terapi keluarga yaitu:**

1. Teori sistem-sistem keluarga yang mengatakan bahwa perilaku klien paling baik dipahami dengan mempelajari karakteristik sistem dalam keluarga dimana klien tinggal. Pendekatan yang dilakukan adalah untuk mengubah karakteristik keluarga ini dengan:
  - a. Dapat masuk dan mempengaruhi sistem dalam keluarga tersebut

- b. Masuk dalam hubungan antara anggota keluarga yang terbentuk dari karakteristik keluarga yang disfungsi dan *problem* perilaku klien.
- c. Memastikan karakteristik keluarga yang baru untuk dapat berinteraksi dengan perilaku klien yang baru.

Terapi keluarga disarankan untuk klien yang menunjukkan secara jelas bahwa penggunaan narkotika pada klien dipengaruhi oleh perilaku anggota keluarga ataupun komunikasi antara mereka.

## 2. Terapi Perilaku Keluarga

Terapi perilaku menggunakan teori pembelajaran sosial untuk mengkonsep penggunaan narkotika dan fungsi keluarga. Model ini menekankan interaksi antara klien dan anggota keluarga yang lain dalam menetapkan perilaku disfungsi yang berulang. Terapi perilaku keluarga berfokus pada faktor terkini yang menstabilkan penggunaan keluarga, bukan faktor riwayat. Teori ini juga menyatakan bahwa perubahan yang terjadi pada klien tergantung pada perubahan orang tua ataupun keluarga. Hal ini berarti orang tua ataupun keluarga akan berupaya untuk mempelajari perilaku yang baru, seperti cara berkomunikasi, pemecahan masalah, manajemen orangtua dan manajemen diri.

## 3. Terapi Keluarga Multidimensi untuk Klien Dewasa

Merupakan terapi keluarga berbasis terapi penyalahgunaan narkotika dengan setting rawat jalan. Terapi mencakup sesi individu dan keluarga yang diselenggarakan di klinik, di rumah, atau dengan anggota keluarga di lingkungan keluarga, sekolah, atau lokasi komunitas yang lain. Selama sesi individual, konselor dan klien dewasa bekerja pada pengembangan tugas penting, seperti pengembangan pengambilan keputusan, negosiasi dan keterampilan pemecahan masalah. Kaum remaja memerlukan

keampilan dalam mengutarakan apa yang ada dalam pikirannya dan mencoba merasa lebih nyaman dengan *stressor* (tekanan) kehidupannya, dan ketrampilan vokasional. Adanya sesi paralel yang diselenggarakan dengan anggota keluarga. Orangtua menilai gaya mengajar mereka sebagai orang tua, belajar untuk membedakan pengaruh dari kontrol dan memberi nilai positif dan pengaruh ke anak-anak mereka yang terus berlanjut (*SuccessWorks*, 2000).

#### 5.2.5. Program Bantu Diri

Jaringan program bantu diri meluas di seluruh dunia. Program ini bersifat informal dan mudah diakses, dan mencakup level tinggi dukungan yang saling menguntungkan, kontak sosial dan memahami antara anggota kelompok. *Alcoholics Anonymous (AA)* adalah bentuk kelompok bantu diri yang banyak dikenal dan filosofi utama dari AA telah menjadi stimulus untuk munculnya kelompok lain seperti *Narcotics Anonymous (NA)*; *NarAnon*, yang merupakan bentuk untuk pasangan, keluarga dan teman pengguna; *Family Anonymous* dan *Gamblers Anonymous*.

AA tidak terikat dengan suatu agama, sekte agama, paham politik ataupun institusi tertentu. Mereka mengadakan pertemuan biasanya sekali seminggu. Pertemuan bisa bersifat tertutup yaitu hanya bagi anggota atau terbuka dengan mengundang pembicara dari luar. Pertemuan dapat dilakukan di tempat-tempat umum dan tiap anggota boleh hadir sesering mungkin yang mereka inginkan. Program bantu diri berfokus pada tujuan untuk *abstinen* (bebas zat).

Kebanyakan tiap pertemuan memberi kesempatan dalam forum bagi tiap klien mengutarakan pengalaman mereka dan juga masalah

kehidupan yang mereka alami yang berkaitan dengan proses penyembuhan atau hambatan dalam penyembuhan, misal tentang memaafkan, kemarahan dan penghinaan. Anggota yang kambuh minum alkohol tidak dipersalahkan namun diberi dukungan dalam berjuang melepaskan diri dari minum alkohol. Tidak ada direktur yang menjadi ketua AA, sedangkan pimpinan pertemuan dilakukan secara bergilir. Tidak ada anggota AA yang menjadi juru bicara AA dan tidak ada promosi AA melalui iklan. Seluruh program bantu diri adalah anonim dan tiap anggota tidak diperkenankan untuk memberikan identifikasi diri di hadapan publik.

#### **Dua belas langkah adalah:**

1. Akulah ketidakberdayaan atas ketergantungan/ kecanduan.
2. Percaya bahwa *Power* lebih besar dari dirinya sendiri dapat mengembalikan kewarasan.
3. Membuat keputusan untuk gilirannya akan anda dan hidup anda ke perawatan Tuhan, seperti yang anda memahaminya.
4. Membuat inventaris moral mencari dan tak kenal takut diri.
5. Akulah kepada Tuhan, diri sendiri, dan orang lain menjadi tempat sifat kesalahan anda.
6. Menjadi Tuhan bersedia untuk menghapus semua cacat ini dari karakter anda.
7. Dengan rendah hati meminta Tuhan untuk menghapus kekurangan.
8. Buatlah daftar semua orang yang dirugikan oleh kesalahan anda dan menjadi bersedia untuk menebus kesalahan kepada mereka semua.

9. Membuat maaf langsung kepada orang-orang seperti itu, jika memungkinkan kecuali bila melakukannya akan melukai mereka atau orang lain.
10. Lanjutkan melakukan inventarisasi pribadi dan segera mengakui setiap kesalahan masa depan.
11. Berusahalah untuk meningkatkan kontak dengan Tuhan individu pemahaman melalui meditasi dan doa.
12. Bawalah pesan kebangkitan spiritual kepada orang lain dan praktek prinsip-prinsip ini dalam semua urusan Anda.

**Hal-hal yang diperhatikan dalam menyelenggarakan program 12 langkah yaitu :**

1. Fasilitator sudah memiliki pengalaman konseling dan atau pelatihan. Implementasi yang diperlukan adalah:
  - a. Kemampuan untuk tetap fokus
  - b. Pertahankan struktur tiap sesi
  - c. Dan ajak untuk konfrontasi yang membangun
2. Fasilitator memiliki kemampuan untuk memahami:
  - a. Keterampilan terapeutik yang berpusat pada klien
  - b. Hal-hal positif tanpa syarat apapun
  - c. Keterampilan mendengar aktif yang baik
  - d. Kombinasi antara mampu bekerja baik dengan menggunakan filosofi 12 langkah dan kepraktisan untuk tetap aktif dalam persekutuan kelompok 12 langkah ini.

3. Fasilitator atau konselor akan membantu klien:
  - a. Mengkaji penggunaan alkohol atau narkotikanya dan memberikan saran untuk *stop (abstinen)*.
  - b. Menjelaskan dasar konsep 12 langkah (misal: penyerahan diri, penerimaan diri dan aksi)
  - c. Memberi saran dan dukungan secara aktif dan memfasilitasi keterlibatan awal dalam kelompok bantu diri.
  - d. Memberikan saran dan diskusi spesifik dari membaca kepustakaan AA.
  - e. Bantu klien untuk memanfaatkan anggota AA sebagai sumber dukungan pada saat krisis dan merayakan tahap tenang.
  - f. Ciptakan sesi yang membantu klien mengkaji secara kritis kemajuannya selama program.
4. Perilaku konselor yang harus dihindari:
  - a. Menciptakan sesi dengan klien dalam fase intoksikasi.
  - b. Menghadiri pertemuan bersama klien.
  - c. Bersikap seperti seorang sponsor.
  - d. Melakukan balas dendam karena klien tidak mematuhi aturan.
  - e. Memberi saran untuk mengontrol pola minum ataupun penggunaan obat lain.
  - f. Biarkan terapi sampai membahas masalah-masalah kolateral, seperti pernikahan atau konflik dalam pekerjaan.

### 5.3. Program Detoksifikasi dalam Masyarakat

#### 5.3.1. Upaya Masyarakat Mengatasi Sindroma Putus Zat

Program berbasis komunitas ini umumnya dimiliki oleh perseorangan atau suatu yayasan dan umumnya mengarah pada program rehabilitasi. Khusus untuk program ini ada dua pendekatan utama, pertama adalah yang berorientasi pada *Therapeutic Community (TC)*/ 12 Langkah dan yang berorientasi pada keagamaan/ spiritual.

*Therapeutic Community (TC)* adalah program rehabilitasi terstruktur yang termasuk sebagai kelompok bantu diri (*self-help group*). TC tidak melihat terapi korban penyalah guna sebagai proses yang bersifat satu arah dari staf yang terlatih kepada klien, tetapi lebih melihat terapi sebagai suatu proses yang timbul dari adanya pembauran total pada semua orang yang terlibat, baik staf maupun klien, dengan aturan, struktur dan intervensi terapeutik yang disepakati bersama diantara para anggotanya. Pendekatan TC menggunakan komunitas program sebagai metode untuk merubah perilaku pecandu (De Leon, 2000).

#### 5.3.2. Link Program Detoksifikasi Antara Pusat Layanan dengan Masyarakat

Layanan detoksifikasi tersedia pada 11 dari 13 provinsi yang disurvei, dimana sebagian besar berbasis Rumah Sakit atau Klinik Kesehatan dan sebagian kecil berbasis komunitas (LSM). Salah satu rehabilitasi berbasis keagamaan (Inabah XIII) menyatakan bekerjasama dengan puskesmas setempat bilamana ada kebutuhan penatalaksanaan medik bagi pasien-pasiennya. Untuk mengatur lembaga-lembaga tersebut perlu ditetapkan *stakeholder* proses perijinan dan pemantauan kegiatan terapi dan rehabilitasi (T&R) yang lebih jelas.

