



SCREENING
BRIEF
INTERVENTION AND
REFERRAL TO
TREATMENT

Skrining, Intervensi Singkat dan Rujukan Terapi

(SBIRT)



SCREENING
BRIEF
INTERVENTION AND
REFERRAL TO
TREATMENT

krining, Intervensi Singkat dan Rujukan Terapi

(SBIRT)

Perpustakaan BNN

Kata Pengantar

Dengan mengucapkan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan hidayahNya serta atas kerjasama dari berbagai pihak sehingga penyusunan **Petunjuk Pelaksanaan dan Petunjuk Teknis Screening Brief Intervention and Referral to Treatment (Juklak dan Juknis SBIRT)** dapat diselesaikan.

Petunjuk pelaksanaan dan petunjuk teknis tentang SBIRT ini disusun agar dapat dijadikan acuan bagi petugas kesehatan di pelayanan kesehatan masyarakat (Puskesmas) dan pelayanan kesehatan lainnya (seperti RSU, RSJ, dan lain-lain) dalam rangka deteksi dan intervensi dini pada individu yang diduga mengalami gangguan penyalahgunaan narkoba. Selain untuk mengantisipasi kunjungan pasien pada tempat-tempat layanan kesehatan tersebut, yang penyebab sakitnya kemungkinan akibat penyalahgunaan narkoba, Juklak dan Juknis SBIRT ini juga diperlukan dalam penerapan kebijakan pemerintah dimana Puskesmas merupakan salah satu tempat wajib lapor bagi korban penyalah guna narkoba sebagaimana yang tertuang dalam Undang-Undang nomor 35 tahun 2009 tentang Narkotika dalam pasal 55.

Oleh karena itu petugas pelayanan kesehatan terdepan yang melayani pasien perlu dibekali keterampilan SBIRT. Langkah awal yang dapat dilakukan oleh Deputi Bidang Rehabilitasi BNN adalah menyediakan acuan dalam bentuk petunjuk pelaksanaan dan petunjuk teknis tentang SBIRT yang dapat digunakan sebagai petunjuk dalam melakukan deteksi dini melalui skrining, intervensi singkat, dan rujukan untuk mendapatkan perawatan sesuai kebutuhan.

Harapan kami, Juklak dan Juknis ini dapat memenuhi kebutuhan petugas pelayanan kesehatan dalam melakukan tatalaksana korban penyalah guna narkoba di tahap awal melalui metode/ pendekatan SBIRT.

Kepada semua pihak yang membantu penyusunan Juklak dan Juknis tersebut, baik sebagai narasumber, tim penyusun, dan panitia, yang telah bekerja dengan tekun, kami mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya.

Akhirnya masukan dan koreksi dari berbagai pihak untuk perbaikan Juklak dan Juknis SBIRT ini sangat kami harapkan.

Terima kasih.

Jakarta, Oktober 2010
Deputi Rehabilitasi BNN



Dr. Benny Ardjil, Sp.KJ

Perpustakaan BNN



Kata Sambutan Kepala Badan Narkotika Nasional

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarokatuh,
Salam Sejahtera Bagi Kita Semua.

Puji dan syukur kita panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat rahmat dan karuniaNya, Deputy Bidang Rehabilitasi Badan Narkotika Nasional dapat menyelesaikan penyusunan buku **Petunjuk Pelaksanaan dan Petunjuk Teknis Screening Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT)**.

Penanggulangan masalah penyalahgunaan narkoba memerlukan upaya yang komprehensif melibatkan semua sektor terkait baik dari pemerintah dan masyarakat, oleh karena dampak buruk penyalahgunaan narkoba telah meluas pada berbagai bidang kehidupan masyarakat, meliputi masalah kesehatan masyarakat, kesejahteraan, pendidikan, pekerjaan, dan kriminalitas, yang semuanya akan mengakibatkan kerugian sosial dan ekonomi yang besar yang harus ditanggung oleh negara dan seluruh masyarakat.

Badan Narkotika Nasional sebagai penanganan permasalahan penyalahgunaan narkoba memerlukan kebijakan dan strategi yang efektif dengan memanfaatkan sarana dan prasarana kesehatan yang ada di masyarakat. Salah satunya dengan memanfaatkan ketersediaan dan keterjangkauan Puskesmas, melalui penetapan Undang-Undang Narkotika Nomor 35, dimana dalam pasal 55 disebutkan bahwa Pecandu narkoba wajib mendapatkan rehabilitasi di Rumah Sakit Ketergantungan, Panti Rehabilitasi Medis dan Sosial, serta Puskesmas. Khusus untuk Puskesmas, selain sebagai tempat terapi awal juga ditetapkan sebagai tempat wajib lapor bagi pecandu narkoba. Oleh karena itu sangat ideal

bila petugas Puskesmas dibekali dengan keahlian dan kemampuan yang sesuai untuk mendeteksi secara dini pasien yang memiliki riwayat ketergantungan narkoba.

Saya selaku Kepala BNN menyambut baik penyusunan buku **Petunjuk Pelaksanaan dan Petunjuk Teknis Screening Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT)** ini sebagai salah satu upaya meningkatkan keahlian petugas kesehatan dalam mendeteksi secara dini adanya kecenderungan penyalahgunaan narkoba. Saya berharap para petugas dapat memanfaatkan buku ini dengan sebaik-baiknya, sehingga penyalahgunaan narkoba dapat menerima pelayanan yang optimal.