Keputusan Menteri Kesehatan No. 996/MENKES/2002 menetapkan adanya kewajiban bagi tiap-tiap lembaga penyelenggara program terapi dan rehabilitasi narkoba untuk memperoleh perijinannya dari Dinas Kesehatan setempat, dengan pertimbangan sudut pandang bahwa gangguan penggunaan narkoba adalah suatu penyakit oleh sebab itu perlu ditangani oleh petugas kesehatan. Sementara itu kebijakan yang lain menyebutkan bahwa perijinan bagi panti rehabilitasi sosial milik swasta/ masyarakat harus diperoleh dari Dinas Sosial setempat.

Permasalahannya, perkembangan pasien narkoba saat ini banyak yang mengalami gangguan mental dan atau gangguan fisik terkait dengan HIV/AIDS, hepatitis serta penyakit komplikasi lainnya. Tidak bisa dipungkiri pentingnya kerjasama antara profesi kesehatan yang diatur oleh Kementerian Kesehatan dengan profesi pekerja sosial, pembimbing agama maupun konselor adiksi. Koordinasi antar pemangku kepentingan terkait yaitu Kementerian Kesehatan (Kemenkes), Kementerian Sosial (Kemensos), serta Kementerian Agama (Kemenag) dalam hal penyelenggaraan program terapi dan rehabilitasi beserta perangkat pendekatan yang digunakannya adalah amat penting.

Sistem pencatatan dan pelaporan pasien narkoba sebagaimana perizinan, tampaknya perlu diorganisir lebih seksama oleh *focal point* pemerintah yang paling relevan. Persoalan bahwa beberapa tempat terapi dan rehabilitasi berbasis komunitas dan sejauh ini nampaknya menjadi wewenang Kemensos, tentu membutuhkan sistem terpadu dengan tempat terapi dan rehabilitasi berbasis rumah sakit/ puskesmas yang menjadi wewenang Kemenkes. Jalur birokrasi pelaporan perlu dibicarakan dengan matang.

## **BAB VI**

### **MONITORING - EVALUASI DAN SISTIM RUJUKAN**

#### **6.1. Monitoring dan Evaluasi Program Detoksifikasi**

Monitoring program detoksifikasi tergantung pada di tempat mana pasien melakukan detoksifikasi. Bila detoksifikasi dilakukan unit rawat inap, maka monitoring dilakukan penuh selama 24 jam. Oleh karena itu, dokter umum harus memeriksa pasien dalam waktu 24 jam. Perawat harus ada untuk memonitor perkembangan pasien. Evaluasi hasil pengobatan dilakukan secara periodik dalam setiap fase/ tahapan pengobatan. Diperlukan pembentukan tim untuk mengevaluasi kemajuan setiap pasien yang terdiri dari berbagai profesi. Apabila evaluasi menunjukkan tidak adanya kemajuan pada pasien maka perlu ditinjau ulang program terapi selanjutnya agar diperoleh hasil yang optimal.

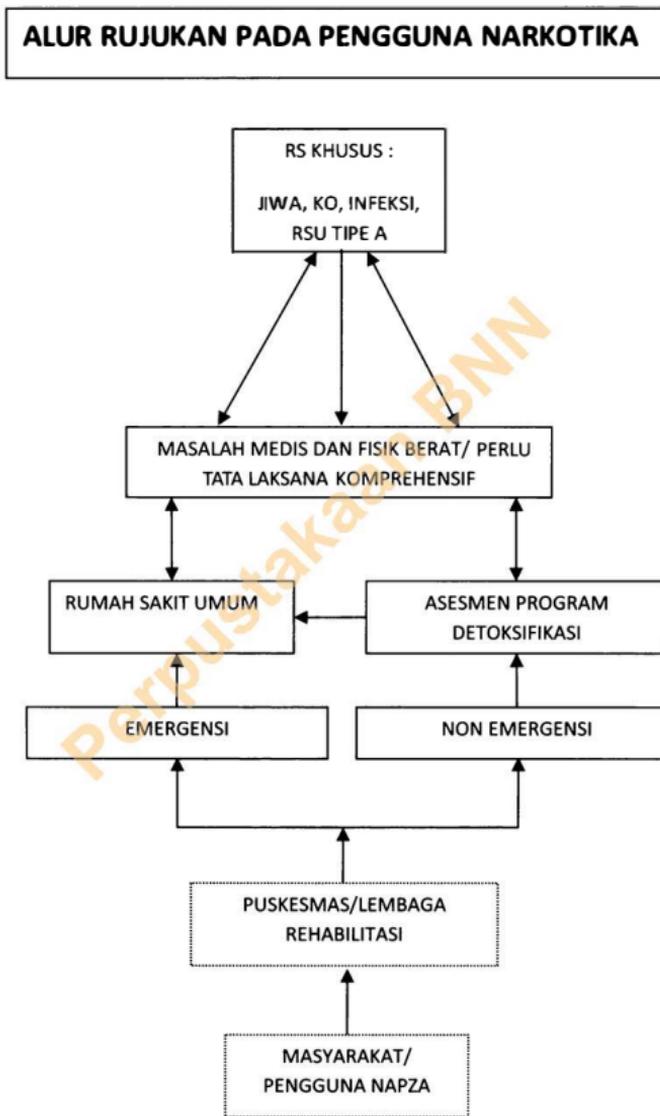
**Beberapa hal yang perlu dievaluasi untuk setiap pasien adalah:**

1. Kondisi fisik/ medis
2. Kondisi penggunaan zat
3. Masalah psikologis
4. Masalah keluarga
5. Masalah sosial
6. Masalah lain yang penting dan terakit dengan adiksi
7. Pengobatan dan intervensi sosial yang telah diberikan
8. Penilaian efektifitas program secara keseluruhan

## 6.2. Sistim Rujukan Kliien di Layanan Rehabilitasi

1. Pasien perlu dirujuk apabila terdapat kondisi klinis yang sulit di atasi baik secara fisik maupun psikiatris. Sistem rujukan untuk pengguna narkotika lebih kepada fasilitas yang tersedia di suatu layanan bukan karena pasien memerlukan tindakan atau intervensi yang lebih canggih. Sebagai contoh bilamana pasien dikirim oleh Puskesmas ke Rumah Sakit, pengiriman atau rujukan bukan untuk tindakan terapi terhadap narkotika tetapi karena ada *kondisi fisik lain* yang memerlukan sarana yang lebih lengkap misalnya karena ada penurunan kesadaran akibat gangguan mental organik sehingga memerlukan ruang intensif atau pemeriksaan penunjang lain yang tidak tersedia di Puskesmas atau RSU tipe C.
2. Dalam merujuk pasien yang perlu diperhatikan adalah rumah sakit yang kita jadikan rujukan memang menyediakan layanan untuk kasus narkotika karena kadangkala rumah sakit menolak bila mengetahui pasien yang dikirim adalah pengguna narkotika. Untuk itu setiap rumah sakit, puskesmas, lembaga rehabilitasi sebaiknya mempunyai informasi mengenai layanan kesehatan yang bersedia menerima pasien dengan penggunaan narkotika seperti misalnya rumah sakit jiwa.
3. Apabila pasien yang dirujuk sudah mendapatkan perawatan di RSU atau RSJ dan kondisi klinis sudah stabil maka RS yang menjadi rujukan dapat mengirim kembali ke rumah sakit atau lembaga rehabilitasi awal yang mengirim agar pengobatan bisa berlanjut. Dengan kata lain sistem rujukan ini dapat terjadi secara timbal balik.

### 6.3. Bagan Alur Rujukan



## BAB VII

### PENUTUP

Juklak dan Juknis Detoksifikasi disusun sebagai Petunjuk Pelaksanaan dan Petunjuk Teknis bagi tenaga medis, petugas kesehatan dan profesi lainnya yang bekerja pada fasilitas kesehatan, baik di Puskesmas, Rumah Sakit, Klinik Swasta maupun lembaga rehabilitasi berbasis medis, dalam memberikan pelayanan detoksifikasi yang berintegrasi dengan pelayanan lainnya yang dibutuhkan secara optimal sesuai standar agar klien dapat terbebas dari penyalahgunaan narkoba.

Juklak dan Juknis Detoksifikasi ini membahas Petunjuk Pelaksanaan pelayanan detoksifikasi dimana dibahas tentang pengertian dan prinsip detoksifikasi berintegrasi, diagnosa dan penatalaksanaan terapi farmakologi, penatalaksanaan komorbiditas psikis dan psikiatrik pada penyalah guna narkoba, intervensi non farmakologik, serta *monitoring*, evaluasi dan sistem rujukan.

Seiring berkembangnya metode detoksifikasi di masa yang akan datang, memungkinkan Juklak dan Juknis ini direvisi dan disempurnakan dengan masukan berbagai pihak yang kompeten. Semoga Juklak dan Juknis SBRT ini dapat dimanfaatkan sebaik mungkin.

## DAFTAR PUSTAKA

- Badan Narkotika Nasional Republik Indonesia, (2007), *Kumpulan hasil-hasil penelitian penyalahgunaan dan peredaran gelap Narkoba di Indonesia tahun 2003-2006*, Jakarta.
- Badan Narkotika Nasional, (Oktober, 2009), *Penelitian tentang Pasien Korban Penyalah Guna Narkoba di Tempat Terapi dan Rehabilitasi di 13 Propinsi di Indonesia*, Jakarta.
- Badan Narkotika Nasional, Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia, (2008), *Laporan survei penyalahgunaan Narkoba di Indonesia: Studi Kerugian Ekonomi dan Sosial akibat Narkoba*, Jakarta.
- Baker, Amanda and Velleman, Richard, (2007), *Clinical Handbook of Co-existing Mental Health and Drug and Alcohol Problems*, Routledge, New York.
- Departemen Kesehatan RI, (2008), *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- Harold, E, Doweiko, (2002), *Concept of Chemical Dependency*, Brooke/ Cole-Wadsworth Group, USA.
- Indonesia, Universitas, (2010), *Buku Ajar Psikiatri, Fakultas Kedokteran UI*, Badan Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, Jakarta.
- Kaplan & Sadock's, *Pocket Handbook of Clinical Psychiatry*, 4<sup>th</sup> edition, Lippincott Williams & Wilkins.
- Kementerian Kesehatan RI, (2010), *Tes dan Konseling HIV terintegrasi di Sarana Kesehatan/PITC, Pelatihan bagi Petugas Kesehatan*, Kementerian Kesehatan RI, Direktur Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Jakarta.