Akhirnya saya menyampaikan penghargaan dan terima kasih atas dukungan dan kerja sama semua pihak yang telah membantu penyusunan buku ini. Saya berharap buku ini dapat dimanfaatkan oleh petugas kesehatan, khususnya di Puskesmas, dalam upaya penanganan korban penyalahgunaan narkoba.

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.

Sekian dan Terima Kasih.

Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Jakarta, Oktober 2010
Kepala Badan Narkotika Nasional



Drs. Gories Mere

Perpustakaan BNN

Daftar Isi

Kata Pengantar	iii
Kata Sambutan	v
Daftar Isi	vii
BAB 1. Pendahuluan	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Maksud dan Tujuan	4
1.3. Ruang Lingkup	5
1.4. Landasan Hukum dan Kebijakan	5
1.5. Terminologi	8
BAB 2. Petunjuk Pelaksanaan SBIRT	13
2.1. Ruang Lingkup SBIRT	13
2.2. Tujuan SBIRT	15
2.3. Kerangka Teoritis SBIRT	16
2.4. Hambatan dan Tantangan Penerapan SBIRT	17
2.5. Instrumen Skrining Terstandarisasi	19
2.5.1. Pengantar	19
2.5.2. DAST	19
2.5.3. CAGE	20
2.5.4. AUDIT	21
2.6. Model-Model Intervensi dan Terapi Singkat	22
2.6.1. Pengantar	22
2.6.2. Intervensi Singkat	24
2.6.3. Terapi Singkat	31
2.6.4. Terapi CBT Singkat	33
2.6.5. Terapi Interaksional Singkat	34
2.6.6. Terapi Humanistik dan Eksistensial Singkat	36
2.6.7. Terapi Keluarga Singkat	37
2.6.8. Terapi Kelompok Singkat	39
BAB 3. Petunjuk Teknis Skrining Menggunakan ASSIST	41
3.1. Pengantar	41

3.2. Protokol ASSIST	44
3.2.1. Kriteria Inklusi dan Eksklusi	44
3.2.2. Waktu Penggunaan ASSIST	45
3.2.3. Prosedur Memperkenalkan ASSIST kepada Klien	45
3.2.4. Prosedur Penggunaan ASSIST	47
3.2.5. Prosedur Pemberian Skor dan Interpretasi	48
3.3. Rencana Intervensi	51
3.3.1. Prosedur Penyusunan Rencana Intervensi	51
3.3.2. Prosedur Tindak Lanjut Skrining	53
3.3.3. Prosedur Pemberian Umpan Balik	54
3.3.4. Prosedur Pemberian Informasi	55
BAB 4. Petunjuk Teknis Intervensi Singkat:	57
4.1. Pengantar	57
4.2. Wawancara Motivasional	57
4.2.1. Intervensi Motivasional dan Tahapan Perubahan Perilaku	60
4.2.2. Wawancara Motivasional	64
4.2.3. Konsep Motivasi dan Perubahan Perilaku	64
4.2.4. Prosedur Wawancara Motivasional dalam Bentuk Konseling	71
4.2.5. Prosedur Mengukur Motivasi Klien	78
BAB 5. Petunjuk Teknis Rujukan Terapi	85
5.1 Rujukan Terapi	85
5.2 Sistem Rujukan Terapi dan Rehabilitasi Narkoba	85
5.3 Jenis-Jenis Rujukan Terapi Spesialistik	87
5.4 Prosedur Rujukan Terapi	89
5.5 Monitoring dan Evaluasi	90
BAB 6. Penutup	92
Daftar Pustaka	93
Lampiran	95

Perpustakaan BNN

BAB 1

Pendahuluan

1.1. Latar Belakang

Masalah penyalahgunaan narkoba sudah menjadi permasalahan global, mewabah hampir di semua bangsa di dunia, mengakibatkan kematian jutaan jiwa, menghancurkan kehidupan keluarga dan mengancam keamanan dan stabilitas nasional. PBB menyatakan bahwa narkoba sedang menghancurkan masyarakat, memicu aksi-aksi kejahatan, menyebarkan penyakit seperti AIDS dan merenggut kaum muda serta masa depan. PBB menambahkan "kini diperkirakan ada 190 juta pengguna narkotika di dunia, dan tidak ada satu negara pun yang bebas dari narkoba".

Data terakhir yang dapat dilaporkan bahwa pada tahun 2008 ditemukan jumlah penyalah guna narkoba pada kelompok usia 15 - 64 tahun adalah sebagai berikut: jumlah orang dengan minimal pemakaian narkoba satu kali dalam satu tahun terakhir sebesar 155 – 250 juta jiwa, sedangkan yang mengalami gangguan karena penyalahgunaan narkoba sebesar 16-38 juta, dan yang menyuntikkan narkoba (IDUs) sebesar 11- 21 juta (World Drug Report, 2010).

Di Indonesia, penyalahgunaan narkoba juga telah sangat meluas dan terjadi pada berbagai strata masyarakat, khususnya di kota-kota besar seperti Jakarta dapat dikatakan tidak ada daerah (Kelurahan, bahkan RT/RW) yang bebas narkoba. Angka kejadian atau jumlah kasus meningkat secara cepat dalam deret ukur. Pada tahun 2004 prevalensi penyalah guna narkoba sebesar 1,5 %, dan tahun 2008 menjadi 1,99 % atau sekitar 3,2 – 3,6 juta jiwa, yang terdiri dari 26 % coba pakai, 27 % teratur pakai, 47 % pecandu (survei nasional BNN dan Puslitkes UI). Kasus penyalahgunaan narkoba merupakan fenomena gunung es, karena kasus narkoba adalah kelompok tersembunyi dan sulit ditemukan. Menurut WHO,

jika ada 1 kasus ditemukan berarti terdapat 10 kasus di tempat itu.

Penyalahgunaan narkoba berdampak buruk terhadap kesehatan, meningkatnya kejahatan, menurunnya kualitas sumber daya manusia, produktivitas, dan kualitas kerja. Akibat penyalahgunaan narkoba juga berdampak pada besarnya kerugian sosial-ekonomi yang harus ditanggung keluarga, masyarakat, dan negara. Biaya yang dikeluarkan keluarga karena penyalahgunaan narkoba sangat besar, belum lagi biaya yang diperlukan untuk perawatan. Negara juga harus mengeluarkan biaya besar untuk memberantas dan menanggulangi masalah tersebut. Kerugian negara akan bertambah besar jika pecandu yang jumlahnya 1.598.000 orang (47% dari 3,4 juta jiwa penyalah guna) menjadi beban negara, sehingga diperlukan biaya rehabilitasi sebesar Rp. 54.651.600.000.000 (54 trilyun 651 miliar 600 juta rupiah). Perhitungan ini diperoleh dari 1.598.000 orang x 9 bulan (rata-rata lama perawatan) x Rp 3.800.000,00/bulan (indeks biaya perawatan di UPT TR BNN).

Selain kerugian ekonomi, korban penyalah guna narkoba juga berisiko tinggi terjangkit penyakit menular dan mematikan yang disebabkan oleh pemakaian jarum suntik yang tidak steril secara bergantian. Menurut laporan, 80% pengguna narkoba dengan jarum suntik terutama heroin atau putauw menderita hepatitis B atau C, dan 50 % tertular HIV/AIDS. Disamping itu, risiko tertular akan terjadi pada orang-orang terdekatnya yaitu pasangan seks dan anak jika isterinya terinfeksi virus kemudian melahirkan.

Dampak buruk lainnya dari penyalahgunaan narkoba adalah tingginya angka kematian. Dilaporkan bahwa pada tahun 2008 korban penyalahgunaan narkoba yang meninggal per hari mencapai 40 orang (BNN dan Puslitkes UI). Angka ini belum menggambarkan keadaan sesungguhnya, karena penyebab kematian sebenarnya seringkali tidak diungkap. Banyak kasus narkoba dilaporkan meninggal karena sebab lain, seperti perdarahan otak, penyakit jantung, asma, atau kecelakaan, yang disebabkan rasa malu keluarga dan tidak dilakukan otopsi.

Dengan semakin meningkatnya korban penyalahgunaan narkoba, sementara ketersediaan dan keterjangkauan layanan terapi dan

rehabilitasi yang disediakan oleh Pemerintah masih terbatas, sedangkan biaya pelayanan swasta tidak terjangkau oleh masyarakat tidak mampu, mengakibatkan semakin besarnya korban penyalahgunaan narkoba yang belum mendapatkan layanan terapi dan rehabilitasi. Hasil pengumpulan data yang dilakukan oleh Pusat Terapi dan Rehabilitasi BNN pada tahun 2009 menunjukkan bahwa jumlah penyalah guna yang telah mengakses layanan terapi, baik rawat jalan maupun rawat inap sebesar 17.734 orang (Jurnal Data P4GN, 2010). Berarti hanya sekitar 0,5% dari pecandu narkoba yang mendapat layanan terapi rehabilitasi, sedangkan sekitar 99,5% pecandu lainnya berada di masyarakat (keluarga, sekolah, tempat kerja, penjara, komunitas).

Oleh sebab itu, berbagai upaya dilakukan untuk memudahkan akses layanan terapi dan rehabilitasi bagi korban yang belum terjangkau. Deteksi dini dan pengobatan segera merupakan salah satu strategi Deputi Bidang Rehabilitasi dalam penanggulangan korban penyalahgunaan narkoba. Deteksi dini dan pengobatan segera bagi korban penyalahgunaan narkoba bisa dilakukan melalui metode/ pendekatan *screening, brief intervention and referral to treatment (SBIRT)*. SBIRT adalah suatu rangkaian kegiatan yang komprehensif dan terintegrasi yang dimulai dari skrining untuk deteksi dini yang dilanjutkan dengan intervensi singkat bagi korban penyalahgunaan narkoba, kemudian dilakukan rujukan jika memerlukan terapi lebih kompleks. SBIRT tidak ditujukan pada mereka yang mengalami kecanduan narkoba (pecandu), melainkan lebih kepada pengenalan secara dini terhadap perilaku individu yang menggunakan narkoba tetapi tidak sampai mengalami ketergantungan. SBIRT dapat digunakan sebagai strategi intervensi dini pada individu, sebelum mereka mengalami masalah gangguan penggunaan narkoba yang lebih serius/ berat.

SBIRT dalam bahasa Indonesia diterjemahkan menjadi Skrining, Intervensi Singkat dan Rujukan untuk mendapatkan terapi. Selain untuk deteksi dini, SBIRT dapat pula digunakan untuk menentukan derajat keparahan penggunaan narkoba dan mengidentifikasi tingkat intervensi yang diperlukan untuk keperluan rujukan.

Karena SBIRT ditujukan untuk deteksi dini dan intervensi awal bagi korban penyalahgunaan narkoba, maka SBIRT bisa dilaksanakan pada pelayanan primer (puskesmas), karena puskesmas merupakan ujung tombak dari pelayanan kesehatan masyarakat dimana klien pertama kali datang. Selain itu banyak kasus pecandu yang berobat ke puskesmas dengan keluhan fisik seperti pusing, batuk, demam, dan lain-lain, tidak terdeteksi penyebab sebenarnya yaitu akibat penyalahgunaan narkoba, sehingga klien tidak mendapatkan akses informasi dan layanan terapi rehabilitasi yang sesuai kebutuhan.