- L.S., Johnson, (2003), *Therapist's Guide to Substance Abuse Intervention*.
- M.A., Schuckit, (2000), *Drug and Alcohol Abuse A Clinical Guide to Diagnosis and Treatment*, Kluwer Academic, New York.
- Miller S, Norman & Steven S, Kipnis, (November, 2008), *U.S Department of Health and Human Services: Detoxification and Substance Abuse Treatment United Nations Office on Drugs and Crime*, Advanced Level Training Curriculum for Drug Counselor, Hanoi.
- National Center for Education and Training on Addiction (NCETA) Consortium, (2004), *A Handbook for Health Professionals*, Australian Government Department of Health and Ageing, Commonwealth of Australia.
- Sharon L, Johnson, (2004), *Therapist's Guide to Substance Abuse Intervention*, Academic Press, Elsevier Science, USA.
- U.S Departement of Health and Human Services, (2006), *Detoxification and Substance Abuse Treatment, A Treatment Improvement Protocol TIP 45*.
- U.S Departement of Health and Human Services, (2008), *Substance Abuse Treatment for Persons with Co-Occuring Disorders, TIP 42*.
- UNODC, (2008), *Treatnet Training Package Vo.A Modul 3*, Addiction Severity Index.
- WHO, (2008), *Pedoman Kebijakan Kolaborasi Layanan TB-HIV bagi Pengguna Napza Suntik dan Napza Lainnya; Pendekatan Terintegrasi*, WHO, UNODC, UNAIDS, Geneva.

Perpustakaan BNN

# LAMPIRAN

Perpustakaan BNN

**Addiction Severity Index 5<sup>th</sup> Edition  
UNODC Treatnet ASI Version 3.0**

**Thomas McLellan and Dani Carise  
Treatment Research Institute  
www.treasearch.org**

Versi Indonesia diterjemahkan oleh  
Tim Drug Dependence Hospital (RSKO) Jakarta

**Ingat : Ini adalah wawancara , bukan sebuah tes**

**Memperkenalkan ASI:**

- Semua klien menerima wawancara dengan **standar** yang sama.
- Tujuh area atau domain masalah potensial: Status Medis, Status Pekerjaan/Dukungan, Alkohol, Zat, Hukum/Legal, Keluarga/Sosial, dan Psikis/etik.
- Wawancara berlangsung sekitar 30-40 menit.
- Skala Rating Pasien:** Masukan dari pasien adalah penting. Untuk masing-masing area, saya akan meminta Anda menggunakan skala ini untuk memberitahu seberapa jauh Anda terganggu oleh masalah-masalah pada masing-masing area. Saya juga akan menanyakan seberapa penting terapi bagi Anda.  
Skala :  
0 - Tidak samasekali  
1 - Ringan  
2 - Sedang  
3 - Berat  
4 - Sangat Berat
- Semua informasi yang dikumpulkan bersifat rahasia.
- Akurasi** - Anda memiliki hak menolak untuk menjawab, jika Anda merasa tidak nyaman atau merasa terlalu pribadi atau menyakitkan untuk menjawab, katakan saja, "Saya ingin melewati pertanyaan tersebut." Lebih baik tidak dijawab daripada mendapatkan jawaban yang tidak akurat!
- Terdapat **dua periode waktu** yang akan kita diskusikan:  
1. 30 hari terakhir  
2. Sepanjang hidup

**INSTRUKSI UNTUK PEWAWANCARA:**

- Isilah semuanya, jangan biarkan kosong.
- Buatlah banyak komentar dalam bentuk catatan (jika orang lain membaca ASI ini, mereka dapat mempunyai gambaran yang relatif lengkap mengenai persepsi pasien terhadap masalahnya). Ketika memberi catatan, mohon menuliskan pula nomor pertanyaan. Periksa kembali dan klarifikasi!
- X = Pertanyaan tidak dijawab. Klien tidak bisa atau tidak mau menjawab.
- N = Pertanyaan tidak dapat diterapkan. Harus terdapat instruksi dalam item untuk menggunakan "N"
- Akhir wawancara jika pasien memberi keterangan yang tidak benar atau tidak dapat memahami setelah dua atau lebih sesi wawancara.
- Half Time Rule!  
Jika pertanyaan menanyakan jangka waktunya berapa bulan, bulatkan waktu 14 hari atau lebih menjadi 1 bulan. Bulatkan waktu 6 bulan atau lebih menjadi 1 tahun.
- Catatan klarifikasi pada ASI ditandai dengan "-".  
**Periksa, periksa kembali dan buatlah banyak catatan!**

**KLASIFIKASI PEKERJAAN MENURUT STANDAR INTERNASIONAL:**

- Anggota dewan legislatif, pejabat pemerintah-tugas utama berhubungan dengan kebijakan pemerintahan, hukum, regulasi, dan pengawasan implementasi.
- Professional - membutuhkan pengetahuan tingkat tinggi dalam bidang ilmu pengetahuan, atau ilmu sosial/kemanusiaan.
- Teknis/kumpulan tenaga profesional - membutuhkan pengetahuan teknis, pengalaman di lapangan berhubungan dengan ilmu fisika dan hayati, atau ilmu sosial/kemanusiaan.
- Juru tulis - melaksanakan tugas sekretariat prosedur surat menyurat dan pekerjaan juru tulis lainnya yang berorientasi pada pelanggan.
- Jasa servis dan penjualan - termasuk jasa travel, katering, sales toko, perawatan rumah, dan jasa ketertiban.
- Pekerja terlatih di bidang pertanian dan perikanan - termasuk peningkatan hasil panen, pembiakan atau perawatan binatang, penangkapan atau pembudidayaan ikan, dll.
- Keterampilan dan Perdagangan - tugas utama termasuk pem bangunan gedung dan bangunan lain, membuat aneka produk, termasuk kerajinan tangan.
- Operator alat dan mesin-tugas utama termasuk mengemudi kendaraan, mengoperasikan mesin, atau dan merakit produk.
- Pekerja kasar - termasuk pekerjaan sederhana dan rutin, seperti penjaja barang di jalan, penyambut tamu, pekerja kebersihan dan buruh.
- Angkatan bersenjata - termasuk angkatan darat, angkatan laut, angkatan udara, dll. Tidak termasuk polisi non-militer, petugas pabean-pajak, tenaga cadangan militer inaktif.

**DAFTAR ZAT YANG UMUM DIGUNAKAN:**

- Alkohol: Bir, anggur(wine), liquor, grain (metilalcohol)  
Heroin: Smack, H.Horse, Brown Sugar  
Metadon: Dolophine, LAAM  
Opiat: Opiam, Fentanyl, Buprenorphine, pereda nyeri - Morfin, Dilauid, Demoral, Percocet, Darvon, dll.  
Barbiturat: Nembutal, Se onal, Tuinal, Amytal, Pentobarbital, Secobarbital, Fenobarbital, Fiorinal, Doriden, dll.  
Sed/Hip: Benzodiazepin - Valium, Librium, Ativan, Serax  
Trankuil: Tranxene, Dalmane, Halcion, Xanax, Miltown.  
Lain-lain - Kloral Hidrat, Quaaludes  
Kokain: Kristal Kokain, Free-Base Cocaine, Crack, Rock, dll.  
Amfetamin: Monster, Crank, Benzedrine, Dexedrine, Ritalin,  
Stimulan: Preludin, Metamfetamin, Speed, Ice, Crystal, Khat  
Marijuana, Hashish, Pot, Bango, Igbo, Indian Hemp, Bhang, Charas, Ganja, Mota, Anasha  
Halusinogen: LSD (Acid), Meskalin, Psilocybin (Mushrooms), Peyote, PCP, MDMA, Ekstasi, Angel Dust  
Inhalan: Nitrous Oxide (Whippits), Anyel Nitrite (Poppers), Lem, Solvents, Gasoline, Toluene, Etc.

**INSTRUKSI PENGGUNAAN ALKOHOLZAT:**

- Pertanyaan-pertanyaan berikut merujuk pada dua periode waktu: 30 hari terakhir dan sepanjang hidup.  
Sepanjang hidup merujuk pada kurun waktu sebelum 30 hari terakhir.  
=> Pertanyaan 30 hari hanya memerlukan jumlah hari yang digunakan.  
=> Penggunaan sepanjang hidup diminta untuk menentukan *extended periods of regular use*  
Penggunaan teratur =  
1. Tiga kali atau lebih per minggu  
2. Binges  
3. Penggunaan iregular yang bermasalah  
Tanyakan pertanyaan ini dengan kalimat berikut.  
1. - Berapa hari dalam 30 hari terakhir Anda menggunakan...?  
D.2 - Berapa tahun dalam hidup Anda secara teratur menggunakan...?  
D.2 Alkohol sampai toksikasi tidak selalu berarti "drunk", gunakan kata-kata "saat Anda merasakan efeknya", "got a buzz", "high", dll sebagai ganti dari intoksikasi. Sebagai patokan, 3 kali atau lebih minum dalam satu waktu, 4 kali atau lebih minum dalam sehari bagi wanita (5 kali atau lebih bagi pria) dianggap intoksikasi untuk memberi gambaran peminum berat.

INFORMASI UMUM

G1. Identitas Pasien \_\_\_\_\_

G2. Negara   G2b. Program    
 G2a. Pusat terapi   G2c. Modalitas

Harap melihat halaman belakang ASI terkait Daftar Negara, Pusat Terapi dan Program

G3. Akankah terapi ini diberikan di dalam fasilitas lembaga pemasyarakatan?   
 0= Tidak 1=Ya

G19. Apakah Anda berada di dalam lingkungan terlindung dalam 30 hari terakhir?

1. Tidak 4. Terapi Medis  
 2. Penjara 5. Terapi Psikiatri  
 3. Terapi Alkohol/NAPZA 6. Lainnya: \_\_\_\_\_

\* Adalah tempat yang secara teori tanpa akses terhadap zat/alkohol.

G20. Berapahari?    
 \* Jika G19 = Tidak, G20 = "NN"  
 merujuk pada jumlah total hari ditahandalam 30 hariterakhir.

G4. Tanggal Mas k:        
 \* Hari / Bulan / Tahun

G5. Tanggal wawancara

G6. Waktu memulai      
 (Jam berapa: menit ke berapa) jam menit

G7. Waktu mengakhiri

G2c. Kode Modalitas Terapi:

1. Rawat jalan (<5 jam per minggu)
2. Rawat jalan intensif (≥5 jam per minggu)
3. Residensial/Rawat inap
4. Therapeutic Community
5. Half-way house
6. Detoks-Rawat inap (umumnya 3-7 hari)
7. Detoks Rawat jalan/ambulatory
8. Opioid Replacement, Rawat jalan (Metadon, Buprenorfin, dll.)
9. Lainnya (low threshold, GP spiritual healers, dll.)  
 Jelaskan.....

G8. Kelas: 1. Penerimaanawal 2. Tindaklanjut   
 G9. Kode Kontak: 1. Datang sendiri   
 2. Telepon   
 (Penerimaanawal harus datang sendiri)

**G21. SUMBER RUJUKAN:**

Siapa yang merujuk Anda untuk terapi? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CATATAN INFORMASI UMUM**  
 (termasuk nomor pertanyaan dengan catatan Anda)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

G10. Jeniskelamin : 1. Laki-laki 2. Perempuan

G11. Nomor Kode pewawancara/ Inisial :

\_\_\_\_\_  
 Nama  
 \_\_\_\_\_  
 Alamat  
 \_\_\_\_\_

G18. jika di kode "Lainnya", jelaskan \_\_\_\_\_

G14. Berapa lama Anda tinggal di alamat ini?     
 Tahun/ Bulan

G16. Tanggal lahir Tanggal Bulan Tahun

16a. Umur   Tahun

G17. Apa ras/etnis/kebangsaan Anda?   
 Uraikan \_\_\_\_\_

G18. Apakah agama anda?

0. Protestan 4. Islam 7. Hindu  
 1. Katolik 5. Kristenlainnya 8. Budha  
 2. Yahudi 6. Tidak beragama 9. Lainnya (uraikan dalam catatan)

## STATUS MEDIS

**M1** Berapa kalikah dalam hidup, Anda pernah dirawat di rumah sakit untuk masalah fisik?

• Termasuk over dosis/ O.D.dan delirium tremens/ D.T. Tidak termasuk detoks., *treatment alcohol/zat*, psikotris dan kelahiran anak (jika tidak ada komplikasi).  
Masukkan jumlah hari menginap di rumah sakit untuk masalah medis.

**M2.** Kapan terakhir kali Anda dirawat di rumah sakit untuk masalah di atas?

Bulan Tahun  
jika, tidak di rawat di rumah sakit di Pertanyaan M1, lalu ini diberi kode "NN"

**M3.** Apakah Anda menderita masalah fisik serius yang memerlukan perawatan teratur, misal: pengobatan, pengaturan diet, yang sungguh- sungguh menghalangi kemampuan mereka) yang selalu mengganggu hidup Anda?

0- Tidak 1- Ya

• Jika "Ya", jelaskan dalam komentar.

**M4.** Apakah Anda menggunakan obat yang diresepkan secara teratur untuk gangguan fisik?

• Jika Ya, jelaskan dalam komentar.  
• obat yang diresepkan oleh dokter untuk kondisi fisik; bukan obat psikotropis. Termasuk obat yang diresepkan dan iponitidak digunakan oleh pasien. Tujuannya adalah untuk membicarakan masalah medis kronik.

**M5.** Apakah Anda menerima dukungan finansial untuk kecacatan fisik?

0- Tidak 1- Ya

Jika Ya, jelaskan dalam catatan  
Termasuk kompensasi pekerja, pensiun dini bagi kecacatan medis Tidak termasuk kecacatan psikotris

**M6.** Berapa harikah Anda mempunyai masalah fisik dalam 30 hari terakhir?

• Tidak termasuk penyakit yang secara langsung disebabkan oleh zat.  
• Termasuk flu, masuk angin, dll. Termasuk penyakit serius berhubungan dengan zat, yang akan terus berlanjut walaupun pasien abstinen (e.g., cirrosis hati, abses karena pemakaian jarum, dll).

Untuk Pertanyaan M7 & M8, tanyakan pada pasien untuk menggunakan skala Penilaian Pasien.

**M7.** Seberapa tergangguah Anda oleh masalah fisik dalam 30 hari terakhir?

• Batasi respon pada hari-hari bermasalah dari Pertanyaan M6.

**M8.** Seberapa pentingkah bagi Anda saat ini pengobatan untuk masalah medis tersebut?

• Jika klien saat ini mendapat terapi medis, rujuk pada kebutuhan terapi medis tambahan  
Catatan: Pasien meng kur kebutuhan layanan medis tambahan atau rujukan dari agensi Anda, diluar biaya apa yang telah mereka dapatkan

**TARAF K YAK NAN PENILAIAN**  
Apakah informasi di atas secara signifikan terdistorsi oleh:

**M10** Salah mengemukakan kenyataan dirinya?

0- Tidak 1- Ya

**M11.** Ketidakkampuan pasien untuk memahami?

0- Tidak 1- Ya

**M12.** Apakah Anda pernah di tes untuk hepatitis?

0 = Tidak, 1=Ya

**M12a.** Jika ya, apakah hasilnya?

1 = Hepatitis Negatif (tidak terinfeksi)

2 = Hepatitis positif (terinfeksi)

3 = Tidak tahu

• Jika M12=tidak, M12a = 'N'

**M12b.** Apakah Anda ingin memperoleh tes Hepatitis?

**M13.** Apakah Anda pernah di tes untuk HIV?

0 = Tidak 1=Ya

**M13a.** Jikaya, apakah hasilnya?

1 = HIV Negatif (tidak terinfeksi)

2 = HIV positif (terinfeksi)

3 = Tidak tahu

• Jika M13=tidak, M13a = 'N'

**M13b.** Apakah Anda menginginkan bantuan memperoleh tes HIV?

Jika pasien laki-laki, isi semuanya 'N'  
0= tidak, 1=jaya, 2= tidak pasti

**M14.** Apakah Anda saat ini sedang mengandung?

**M14a.** Jika mengandung apakah Anda melakukan pemeriksaan prenatal?

**M14b.** Jika tidak yakin maukah Anda mendapatkan tes kehamilan?

• Jika M14 = 0 atau 2 (tidak atau tidak yakin), M14a = N

• Jika M14 = 1 (Ya), M14b = N

### Catatan Medis

(Masukkan nomor pertanyaan dengan catatan Anda)


### STATUS PEKERJAAN/DUKUNGAN

E1.\* Pendidikan yang diselesaikan (hanya pendidikan formal):

- level 0 = tidak sekolah
- level 1 = kelas 1 - 6 SD
- level 2 = kelas 1 - 3 SMP
- level 3 = kelas 1 - 3 SMU
- level 4 = diploma/akademi/college
- level 5 = sarjana
- level 6 = sarjana 2 dan 3 (termasuk program doktoral)

E2.\* Pelatihan atau Pendidikan Keterampilan yang selesai:

- Hanya pelatihan formal/terorganisir. Bulan

E4a. Apakah pilihan pekerjaan Anda dibatasi oleh ketiadaan transportasi?

0-Tidak 1-Ya

E6. Berapa lamakah pekerjaan penuh waktu Anda yang paling lama?

- Purna waktu = 40 jam atau lebih tiap minggu; tidak perlu berapa pekerjaan paling terakhir. Tahun  / Bulan

E7. Jenis pekerjaan terakhir? (tentukan)

(gunakan Lembar Klasifikasi Pekerjaan menurut Standar Internasional)

E9 Apakah ada seseorang yang memberikan dukungan terbesar pada Anda?

- apakah pasien menerima dukungan yang teratur (misal, uang, kontak, makanan, perumahan) dari keluarga/teman, termasuk dukungan pemangan, tidak termasuk dukungan oleh insitus.

Tempat tinggal dianggap sebagai dukungan terbesar.

E10. Pola pekerjaan tiga tahun terakhir yang utama?

1. Purna waktu (35 jam atau lebih)
  2. Paruh waktu (jam-jam tetap)
  3. Paruh waktu (jam tidak tentu)
  4. Mahasiswa/pelajar
  5. Jasa
  6. Pensiun/Ketidakmampuan
  7. Tidak bekerja
  8. Tidak dalam lingkungan terkontrol
  9. Ibu/bapak rumah tangga
- Jawaban harus menunjukkan pekerjaan yang terutama dalam tiga tahun terakhir, bukan hanya berdasarkan yang teringan. Jika ada waktu yang mirip, pilihlah kategori yang paling mewakili situasi terakhir.

E11. Berapa hari/hari Anda bekerja yang digaji dalam 30 hari terakhir?

- Termasuk jumlah hari bekerja, tetapi digaji selama sakit dan libur.

### Catatan Pekerjaan/Dukungan:

Untuk pertanyaan E12-17: Berapa banyak uang yang Anda terima dari sumber-sumber berikut di dalam 30 hari terakhir? (dalam ribuan)

E12. Pekerjaan?

- Penghasilan bersih, termasuk uang apapun yang diperoleh diluar pemasukan ilegal

E13. Kompensansi bila tidak bekerja

E14. Kesejahteraan sosial

- Termasuk kupon makanan, uang transportasi diberikan oleh ag. umum, pengidat dari treatment.

E15. Pensiun, jaminan sosial?

- Termasuk ketidaktahuan, pensiun, pemeliharaan, amal veteran, asuransi sosial & kompensasi pekerja.

E16. Pasangan, keluarga, atau teman-teman?

- Uang untuk pengeluaran pribadi, (misal: pakaian), termasuk sumber-sumber pendapatan yang tidak pasti. Catat hanya bayaran kontan, termasuk rezeki yang tak diangka-sangka (tidak diharapkan), uang dari pinjaman, judi legal, warisan, pengembalian pajak, dll.

E17. Ilegal?

- Uang kontan diperoleh dari penjualan zat, mencuri, tukar-tukar, judi tidak legal, prostitusi, dll. Jangan membuat perkiraan nilai uang dari zat atau barang ilegal lainnya.

E18. Berapa orangkah yang menggantungkan hidupnya pada Anda untuk makan, tempat tinggal, dll?