Puskesmas juga merupakan tempat layanan kesehatan yang ketersediaannya hampir di seluruh lapisan masyarakat dan mudah diakses dari segi lokasi dan biaya. Hal ini didukung oleh kebijakan pemerintah yang tertuang dalam Undang-Undang No. 35 tahun 2009 tentang Narkotika pasal 55 bahwa puskesmas sebagai salah satu tempat wajib lapor bagi korban penyalahgunaan narkoba. Oleh sebab itu, petugas puskesmas perlu dibekali kemampuan dalam melaksanakan SBIRT melalui pelatihan/ *workshop*/ lokakarya, atau sejenisnya.

Sebagai langkah awal dalam meningkatkan kemampuan petugas puskesmas, Deputi Bidang Rehabilitasi BNN menyediakan suatu petunjuk pelaksanaan dan petunjuk teknis yang menjadi pedoman atau acuan dalam tatalaksana korban penyalahgunaan narkoba menggunakan metode/ pendekatan SBIRT.

1.2. Maksud Dan Tujuan

1.2.1. Maksud

Penyusunan Juklak dan Juknis SBIRT dimaksudkan agar:

- a. Tersedianya petunjuk pelaksanaan dan petunjuk teknis dalam melakukan asesmen terhadap penyalah guna narkoba melalui metode SBIRT.
- b. Meningkatnya kemampuan petugas dalam mendeteksi dini penyalah guna narkoba melalui metode SBIRT.

- c. Petugas pelayanan terapi dan rehabilitasi gangguan penggunaan narkoba dapat menerapkan SBIRT pada pelaksanaan tugasnya sehari-hari.
- d. Memudahkan penatalaksanaan SBIRT mulai dari proses skrining hingga rujukan.

1.2.2. Tujuan

- a. Menyediakan petunjuk pelaksanaan dan petunjuk teknis dalam melakukan asesmen terhadap penyalah guna narkoba melalui metode SBIRT.
- b. Meningkatkan kemampuan petugas dalam mendeteksi dini penyalah guna narkoba melalui metode SBIRT.

1.3. Ruang Lingkup

Sasaran SBIRT ini adalah petugas kesehatan di tempat-tempat pelayanan kesehatan primer misalnya di puskesmas, klinik, ataupun yang lainnya. Sekalipun sistem SBIRT dapat diterapkan pada berbagai populasi, namun pengembangan SBIRT sesungguhnya lebih ditujukan pada hanya 25 % populasi berisiko, yaitu mereka yang berisiko tinggi mengalami masalah penyalahgunaan narkoba dan mereka yang telah ketergantungan.

1.4. Landasan Hukum dan Kebijakan

1.4.1 Undang-undang Nomor 7 Tahun 1997 tentang Pengesahan Konvensi Perserikatan Bangsa-Bangsa tentang Pemberantasan Peredaran Gelap Narkotika dan Psikotropika (*United Nation Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drug and Psycotropic Substances*) (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1997 Nomor 17, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3673);

- 1.4.2 Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
- 1.4.3 Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 143, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5062);
- 1.4.4 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
- 1.4.5 Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 13, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
- 1.4.6 Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3952);
- 1.4.7 Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
- 1.4.8 Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2002 tentang Badan Narkotika Nasional;

- 1.4.9 Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 996/Menkes/SK/VIII/2002 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sarana Pelayanan Rehabilitasi Penyalahgunaan dan Ketergantungan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif Lainnya;
- 1.4.10 Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 486/Menkes/SK/IV/2007 tentang Kebijakan dan Rencana Strategi Penanggulangan Penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif Lainnya;
- 1.4.11 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis;
- 1.4.12 Peraturan Menteri Sosial Nomor 56/HUK/2009 tentang Pelayanan dan Rehabilitasi Sosial Korban Penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif Lainnya;
- 1.4.13 Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 420/Menkes/SK/III/2010 tentang Pedoman Layanan Terapi dan Rehabilitasi Komprehensif pada Gangguan Penggunaan Narkoba Berbasis Rumah Sakit;
- 1.4.14 Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 421/Menkes/SK/III/2010 tentang Standar Pelayanan Terapi dan Rehabilitasi Gangguan Penggunaan Narkoba;
- 1.4.15 Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 422/Menkes/SK/III/2010 tentang Pedoman Penatalaksanaan Medik Gangguan Penggunaan Narkoba;
- 1.4.16 Undang-undang Nomor 11 Tahun 2009 tentang Ketentuan-Ketentuan Pokok Mengenai Kesejahteraan Sosial;
- 1.4.17 Instruksi Presiden nomor 3 tahun 2002 tentang Pencegahan, Pemberantasan, Penyalahgunaan dan Peredaran Gelap Narkoba (P4GN)
- 1.4.18 Peraturan Menteri Kesehatan No. 2415 tentang Rehabilitasi Medis Pecandu, Penyalah guna dan Korban Penyalahgunaan Narkotika.

1.5. Terminologi

- Narkoba adalah akronim dari Narkotika, Psikotropika dan Bahan Adiktif lainnya atau dapat pula menjadi Narkotika dan Bahan Berbahaya lainnya.
- NAPZA adalah akronim dari Narkotika, Alkohol, Psikotropika, dan Zat Adiktif lainnya.
- Narkotika ialah zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman baik sintetis maupun semi sintetis yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa, mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri, dan dapat menimbulkan ketergantungan.
- Psikotropika adalah zat atau obat, baik alamiah maupun sintetis bukan narkotika, yang berkhasiat psikotropika melalui pengaruh selektif pada susunan saraf pusat yang menyebabkan perubahan khas pada aktivitas mental dan perilaku.
- Zat adiktif ialah bahan yang penyalahgunaannya dapat menimbulkan ketergantungan psikis.
- Penggunaan narkoba (*Substance Use*) merupakan istilah yang berjalan dari sisi diagnostik sesuai dengan klasifikasi ICD-10 (*International Classification of Diseases-10*, suatu klasifikasi WHO). Gangguan Penggunaan Narkoba (*substance abuse*) merujuk kepada istilah bahwa narkoba itu tak patut digunakan, suatu pandangan sosiokultural dan legal.
- Ketergantungan narkoba adalah suatu pola maladaptif dari penggunaan narkoba, menimbulkan hendra atau kesukaran yang berarti secara klinis, seperti timbulnya toleransi, gejala putus zat, sulit untuk menghentikan penggunaan, hambatan pada dunia akademik atau pekerjaan (DSM-IV, 1994:181).
- Gangguan penggunaan narkoba adalah suatu pola penggunaan narkoba yang menimbulkan hendra atau penyulit/ komplikasi yang berarti secara klinis dan atau fungsisosial, seperti kesulitan untuk menunaikan kewajiban utama dalam pekerjaan/ rumah

tangga/sekolah, berada dalam keadaan intoksikasi yang dapat membahayakan fisik ketika mengoperasikan mesin atau mengendarai kendaraan, melanggar aturan atau cekcok dengan pemasangan (DSM-IV, 1994:182-183).

- Penggunaan yang merugikan adalah pola penggunaan narkoba yang merusak kesehatan. Kerusakan tersebut dapat berupa fisik (seperti pada kasus hepatitis karena penggunaan obat melalui suntikan diri sendiri) atau mental (misalnya episode gangguan depresi sekunder karena konsumsi berat alkohol).
- Sindrom ketergantungan adalah suatu kelompok fenomena fisiologis, perilaku, dan kognitif akibat penggunaan suatu zat/ obat tertentu yang mendapat prioritas lebih tinggi bagi individu tertentu ketimbang yang pernah diunggulkan pada masa lalu. Gambaran utama yang khas dari sindrom ketergantungan ialah keinginan (sering amat kuat dan bahkan terlalu kuat) untuk menggunakan obat psikoaktif (baik yang diresepkan maupun tidak), alkohol atau tembakau. Mungkin ada bukti bahwa mereka yang menggunakan kembali narkoba setelah suatu periode abstinensia akan lebih cepat kambuh daripada individu yang sama sekali tidak ketergantungan.
- Ketergantungan fisik adalah keadaan bila seseorang mengurangi atau menghentikan penggunaan narkoba tertentu yang biasa ia gunakan, ia akan mengalami gejala putus zat. Selain ditandai dengan gejala putus zat, ketergantungan fisik juga dapat ditandai dengan adanya toleransi.
- Ketergantungan psikis adalah suatu keadaan bila berhenti menggunakan narkoba tertentu, seseorang akan mengalami kerinduan yang sangat kuat untuk menggunakan narkoba tersebut walaupun ia tidak mengalami gejala fisik.
- Penyalah guna narkoba adalah orang yang menggunakan narkoba tanpa sepengetahuan dan pengawasan dokter.
- Pecandu narkoba adalah orang yang menyalahgunakan narkoba dan dalam keadaan ketergantungan pada narkotika, baik secara fisik maupun psikis.

- Fasilitas kesehatan adalah tempat, baik rumah sakit, klinik umum atau klinik khusus yang melaksanakan sebuah program atau kegiatan yang berkaitan dengan masalah gangguan penggunaan narkoba.
- Sarana dan lembaga sosial adalah tempat yang melaksanakan pelayanan dan rehabilitasi sosial masalah gangguan penggunaan narkoba baik yang diselenggarakan oleh pemerintah ataupun masyarakat.
- Terapi adalah suatu proses pemulihan dengan memberikan intervensi secara fisik, psikologis, maupun sosial kepada klien gangguan penggunaan narkoba.
- Rehabilitasi adalah suatu proses pemulihan gangguan penggunaan narkoba baik dalam jangka waktu pendek maupun panjang yang bertujuan mengubah perilaku untuk mengembalikan fungsi individu tersebut di masyarakat.
- Komprehensif adalah suatu terapi yang diberikan secara menyeluruh untuk gangguan penggunaan narkoba dan dampak lain yang ditimbulkannya.
- Abstinensia adalah keadaan bebas dari narkoba dalam suatu kurun waktu tertentu.
- *Kambuh (Relapse)* adalah kembali menggunakan narkoba setelah sebuah periode abstinensia. Beberapa ahli menganggap kambuh harus mencakup hanya orang-orang yang telah menyelesaikan atau melengkapi episode terapi formal dan kemudian kembali menggunakan narkoba dengan pola yang serupa atau lebih buruk dari penggunaan sebelum abstinensia.
- Komorbiditas adalah satu penyakit atau lebih berada secara bersama-sama pada seorang individu pada suatu saat. Biasanya merujuk pada adanya gangguan penggunaan narkoba sekaligus dengan gangguan mental.
- *Dual Diagnosis/ Diagnosis Ganda* adalah kombinasi adiksi dan masalah psikiatri, klien yang menderita satu bentuk gangguan mental, dan yang juga menyalahgunakan narkoba, sering

disebut klien *dual diagnosis*. Seseorang mempunyai masalah gangguan penggunaan narkoba dan dapat didiagnosa juga masalah psikiatri yang signifikan. Istilah ini telah diterapkan pada masalah yang muncul bersama (*coexisting problems*), termasuk kombinasi gangguan penggunaan narkoba dan anoreksia, bulimia, berjudi, penyalahgunaan pasangan, dan AIDS.