- Harus secara teratur tergantung pada pasien, masukkan tunjangan uang untuk mantan carer/dukungan anak, tidak termasuk pasien atau pasangan yang mampu membayar diri sendiri, dll.

E19. Berapa harikah Anda mengalami masalah pekerjaan dalam 30 hari terakhir

- Termasuk ketidakmampuan untuk mendapatkan pekerjaan, jika mereka secara aktif mencari pekerjaan, atau masalah dengan pekerjaan saat ini dimana pekerjaan tidak menyenangkan.
- Jika pasien ditahan dalam 30 hari terakhir, beri kode 'NN', mereka tidak akan mempunyai masalah dengan pekerjaan.

Uraian Pertanyaan E 20 & E 21, tanyakan pada pasien untuk menggunakan Skala Rating Pasien.

E20. Seberapa tergangguah Anda dari masalah-masalah pekerjaan ini dalam 30 hari terakhir?

• Jika E19= N, beri kode N

E21. Seberapa pentingkah bagi Anda sekarang konseling untuk masalah pekerjaan ini?

- Tekankan menolok dalam menemukenai atau mempersiapkan pekerjaan, tidak memberikan mereka pekerjaan. Catatan: pasien menilai tingkat kebutuhannya akan pekerjaan/dukungan jasa, jumlah, dan lain-lain dari suatu agensi.

**TARAF KEYAKINAN PENILAIAN**  
Apakah informasi di atas secara signifikan terdistorsi oleh:

E23. Salah mengemukakan kenyataan dirinya   
0-Tidak 1-Ya

E24. Ketidakmampuan pasien untuk memahami?   
0-Tidak 1-Ya

**Catatan Pekerjaan/Dukungan:**  
Sebutkan jenis mata uang yang digunakan.....

---



---



---



---

## STATUS ZAT/ALKOHOL

### Jenis Cara Penggunaan:

1. Oral (segala sesuatu yang ditelan)
2. Hidung (atau segala sesuatu yang melalui membran mukosa)
3. Merokok
4. Injeksi Non-IV (seperti IM)
5. IV (suntikan langsung ke dalam vena)

\* *Catat: Pilih lebih dari satu cara, pilihlah cara yang paling berisiko. Cara penggunaan dituliskan di samping berisiko ke paling berisiko.*

	30 Hari Terakhir	Sepanjang Hidup (tahun)	Cara Penggunaan
D1 Alkohool (semua penggunaan dalam 30 hari)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D2 Alkohool (sampai intoksikasi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D3 Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D4 Metadon / Subutex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D5 Opiat lain/analgesik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D6 Barbiturat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D7 Sedatif/Hipnotik/Tranquilizers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D8 Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D9 Amfetamin/stimulans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D10 Kanabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D11 Halusinogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D12 Inhalan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D13 Lebih dari satu zat per hari (termasuk alkohool)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

D14a. Kenali zat utama yang disalahgunakan:

D14b. Kenali zat sekunder yang disalahgunakan:

- Pewawancara harus menentukan zat utama atau zat sekunder yang disalahgunakan. Kode-kan nomor disebelah zat di pertanyaan 01-12.
- D14b dapat dikode sebagai N

D15. Berapa lamakah periode abstinen sukarela dari zat-zat yang utama ini?   Bulan

- Minimal abstinen 1 bulan.
- Periode perawatan/ditahan tidak dihitung.
- Periode penggunaan naltrexone, metadon atau naltrexone tetap dihitung.
- Kode 00 = Tidak pernah menerima.

D16. Berapa bulan yang lalu abstinen ini berakhir?   Bulan

- Jika D15 = "00", maka D16 = "NN"
- "00" = masih abstinen

D17. \* Berapa kalikah Anda mengalami Delirium Tremens Alkohool ?

- **Delirium Tremens (DTs):** Terjadi 24-48 jam setelah minum terakhir, atau pengurangan signifikan dalam menggunakan alkohol, gemetar, disorientasi berat, demam, halusinasi, mereka biasanya memerlukan perhatian medis.

#### Catatan zat/alkohol:

Jika D5>0, Jelaskan \_\_\_\_\_

Jika pada item D3-D11 cara penggunaan = 4 atau 5 (injeksi)

D38 Apakah Anda pernah menggunakan jarum bekas orang lain? 30 hari terakhir  Sepanjang hidup

D38a. Berapa kali dalam 30 hari terakhir?

• Jika D38 dalam 30 hari terakhir = 0, maka D38a = N

D19a. Berapa kalikah selama hidup Anda dirawat untuk penyalahgunaan zat/alkohol?

• Termasuk detoksifikasi, rumah singgah, konseling rawat inap / rawat jalan, dan AA or NA (jika 3 atau lebih pertemuan di dalam periode satu bulan).

D21<sup>a</sup>. Berapa kalikah perawatan ini hanya untuk detoks:

• Jika D19 a = "00", maka D21a adalah "NN"

• Catatan: Kode angka untuk perawatan yang tertulis dalam D19a hanya untuk detoksifikasi dan tidak untuk perawatan lain.

D23. Berapakah biaya yang Anda habiskan selama 30 hari terakhir untuk Alkohol?

• Hitung hanya uang yang digunakan untuk membeli Alkohol. Apakah beban financial disebabkan oleh Alkohol?

D24. Berapakah biaya yang Anda habiskan selama 30 hari terakhir untuk Zat?

• Hitung hanya uang yang digunakan untuk membeli Zat. Apakah beban financial disebabkan oleh Zat?

D25. Berapa harikah Anda telah mengikuti *treatment* sebagai pasien rawat jalan untuk zat dalam 30 hari terakhir? • Termasuk AA/NA kelompok dukungan lain, detoks rawat jalan, metadona tau terapi lain, dll

D26. Berapa harikah dalam 30 hari terakhir Anda mengalami masalah Alkohol?

• Masukkan: Nagih (*Craving*), simtom gejala putus zat (*withdrawal symptoms*), efek-efek penggunaan yang mengganggu, atau ingin berhenti dan tidak dapat melakukan.

Untuk pertanyaan D 28-D30, mintalah pasien untuk menggunakan skala Rating Pasien. Pasien me nilai kebutuhan untuk terapi penyalahgunaan zat tambahan.

D28. Seberapa tergangguah Anda dalam 30 hari terakhir oleh masalah Alkohol?

• Masukkan: Nagih (*Craving*), simtom gejala putus zat (*withdrawal symptoms*), efek-efek penggunaan yang mengganggu, atau ingin berhenti dan tidak dapat melakukan.

D30. Sebrapa pentingah bagi Anda skcarang *treatment* untuk masalah alkohol ini?

D27. Berapa hari dalam 30 hari terakhir Anda mengalami masalah dengan Zat?

• Termasuk craving atau nagih, simtom putus zat, efek penggunaan yang mengganggu atau ingin berhenti dan tidak dapat melakukan.

Untuk pertanyaan D29 + D31 gunakan Skala rating pasien. Tingkatan kebutuhan pasien untuk perawatan penyalahgunaan zat

D29. Seberapa terganggu Anda dalam 30 hari terakhir dikarenakan masalah zat?

D31. Seberapa penting terapi untuk masalah zat bagi Anda saat ini?

\_\_\_\_\_

**TARAF KEYAKINAN PENILAIAN**  
Apakah informasi di atas secara signifikan terdistorsi oleh:  
D34) Salah mengemukakan kenyataan tentang diri sendiri? 0- Tidak 1- Ya   
D35. Ketidakmampuan pasien untuk memahami? 0- Tidak 1- Ya

D36) Berapa kali Anda telah mencoba berhenti dari penggunaan zat tanpa mengikuti terapi?

D37) Nikotin 30 hari terakhir Seumurhidup Cara  
(tahun) Pemakaian  
    
1. Oral/kunyah 2. birup 3. merokok 4. Injeksi bukan intravena  
5. Intravena

D39) Menggunakan skala pengukutan pasien, bagaimana anada mengukur derajat kesetujuan dengan pernyataan berikut ini?

- a. Saya siap mengurangi kebiasaan minum alkohol saya   
b. Saya siap mengurangi penggunaan zat   
c. Saya percaya bahwa saya dapat mengatur kebiasaan minum alkohol saya   
d. Saya percaya bahwa saya dapat mengatur penggunaan zat saya   
e. Saya tahu bahwa saya memiliki masalah alkohol atau zat dan saya memiliki motivasi untuk mengatasinya!

**Catatan Zat/Alkohol:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**STATUS LEGAL**

L1) Apakah Anda masuk ke rumah sakit ini disarankan atau dianjurkan oleh sistem peradilan kriminal (a.l. proses pembantaran)? 0- Tidak 1- Ya   
\* Hakim, Pengawas orang jahat/dewan yang memberikan pembebasan dengan jaminan, dll.

L2) Apakah Anda dibebaskan bersyarat atau dalam masa percobaan? 0- Tidak 1- Ya   
\* Catat lamanya dan tingkat di dalam catatan legal.

**Berapa kalikah dalam hidup Anda ditangkap dan dituntut dengan hal berikut:**

- L3) Mengutil/Andalisme  L10) Penyerangan   
L4) Bebas bersyarat/ Masa percobaan  L11) Pembakaran rumah   
L5) Tuntutan hukum terikat zat  L12) Perkosaan   
L6) Pemalsuan  L13) Pembunuhan/pembantaran   
L7) Penyerangan bersenjata  L14) Pelacuran   
L8) Pembobolan dan Pencurian  L15) Melecehkan pengadilan   
L9) Perampokan  L16) Lain:

\* Masukkan jumlah total pengadilan, tidak hanya vonis hukuman. Jangan masukkan kejahatan anak-anak (sebelum usia 18), kecuali kalau mereka dituntut sebagai orang dewasa.

\* Masukkan hanya tuntutan mal.

L17) Berapa banyak dari tuntutan ini berakibat pada vonis hukuman?    
\* Jika L 3-16 = 00, lalu pertanyaan L17 = "NN".  
\* Jangan masukkan pelanggaran hukum yang ringan daripada pertanyaan L18-20 di bawah.  
\* Penghukuman termasuk denda, masa percobaan, pemantauan, hukuman yang ditunda dan pengakuan bersalah.