- Program Terapi Rumatan Metadon adalah terapi yang menggabungkan antara pendekatan farmakologis menggunakan cairan metadon dan pendekatan psikososial. Metadon adalah *opiate agonist*, yang bekerja pada tubuh selama 24 – 36 jam, dan sangat baik diabsorpsi tubuh melalui organ pencernaan. Program ini bersifat rawat jalan dan jangka panjang. Tujuan utamanya adalah untuk mengatasi ketagihan heroin di otak dengan penggunaan metadon, mengembangkan hubungan yang terapeutik, serta mencegah transmisi HIV.
- Program Terapi Rumatan Buprenorfin serupa dengan metadon, tetapi menggunakan tablet buprenorfin. Buprenorfin adalah *opiate semi-agonist*, yang bekerja pada tubuh selama 24 – 48 jam dan digunakan dengan cara sub-lingual (di bawah lidah). Memiliki tujuan yang serupa dengan metadon.
- Program Terapi Rumatan Buprenorfin–Naloxon serupa dengan buprenorfin, hanya saja komponen yang memblokir reseptor opiat lebih kuat (naloxon), sehingga diharapkan pengguna tidak mengalami *euphoria* sama sekali apabila menyuntikkan heroin ilegal ketika berada dalam program rumatan.
- Skrining adalah cara cepat dan sederhana untuk mengidentifikasi klien/ klien yang membutuhkan asesmen atau perawatan lebih lanjut untuk penyalahgunaan zat.
- Asesmen adalah proses memperoleh informasi melalui kerjasama dengan klien yang memungkinkan konselor untuk memahami kesiapan klien untuk berubah, masalah-masalah yang dialami klien, ada tidaknya persoalan gangguan kejiwaan atau penyalahgunaan narkoba, ketidakmampuan fisik ataupun

psikis, serta kekuatan-kekuatan yang dimiliki klien.

- Penasun adalah singkatan dari pengguna narkoba suntik (*injecting drug users*). Istilah penasun saat ini sudah menjadi istilah umum yang digunakan untuk menunjuk individu yang menggunakan narkoba dari berbagai jenis dengan cara suntik.

Perpustakaan BNN

BAB 2

Petunjuk Pelaksanaan SBIRT

2.1 Ruang Lingkup SBIRT

Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT) dalam bahasa Indonesia diterjemahkan menjadi Skrining, Intervensi Singkat dan Rujukan Terapi (selanjutnya disebut sebagai SBIRT). SBIRT adalah suatu sistem pendekatan atau pendekatan kesehatan masyarakat yang komprehensif dan terintegrasi yang dilakukan oleh petugas kesehatan atau petugas layanan sosial, untuk pengenalan dan intervensi dini individu yang diduga mengalami masalah penyalahgunaan narkoba. Hal ini didasari kenyataan bahwa pengenalan dini individu yang telah terlibat pada penyalahgunaan narkoba dapat meminimalisasi timbulnya risiko yang lebih serius atau ketergantungan terhadap narkoba. Sebagai contoh, tidak sedikit tindak kekerasan atau kecelakaan lalu lintas dipicu oleh penggunaan narkoba sehingga menimbulkan angka kesakitan dan kematian yang signifikan.

SBIRT dikembangkan oleh *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMSHA), Amerika Serikat pada tahun 1999. Sistem ini diterapkan terutama pada beberapa fasilitas layanan kesehatan seperti Puskesmas, pusat trauma dan unit gawat darurat serta unit-unit lainnya. Studi empirik menunjukkan efektivitas SBIRT dalam menapis klien-klien umum yang diduga terlibat dalam penyalahgunaan narkoba (Fleming et al, 2000; Cuijpers, Riper, & Lemmers, 2004). Selain pada layanan medis di atas, SBIRT juga dapat diterapkan pada fasilitas layanan medis lainnya, termasuk diantaranya Poliklinik, Rumah Sakit Umum, Dokter praktek, Institusi Pendidikan, dan Rumah Sakit/ Klinik Kesehatan Jiwa. Proses skrining pada SBIRT menggunakan berbagai macam instrumen yang telah terstandarisasi, namun yang paling sering digunakan adalah AUDIT, ASSIST dan DAST. ASSIST merupakan instrumen yang dikembangkan WHO dan saat ini telah diadaptasi dalam bahasa Indonesia oleh

Kementerian Kesehatan (Dit. Bina Keswa, 2006) dan digunakan pada beberapa fasilitas kesehatan primer.

Penerapan SBIRT pada Unit Gawat Darurat

SBIRT dapat diterapkan pada Unit Gawat Darurat suatu rumah sakit, terutama untuk diterapkan pada pasien yang mengalami masalah keracunan, overdosis dan kecelakaan lalu lintas yang mungkin berkaitan dengan penggunaan alkohol atau Napza lainnya. Segera setelah kondisi kegawatannya teratasi maka hendaknya diterapkan sistem SBIRT. Sebagai contoh, pasien masuk UGD karena kecelakaan tunggal sepeda motor, petugas kesehatan perlu mencurigai adanya pengaruh alkohol yang mengganggu fungsi motorik dan persepsi yang bersangkutan. Pada pasien dengan pola penggunaan Napza sedang dan berat hendaknya dilakukan proses rujukan untuk memperoleh terapi yang dibutuhkannya. Pasien dengan pola penggunaan ringan dapat diberikan intervensi singkat saat itu juga setelah kondisi fisiknya teratasi.