**Berapa kalikah dalam hidup Anda telah dituntut untuk hal-hal sbb:**

- L18) Perilaku membuat keonaran akibat intoksikasi di tempat umum?    
L19) Mengemudi ugal-ugalan akibat intoksikasi?    
L20) Pelanggaran utama mengemudi?    
\* Pelanggaran lalu lintas: melampaui batas kecepatan, mengemudi ugal-ugalan, tidak punya SIM, dll.

L21) Berapa bulankah Anda ditahan atau dipenjara dalam hidup Anda?   Bulan  
\* Hanya jika ditahan 2 minggu atau lebih, maka lebih dari 2 mgg dihitung 1 bulan. Tuliskan jumlah total bulan dipenjara.

L23) Apakah Anda sekarang ini menunggu tuntutan, pemeriksaan pengadilan, atau hukuman? 0- Tidak 1- Ya

L25. Untuk perkara apakah itu ?

- Gunakan jumlah jenis kejahatan yang dilakukan: L3-L16 dan L18-L20
- Rujuk ke pertanyaan L24. Jika L24-tidak, beri kode 'NN' jika lebih dari satu pilihan yang paling berat.

### Catatan Legal

### Catatan Legal

(Masukkan nomor pertanyaan dalam catatan Anda)

### STATUS KELUARGA/SOSIAL

L26. Berapa harikah Anda ditahan atau dipenjarakan dalam 30 hari terakhir?

- Termasuk ditangkap dan dibebaskan pada hari yang sama.

L27. Berapa harikah Anda terlibat di aktivitas ilegal untuk memperoleh keuntungan dalam 30 hari terakhir ?

- Tidak termasuk kepemilikan zat untuk digunakan sendiri (jumlah sedikit)

Termasuk menjadi bandar, prostitusi, menjual barang curian, dll.) Dapat di periksa ulang dengan pertanyaan E17 mengenai pekerjaan.

Untuk Pernyataan L28-29, mntab pasie menggunakan Skala Rating Pasien.

L28. Seberapa serius Anda menganggap masalah legal (hukum) yang Anda miliki saat ini ?

- Tidak termasuk masalah pidana, seperti peredaran, dll.

L29. Seberapa penting peran konseling atau rujukan bagi Anda saat ini untuk masalah hukum Anda?

• CATATAN: Pasien di-rating mengenai kebutuhan untuk rujukan (atau layanan) dari agensi Anda untuk konseling hukum untuk membela diri terhadap tuntutan kriminal.

### RATING KEYAKINAN PENILAIAN

Apakah informasi di atas secara bermakna terdistorsi oleh:

L31. Salah mengemukakan kenyataan tentang dirinya?   
0-Tidak 1-Ya

L32. Ketidamampuan pasien memahaminya?   
0-Tidak 1-Ya

F1. Status Pernikahan:

- 1-Menikah 3-Janda/Duda 5-Berceraai
- 2-Menikah kembali 4-Berpisah 6-Tidak menikah
- *common-law marriage*=1. Jelaskan dalam catatan.

F3. Apakah Anda puas berada dalam situasi ini?

- Puas = secara umum, merasa nyaman dg situasi ini.

Merujuk pada Pertanyaan F1

0-Tidak 1-Biasa saja 2-Ya

F4.\* Pasangan tinggal sehari-hari

(tiga tahun terakhir):

- 1-Dengan pasangan dan anak 6-Dengan teman
- 2-Dengan pasangan saja 7-Tinggal sendiri
- 3-Dengan anak saja 8-Lingkungan terkontrol
- 4-Dengan orang tua 9-Tidak tentu
- 5-Dengan keluarga

- Pilihlah yang paling tepat menggambarkan situasi tiga tahun terakhir.

F4a. Pasangan tinggal sehari-hari 30 hari terakhir? (Gunakan kode di atas)

F6. Apakah Anda puas dengan situasi ini?

0-Tidak 1-Biasa saja 2-Ya

Apakah Anda hidup dengan seseorang yang:

F7. Memiliki masalah alkohol saat ini?   
0-Tidak 1-Ya

F8 Menggunakan obat tanpa resep?   
0-Tidak 1-Ya

F9. Dengan siapa Anda menghabiskan sebagian besar waktu senggang?   
1-Keluarga 2-Teman 3-Sendiri

F10. Apakah Anda puas menghabiskan waktu senggang dengan cara seperti itu?   
0-Tidak 1-Biasa saja 2-Ya

- Sebuah respons yang memuaskan hari ini menunjukkan bahwa orang tersebut pada umumnya menyukai situasi itu.

Merujuk pada Pernyataan F9.



F11a. Berapa jumlah teman dekat Anda yang menggunakan zat atau alkohol?

Catatan: Jika pasien tidak memiliki teman dekat, kode-kan "N"

Apakah Anda mengalami masalah serius dalam berhubungan dengan:

• Tidak 1 - Ya

	30 Hari Terakhir	Sepanjang Hidup
F18. Ibu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F19. Ayah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F20. Saudara Kandung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F21. Pasangan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F22. Anak-anak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F23. Anggota Keluarga Lainnya yg berakna (jelaskan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F24. Teman dekat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F25. Tetangga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F26. Teman sekerja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* "Masalah Serius" berarti masalah yang mengancam hubungan.

\* "Masalah" membubuhkan kontak, baik melalui telepon atau bertemu langsung. Jika tidak ada kontak kode "N". Jika tidak ada saudara (misalnya: tidak memiliki anak) Kode N.

#### Catatan Keluarga/Sosial

(Masukkan nomor pertanyaan dari an catatan Anda)

Adakah seseorang yang menganiaya Anda?

0- Tidak 1- Ya

30 Hari Terakhir

Sepanjang hidup

F28. Secara fisik?



• Menyebabkan fisik Anda teraniaya.

F29. Secara seksual?



• Memaksakan tindakan seksual.

Berapa hari Anda dalam 30 hari terakhir mempunyai konflik serius:

F30. Dengan keluarga Anda?

Tanyakan pasien untuk menggunakan Skala Rating Pasien:

Seberapa tergangguah Anda dalam 30 hari terakhir oleh:

F32. Masalah keluarga?

Seberapa pentingkah terapi dan konseling bagi Anda saat ini untuk:

F34. Masalah keluarga

• Pasien dinilai kebutuhannya atas konseling untuk masalah keluarga, bukan keinginan keluarganya untuk menghadirinya.

Catatan: Pasien di-rating kebutuhan atas program Anda untuk melayani atau merujuknya kepada layanan keluarga, melampaui layanan yang mungkin telah mereka dapatkan.

Berapa hari dalam 30 hari terakhir Anda mempunyai konflik serius :

F31. Dengan orang lain (di luar keluarga)?

Mintalah pasien untuk menggunakan Skala Rating Pasien:

Seberapa tergangguah Anda dalam 30 hari terakhir oleh:

F33. Masalah sosial?

Seberapa pentingkah terapi atau konseling bagi Anda saat ini untuk hal berikut:

F35. Masalah sosial

• Tentukan kebutuhan pasien untuk mencari terapi atas masalah sosialnya seperti ketegapan, ketidakmampuan berorganisasi, dan ketidakpuasan dengan teman-temannya. Rating pasien harus merujuk pada ketidakpuasan, konflik, atau masalah sosial lainnya.

Catatan: Pasien me-rating kebutuhannya akan program Anda untuk melayani atau merujuk kepada layanan, melampaui terapi yang mungkin telah mereka dapatkan di tempat lain.

P22 Salah mengemukakan kenyataan diri sendiri?   
0 - Tidak 1 - Ya

P23. Ketidakmampuan pasien untuk memahami?   
0-Tidak 1-Ya

**Catatan Status Psikiatri**  
(Masukkan nomor pertanyaan dengan catatan Anda)

**Uraikan Diagnosis bila diketahui:**


**ITEM PENUTUP**

**G12. Kode Khusus**

1. Pasien diterminasi oleh pewawancara
2. Pasien menolak
3. Pasien tidak dapat berespons ( hambatan bahasa atau intelektual, di bawah pengaruh, dll)

Kode N. Wawancara selesai

G50. Modalitas terapi yang diharapkan paling tepat bagi pasien:

G50. Kode Modalitas Terapi:

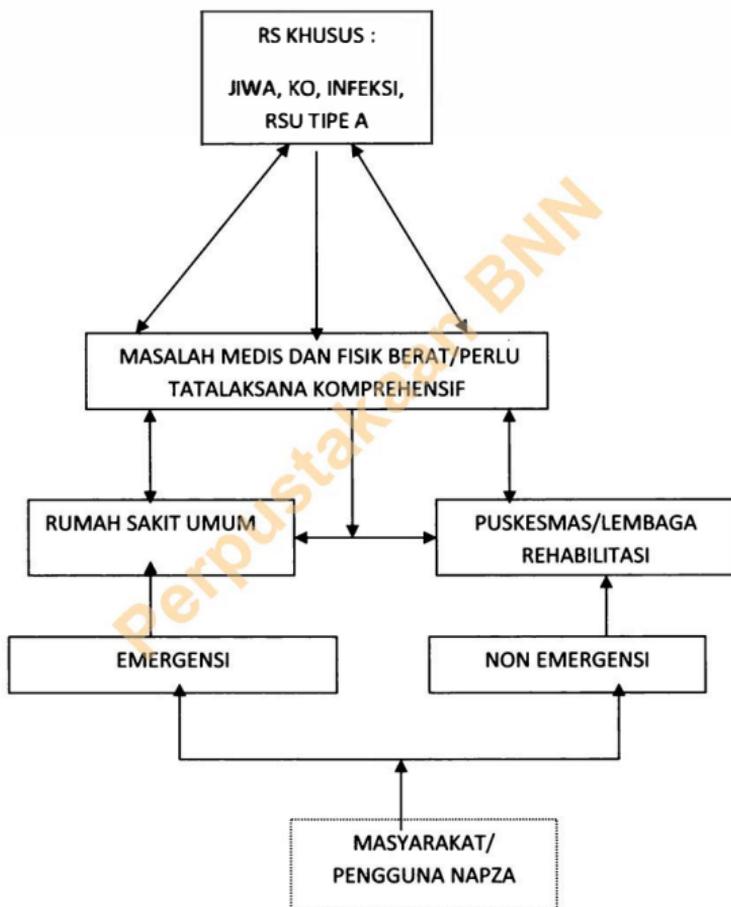
1. Rawat Jalan (<5 jam per minggu)
2. Rawat Jalan Intensif (>- 5 jam per minggu)
3. Residensial/Rawat Inap
4. *Therapeutic Community*
5. *Half-way house*/rumah singgah
6. Detoks-Rawat Inap (umumnya 3-7 hari)

7. Detoks Rawat Jalan/*Ambulatory*
8. *Opioid Replacement*, rawat jalan (metadon, buprenorfin, dll.
9. Lainnya (*low threshold, GP, spiritual healers*, dll.)  
Jelaskan...

**CATATAN KESELURUHAN**

## LAMPIRAN 2

### ALUR RUJUKAN PADA PENGGUNA NARKOTIKA



### LAMPIRAN 3

Nomor ID Partisipan: \_\_\_\_\_ Kode Pengumpul Data: \_\_\_\_\_ Tanggal: \_\_\_\_\_

**F**

#### DAFTARICD-10

#### *Psychoactive Substance Use Syndromes Module*

Pertanyaan berikut ini adalah tentang gejala-gejala yang berhubungan dengan penggunaan heroin Anda, untuk mana saat ini Anda sedang diobati. **Pertanyaan ini mengacu pada masa sebulan sebelum Anda memulai terapi metadon.**

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1.	Apakah dalam sebulan sebelum mengikuti program rumatan metadon Anda memiliki hasrat yang sangat kuat ( <i>suges/nagih</i> ) untuk menggunakan heroin?		
2.	Apakah dalam sebulan sebelum mengikuti program rumatan metadon Anda sulit atau tidak mungkin mengendalikan penggunaan heroin Anda?		
3.	Apakah dalam sebulan sebelum mengikuti program rumatan metadon Anda pernah mengalami gejala putus zat ( <i>sakaw</i> ) bila tidak menggunakan heroin?		
4.	Apakah dalam sebulan sebelum mengikuti program rumatan metadon Anda menggunakan heroin untuk menghilangkan atau menghindari gejala putus zat ( <i>sakaw</i> )?		
5.	Apakah dalam sebulan sebelum mengikuti program rumatan metadon Anda membutuhkan heroin lebih banyak lagi untuk dapat merasakan efek fisik dan mental yang sama ( <i>toleransi</i> )?		
6.	Apakah dalam sebulan sebelum mengikuti program rumatan metadon Anda cenderung untuk tidak mengganti-ganti pola penggunaan heroin Anda?		
7.	Apakah dalam sebulan sebelum mengikuti program rumatan metadon Anda semakin mengabaikan kesenangan dan minat lainnya demi memuaskan penggunaan heroin Anda?		
8.	Apakah dalam sebulan sebelum mengikuti program rumatan metadon Anda mengalami dampak buruk psikologis dan fisik akibat penggunaan heroin Anda?		
9.	Apakah dalam sebulan sebelum mengikuti program rumatan metadon Anda tetap menggunakan heroin sekalipun Anda mengetahui dengan jelas dampak buruk yang ditimbulkannya?		

10. Berapa lama Anda mengalami pola penggunaan Heroin yang tersebut di atas?

a. dalam tahun	
b. dalam bulan	

Ketergantungan diindikasikan jika 3 atau lebih gejala-gejala 1, 2, 3, 5, 7 dan 9 ada pada diri individu.

11. a. Catat bila gejala ketergantungan opioida (F11.2) tampak **YA** **TIDAK**  
 b. Jika "Ya", catatan jenis opioidanya: heroin

Dokumen ini hanya berlaku untuk:

Studi Efikasi Intervensi Konseling Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA) dan HIV/AIDS di antara pecandu suntik di lima klinik metadon di Jakarta (JAKPRO) – 31 Maret 2010

## LAMPIRAN 4

## WHO - ASSIST V3.0

ID PEWAWANCARA	<input type="text"/>	NEGARA	<input type="text"/>	KLINIK	<input type="text"/>
ID PASIEN	<input type="text"/>	TGL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Terima kasih atas kesediaan anda dalam wawancara singkat tentang pengalaman menggunakan alkohol, tembakau dan zat atau obat-obatan lain. Saya akan bertanya kepada anda tentang pengalaman anda dalam menggunakan zat/obat-obatan ini selama anda hidup sampai hari ini dan terutama dalam tiga bulan terakhir. Zat/obat-obatan ini dapat dihirup, ditelan, disedot, disuntik atau ditelan.

Beberapa zat dalam daftar adalah resep dokter (seperti amfetamin, sedatif, obat anti nyeri). Untuk wawancara ini kami tidak membahas tentang obat-obatan yang diresepkan. Namun demikian, bila anda telah memakai obat-obat tersebut untuk alasan lain selain pertimbangan dokter, atau memakainya lebih sering atau dengan dosis yang lebih dari yang diresepkan, tolong beritahu kami. Kami juga ingin mengetahui apakah anda menggunakan zat atau obat-obat yang tidak diresepkan.

## Pertanyaan 1

Dalam kehidupan anda, zat apa dibawah ini yang pernah digunakan? (di luar penggunaan dengan alasan medis)	Tidak	Ya
a. Tembakau (rokok, cerutu, kretek, dll.)	0	3
b. Minuman beralkohol (bir, anggur, sopi, tomi dll.)	0	3
c. Kanabis (marijuana, ganja, gelek, cimengpot, dll.)	0	3
d. Kokain (coke, crack, etc.)	0	3
e. Stimulan jenis amfetamin (ekstasi, shabu, dll)	0	3
f. Inhalansia (lem, bensin, tiner, dll)	0	3
g. Sedativa atau obat tidur (Benzodiazepin, Lexotan, Rohypnol, Mogadon, dll.)	0	3
h. Halusinogens (LSD, mushrooms, PCP, dll)	0	3
i. Opioid (heroin, morfin, metadon, kodein, dll)	0	3
j. Zat-lain: jelaskan:	0	3

Bila seluruh jawaban NEGATIF: "tidak pernah menggunakan walaupun di sekolah?"

Bila "tidak" untuk seluruh item, hentikan wawancara

Bila "ya" untuk setiap item, tanyakan pertanyaan 2 untuk tiap zat/obat-obatan yang pernah digunakan.

## Pertanyaan 2

Selama <u>tiga bulan terakhir</u> , seberapa sering anda pernah menggunakan zat seperti yang anda katakan ( <b>ZAT PERTAMA, ZAT KEDUA, DLL</b> )?	TIDAK PERNAH	SEKALI ATAU DUA KALI	TIAP BULAN	TIAP MINGGU	SELALU ATAU HAMPIR SELALU
a. Tembakau (rokok, cerutu, kretek, dll.)	0	2	3	4	6
b. Minuman beralkohol (bir, anggur, sopi, tomi dll.)	0	2	3	4	6
c. Kanabis (marijuana, ganja, gelek, cimengpot, dll.)	0	2	3	4	6
d. Kokain (coke, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e. Stimulan jenis amfetamin (ekstasi, shabu, dll)	0	2	3	4	6
f. Inhalansia (lem, bensin, tiner, dll)	0	2	3	4	6
g. Sedativa atau obat tidur (Benzodiazepin, Lexotan, Rohypnol, Mogadon, dll.)	0	2	3	4	6
h. Halusinogens (LSD, mushrooms, PCP, dll)	0	2	3	4	6
i. Opioid (heroin, morfin, metadon, kodein, dll)	0	2	3	4	6
j. Zat-lain: jelaskan:	0	2	3	4	6

Bila "tidak pernah" untuk seluruh item dalam pertanyaan 2, loncat ke pertanyaan 6.

Bila zat/obat-obatan apa saja dalam pertanyaan 2 telah digunakan dalam tiga bulan terakhir, lanjutkan ke pertanyaan 3,4,5 untuk tiap zat/obat-obatan yang digunakan.

## Pertanyaan 3

Selama <u>tiga bulan terakhir</u> , seberapa sering anda mempunyai keinginan yang kuat untuk menggunakan ( <b>ZAT PERTAMA, ZAT KEDUA, DLL</b> )?	TIDAK PERNAH	SEKALI ATAU DUA KALI	TIAP BULAN	TIAP MINGGU	SELALU ATAU HAMPIR SELALU
a. Tembakau (rokok, cerutu, kretek, dll.)	0	3	4	5	6
b. Minuman beralkohol (bir, anggur, spiritus, dll.)	0	3	4	5	6
c. Kanabis (marijuana, ganja, gelek, cimengpot, dll.)	0	3	4	5	6
d. Kokain (coke, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e. Stimulan jenis amfetamin (ekstasi, shabu, dll)	0	3	4	5	6
f. Inhalansia (lem, bensin, tiner, dll)	0	3	4	5	6
g. Sedativa atau obat tidur (Benzodiazepin, Lexotan, Rohypnol, Mogadon, dll.)	0	3	4	5	6
h. Halusinogens (LSD, mushrooms, PCP, dll)	0	3	4	5	6
i. Opioid (heroin, morfin, metadon, kodein, dll)	0	3	4	5	6
j. Zat-lain: jelaskan:	0	3	4	5	6

**Pertanyaan 4**

Selama <u>tiga bulan terakhir</u> , seberapa sering obat yang anda gunakan dari ( <b>ZAT PERTAMA, ZAT KEDUA, DLL</b> ) yang menyebabkan timbulnya masalah kesehatan, sosial, hukum dan masalah keuangan?	Tidak pernah	Satu atau dua kali	Tiap bulan	Tiap minggu	Harian atau Hampir tiap hari
a. Tembakau (rokok, cerutu, kretek, dll.)	0	4	5	6	7
b. Minuman beralkohol (bir, anggur, spiritus, dll.)	0	4	5	6	7
c. Kanabis (marijuana, ganja, gelek, cimengpot, dll.)	0	4	5	6	7
d. Kokain (coke, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e. Stimulan jenis amfetamin (ekstasi, shabu, dll)	0	4	5	6	7
f. Inhalansia (lem, bensin, tiner, dll)	0	4	5	6	7
g. Sedativa atau obat tidur (Benzodiazepin, Lexotan, Rohypnol, Mogadon, dll.)	0	4	5	6	7
h. Halusinogens(LSD, mushrooms, PCP, dll)	0	4	5	6	7
i. Opioid (heroin, morfin, metadon, kodein, dll)	0	4	5	6	7
j. Zat-lain: jelaskan:	0	4	5	6	7