Penerapan SBIRT pada Institusi Pendidikan

SBIRT dapat diterapkan pada institusi pendidikan dan menjadi bagian dari sistem unit kesehatan sekolah (UKS). Oleh karenanya penerapan SBIRT sungguh-sungguh untuk membantu siswa dalam pola perilaku penyalahgunaan narkobanya dan mencegah agar tidak terpuruk lebih dalam atau terhindar dari risiko-risiko yang merugikan. Siswa yang terdeteksi mengalami masalah penyalahgunaan melalui sistem SBIRT ini hendaknya tidak dikeluarkan dari sekolah, melainkan dilakukan rujukan terapi yang spesifik terkait kebutuhan yang bersangkutan. Sekolah perlu menjalin jejaring dengan berbagai lembaga terapi rehabilitasi narkoba terdekat untuk keperluan sistem rujukan ini.

SBIRT tidak ditujukan pada mereka yang mengalami ketergantungan narkoba, melainkan lebih pada mengenali sedini mungkin perilaku penggunaan narkoba pada individu yang tidak mengalami

ketergantungan narkoba. SBIRT merupakan strategi intervensi dini pada individu, sebelum mereka mengalami masalah penyalahgunaan narkoba yang lebih serius/ berat. Sebagai contoh, remaja dengan keluhan sering pusing dan mengalami gangguan belajar, ternyata dipicu dengan pola penggunaan ganja dalam taraf penggunaan rekreasional. Ada banyak klien dengan keluhan hipertensi setelah dilakukan skrining ternyata memiliki pola penggunaan rokok yang memperburuk kondisi hipertensinya. Penelitian menunjukkan bahwa klien dengan riwayat penggunaan narkoba dan memperoleh intervensi dini memiliki kecenderungan yang lebih rendah dalam hal kecelakaan lalu lintas, menurunkan pola penggunaan narkoba, menurunkan angka kesakitan dan berbagai dampak buruk lainnya (Fleming, dkk, 2000; WIPHL, 2010). Sekalipun pelaksanaan SBIRT terutama untuk deteksi dini, SBIRT dapat pula digunakan untuk menentukan derajat keparahan penggunaan narkoba dan mengidentifikasi tingkatan intervensi yang diperlukan untuk keperluan rujukan.

Untuk masalah penatalaksanaan klien, SBIRT mengoptimalkan institusi yang tersedia di komunitas, dan bila diperlukan, merujuk pada layanan yang lebih khusus seperti misalnya rumah sakit ketergantungan obat atau klinik spesialis narkoba. Hal ini didasari oleh latar belakang bahwa individu dengan penyalahgunaan narkoba perlu memperoleh kemudahan dalam mengakses layanan terapi narkoba dan tidak semua klien memerlukan intervensi spesifik yang khusus. Kebanyakan kasus justru hanya memerlukan tindakan medis sederhana disertai dengan konseling adiksi, dimana hal ini dapat dilaksanakan pada institusi kesehatan/ sosial yang berada di komunitas.

2.2 Tujuan SBIRT

- a. Untuk mendukung fasilitas layanan kesehatan dalam melakukan layanan kesehatan dan menyediakan layanan konseling untuk klien-klien yang menggunakan atau menyalahgunakan narkoba;
- b. Untuk melakukan intervensi atas perilaku penyalahgunaan narkoba yang berisiko dan menurunkan paparan atas konsekuensi negatif atas perilaku tersebut;

- c. Untuk membangun jejaring antara layanan kesehatan komunitas dengan penyedia layanan khusus narkoba dalam kaitan proses rujukan atas layanan spesifik yang diperlukan.

SBIRT juga diarahkan untuk merubah paradigma petugas kesehatan/ sosial tentang hal-hal berikut:

- a. Bahwa penggunaan narkoba bervariasi, mulai dari tidak menggunakan sama sekali (abstinensia) hingga pola perilaku ketergantungan;
- b. Bahwa klien pengguna narkoba dapat ditemui dimanapun;
- c. Bahwa intervensi sedini mungkin dapat mencegah risiko yang lebih buruk;
- d. Bahwa terdapat perbedaan antara populasi pengguna narkoba yang berisiko maupun populasi pengguna narkoba yang telah mengalami ketergantungan.

2.3. Kerangka Teoritis SBIRT

Pada prinsipnya, proses skrining pada SBIRT mencoba mengidentifikasi ada tidaknya kemungkinan penggunaan narkoba pada seseorang, dan kemudian menilai derajat pola penggunaan narkoba tersebut. Hasil dari skrining tersebut dapat menjadi landasan petugas untuk melakukan tindak lanjut agar kemungkinan-kemungkinan negatif yang ada dapat segera diminimalisasi.