**Pertanyaan 5**

Selama <u>tiga bulan terakhir</u> , seberapa sering anda gagal melakukan hal-hal yang biasa anda lakukan disebabkan karena penggunaan dari ( <b>ZAT PERTAMA, ZAT KEDUA, DLL</b> )?	Tidak pernah	Satu atau dua kali	Tiap bulan	Tiap minggu	Harian atau Hampir tiap hari
a. Tembakau (rokok, cerutu, kretek, dll.)	0	5	6	7	8
b. Minuman beralkohol (bir, anggur, spiritus, dll.)	0	5	6	7	8
c. Kanabis (marijuana, ganja, gelek, cimengpot, dll.)	0	5	6	7	8
d. Kokain (coke, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e. Stimulan jenis amfetamin (ekstasi, shabu, dll)	0	5	6	7	8
f. Inhalansia (lem, bensin, tiner, dll)	0	5	6	7	8
g. Sedativa atau obat tidur (Benzodiazepin, Lexotan, Rohypnol, Mogadon, dll.)	0	5	6	7	8
h. Halusinogens(LSD, mushrooms, PCP, dll)	0	5	6	7	8
i. Opioid (heroin, morfin, metadon, kodein, dll)	0	5	6	7	8
j. Zat-lain: jelaskan:					

Tanyakan Pertanyaan 6 & 7 untuk semua zat yang pernah digunakan (misalnya zat yang didapat pada Pertanyaan 1)

### Pertanyaan 6

Apakah ada teman, keluarga atau seseorang lainnya yang <b>pernah</b> mengungkapkan keprihatinannya tentang penggunaan dari <b>(ZAT PERTAMA, KEDUA, DLL)?</b>	Tidak, Tidak	pernah Ya, dalam 3 bulan terakhir	Ya, tapi tidak dalam 3 bulan terakhir
a. Tembakau (rokok, cerutu, kretek, dll.)	0	6	3
b. Minuman beralkohol (bir, anggur, spiritus, dll.)	0	6	3
c. Kanabis (marijuana, ganja, gelek, cimengpot, dll.)	0	6	3
d. Kokain (coke, crack, etc.)	0	6	3
e. Stimulan jenis amfetamin (ekstasi, shabu, dll)	0	6	3
f. Inhalansia (lem, bensin, tiner, dll)	0	6	3
g. Sedativa atau obat tidur (Benzodiazepin, Lexotan, Rohypnol, Mogadon, dll.)	0	6	3
h. Halusinogens(LSD, mushrooms, PCP, dll)	0	6	3
i. Opioid (heroin, morfin, metadon, kodein, dll)	0	6	3
j. Zat-lain: jelaskan:	0	6	3

### Pertanyaan 7

Apakah anda <b>pernah</b> mencoba dan gagal untuk mengontrol, mengurangi, atau menghentikan penggunaan <b>(ZAT PERTAMA, ZAT KEDUA, DLL.)?</b>	Tidak, Tidak	pernah Ya, dalam 3 bulan terakhir	Ya, tapi tidak dalam 3 bulan terakhir
a. Tembakau(rokok, cerutu, kretek, dll.)	0	6	3
b. Minuman beralkohol (bir, anggur, spiritus, dll.)	0	6	3
c. Kanabis (marijuana, ganja, gelek, cimengpot, dll.)	0	6	3
d. Kokain (coke, crack, etc.)	0	6	3
e. Stimulan jenis amfetamin (ekstasi, shabu, dll)	0	6	3
f. Inhalansia (lem, bensin, tiner, dll)	0	6	3
g. Sedativa atau obat tidur (Benzodiazepin, Lexotan, Rohypnol, Mogadon, dll.)	0	6	3
h. Halusinogens(LSD, mushrooms, PCP, dll)	0	6	3
i. Opioid (heroin, morfin, metadon, kodein, dll)	0	6	3
j. Zat-lain: jelaskan:	0	6	3

### Pertanyaan 8

	Tidak, tidak pernah	Ya, dalam 3 bulan terakhir	Ya, tapi tidak dalam 3 bulan terakhir
Apakah anda <u>pernah</u> menggunakan zat dengan cara menyuntik? ( <b>HANYA PENGGUNAAN NON MEDIS</b> )	0	2	1

#### BAGAIMANA CARA MENGHITUNG SKOR MASING-MASING ZAT

Untuk masing-masing zat (a sampai j) jumlahkan semua skor yang didapat dari pertanyaan 2 sampai 7. Jangan jumlahkan hasil dari masing-masing P1 atau P8 didalam skor ini.

Contoh, Skor untuk Kanabis (ganja) dapat dijumlahkan dari pertanyaan: **P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c**

Catat bahwa P5 untuk tembakau tidak diberi kode, dan yang dijumlahkan hanya pertanyaan: **P2a + P3a + P4a + P6a + P7a**

#### JENIS INTERVENSI DITENTUKAN OLEH SKOR KETERLIBATAN ZAT SPESIFIK YANG DIGUNAKAN PASIEN

	Catatan Skor Zat Spesifik	Tidak ada Intervensi	Intervensi singkat	Pengobatan yang lebih intensif *
a. Tembakau		0 - 3	4 - 26	27+
b. Minuman beralkohol		0 - 10	11 - 26	27+
c. Kanabis		0 - 3	4 - 26	27+
d. Kokain		0 - 3	4 - 26	27+
e. Stimulan jenis amfetamin		0 - 3	4 - 26	27+
f. Inhalansia		0 - 3	4 - 26	27+
g. Sedativa atau obat tidur		0 - 3	4 - 26	27+
h. Halusinogen		0 - 3	4 - 26	27+
i. Opioid		0 - 3	4 - 26	27+
j. Zat-lain:		0 - 3	4 - 26	27+

**CATATAN: \*PENILAIAN LEBIH LANJUT DAN PENGOBATAN YANG LEBIH INTENSIF dapat disediakan oleh petugas kesehatan di pelayanan kesehatan primer atau setting lain, atau oleh ahli dibidang terapi Napza jika tersedia**

## LAMPIRAN 5

### SKALA PUTUS OPIOID SUBYEKTIF SUBJECTIVE OPIATE WITHDRAWAL SCALE (SOWS)

Tanggal :

Jam :

NO	GEJALA	TIDAK SAMA SEKALI	SEDIKIT	SEDANG	CUKUP BERAT	SANGAT
1	Saya merasa cemas	0	1	2	3	4
2	Saya merasa ingin menguap	0	1	2	3	4
3	Saya berkeringat	0	1	2	3	4
4	Mata saya berair	0	1	2	3	4
5	Hidung saya berair	0	1	2	3	4
6	Saya merinding	0	1	2	3	4
7	Saya gemetar	0	1	2	3	4
8	Saya mengalami hot flushes	0	1	2	3	4
9	Saya mengalami cold flushes	0	1	2	3	4
10	Tulang dan Otot saya nyeri	0	1	2	3	4
11	Saya merasa gelisah ( sulit istirahat)	0	1	2	3	4
12	Saya merasa mual	0	1	2	3	4
13	Saya merasa seperti ingin muntah	0	1	2	3	4
14	Otot saya berkedut	0	1	2	3	4
15	Perut saya kram	0	1	2	3	4
16	Saya merasa seperti ingin memakai sekarang	0	1	2	3	4

**SKALA PUTUS OPIOID OBJEKTIF**  
**OBJECTIVE OPIOIDA WITHDRAWAL SCALE (OOWS)**

Tanggal :

Jam :

NO	TANDA	UKURAN		SKOR
1	Menguap	0 = tidak menguap	1 = menguap $\geq$ 1	
2	Rinorea	0 = < 3 tarikan	1 = $\leq$ tarikan	
3	Piloereksi (amati tangan)	0 = tidak ada	1 = ada	
4	Berkeingot	0 = tidak ada	1 = ada	
5	Lakrimasi	0 = tidak ada	1 = ada	
6	Tremor (tangan)	0 = tidak ada	1 = ada	
7	Midriasis	0 = tidak ada	1 = $\geq$ 3 mm	
8	Hot and Cold flushes	0 = tidak ada	1 = Shivering / huddling for warmth	
9	Gelisah (tidak dapat istirahat)	0 = tidak ada	1 = sering pindah posisi	
10	Muntah	0 = tidak ada	1 = ada	
11	Otot Kedutan	0 = tidak ada	1 = ada	
12	Kram Perut	0 = tidak ada	1 = memegang perut	
13	Cemas	0 = tidak ada	1 = ringan - berat	
	<b>SKOR TOTAL</b>			

**Pakar:**

1. Dr. Benny Ardjil, Sp.KJ
1. Dr. Sudirman, Sp.KJ
2. Dr. Nanang A. Parwoto, Sp.KJ, MARS

**Nara Sumber:**

1. Dr. Kusman Suriakusumah, Sp.KJ, MPH
2. Dr. Aidy Rawas
3. Dr. Al Bahri Husin, Sp.KJ

**Tim Penyusun:**

1. Dr. Diah Setia Utami, Sp.KJ
2. Dr. Carlamia L, Sp.KJ
3. Dr. Vivi Octavia Lubis
4. Dr. Parulian Sandy
5. Dr. Adhi Wibowo Nurhidayat, Sp.KJ
6. Dr. Indiarta Solihin
7. Dr. Ary Fadilla
8. Dr. Imelda, Sp.KJ
9. Mariani, S.Pd, M.Kes
10. Ir. Ediani Rahardjanti, M.Si
11. Sri Bardiyati, S.Sos, M.Si
12. Muslihah, S.Psi, M.Si
13. Margaretha Retno Daru Dewi, S.Psi, M.Si
14. Betty Siretningdyah, Apt







Perpustakaan BNN



**BADAN NARKOTIKA NASIONAL**

Jl. MT. Haryono No. 11

Cawang, Jakarta Timur

Telp. +62 21 808 73566, 808 71567

Fax. +62 21 8088 5225, 8087 1591-92-93

Website : [www.bnn.go.id](http://www.bnn.go.id)

Email : [info@bnn.go.id](mailto:info@bnn.go.id)