Teori dan struktur program SBIRT dapat bervariasi, namun komponen utamanya dapat digambarkan dalam bentuk sebagai berikut:



2.4. Hambatan dan Tantangan Penerapan SBIRT

Banyak terapis dan petugas lainnya menganggap bahwa pada umumnya penyalah guna narkoba resisten terhadap perubahan, tidak memiliki motivasi dan menyangkal masalah-masalah yang terkait dengan perilaku penyalahgunaan narkobanya. Hasilnya, banyak petugas merasa malas bekerja dengan mereka. Sikap ini bahkan juga ditunjukkan oleh mereka yang bekerja pada program terapi narkoba (Miller, 1993). Hasil survei pada tempat terapi dan rehabilitasi pada 13 provinsi tahun 2009 menunjukkan bahwa 64.5% tidak merasa senang bekerja dalam bidang narkoba (BNN, 2010). Survei ini juga menunjukkan bahwa 60.8% petugas yang bekerja dalam bidang adiksi narkoba mengatakan bahwa adiksi bukan suatu penyakit. Walaupun perspektif ini akan berubah seiring dengan meningkatnya pengetahuan petugas atas berbagai motivasi klien, masih saja ada tradisi pandangan bahwa penyalah guna harus betul-betul mengalami hal yang sangat pahit (*hit the bottom*) untuk dapat berubah.

Hambatan ideologis lain umumnya hadir pada tahap-tahap awal penyalahgunaan zat. Fokus intervensi singkat yang lebih kepada pengurangan risiko dan mengajarkan bagaimana penggunaan yang aman seringkali sulit dilakukan dan sulit diterima oleh konselor atau petugas yang memiliki pandangan kuat atas pendekatan abstinensia. Jika masalah penyalahgunaan narkoba ditempatkan dalam suatu kontinum dari kondisi bebas zat hingga penyalahgunaan yang serius, berbagai upaya untuk memperkecil risiko adalah suatu langkah menuju ke arah yang benar dan tidak bertentangan dengan tujuan dari bebas zat sebagai bentuk akhir dari pengurangan risiko (Marlatt et al., 1993). Berbagai penelitian menunjukkan bahwa individu yang telah bekerja dan berfungsi dengan baik dalam lingkungan sosialnya seringkali tidak merespons positif atas berbagai bentuk terapi narkoba yang tradisional, misalnya, melalui program rawat inap jangka panjang.

Hambatan lainnya adalah pada petugas kesehatan yang sangat memegang teguh keyakinan bahwa penyalahgunaan narkoba adalah akibat ketidakseimbangan proses kimiawi di otak sehingga proses pemulihan semata-mata bergantung pada farmakoterapi. Petugas kesehatan seperti ini umumnya akan sangat resisten untuk melakukan intervensi singkat karena menganggap hal tersebut tidak akan memberi hasil yang optimal. Padahal banyak penelitian menunjukkan bahwa berbagai model farmakoterapi yang disertai dengan pemberian konseling (bahkan untuk bentuk yang singkat sekalipun) memberikan hasil yang lebih baik (McLellan et al., 1993; Volpicelli et al., 1992).

Hambatan berikutnya adalah kontradiksi bahwa intervensi singkat bertentangan dengan pandangan perlunya bertahan dalam terapi dalam jangka waktu yang lama (Lamb et al, 1998). Dalam hal ini intervensi singkat tidak bertentangan dengan terapi jangka panjang. Intervensi singkat tetap diperlukan terutama menyadari bahwa setidaknya hingga 50% klien akan drop out dari terapi narkoba sebelum selesai program.

2.5 Instrumen Skrining Terstandarisasi

2.5.1. Pengantar

Pelaksanaan skrining dalam sistem SBIRT dapat menggunakan berbagai macam instrumen yang tersedia. Dapat saja kita menggunakan instrumen yang dibuat sendiri, namun saat ini di dunia telah tersedia berbagai jenis instrumen skrining yang telah terstandarisasi. Disebut terstandarisasi karena instrumen ini menunjukkan validitasnya dalam mengukur perilaku penggunaan narkoba sepanjang digunakan secara akurat. Tidak semua instrumen disajikan dalam buku ini, melainkan hanya beberapa yang seringkali digunakan, yaitu DAST, CAGE, AUDIT dan ASSIST. Pada bagian ini hanya akan diterangkan mengenai tiga instrumen yang pertama, sementara ASSIST akan dibahas secara khusus pada bab berikutnya. ASSIST adalah instrumen yang paling sering digunakan dalam sistem SBIRT karena mencakup pendeteksian atas berbagai jenis narkoba.

2.5.2. DAST

DAST merupakan kepanjangan dari *Drug Abuse Screening Test*, terdiri dari 10 pertanyaan. Instrumen ini dapat diisi sendiri oleh klien, ditujukan bagi klien dewasa dan memiliki sensitivitas yang cukup baik. Artinya, alat ini dapat mendeteksi penggunaan narkoba yang dilakukan oleh seseorang sepanjang telah terbina hubungan yang baik antara konselor – klien, klien datang secara sukarela ke fasilitas kesehatan serta klien memiliki kemampuan kognitif dan mental yang memadai untuk menjawab pertanyaan.

10 Pertanyaan DAST

- Apakah anda pernah menggunakan zat/ obat di luar alasan medis?
- Apakah anda menyalahgunakan zat/ obat lebih dari satu jenis dalam satu waktu?
- Apakah anda selalu mampu berhenti menggunakan zat/ obat kapanpun anda inginkan?
- Apakah anda pernah kehilangan kesadaran atau mengalami kekacauan akibat penggunaan zat/ obat anda?
- Pernahkah anda merasa bersalah atau tidak enak hati karena penggunaan zat/ obat anda?
- Pernahkah pasangan atau orangtua mengeluh tentang penggunaan zat/ obat anda?
- Pernahkah anda mengabaikan keluarga anda karena penggunaan zat/ obat anda?
- Pernahkah anda tertibat dalam kegiatan ilegal dalam upaya memperoleh zat/ obat anda?
- Pernahkah anda mengalami gejala putus zat (merasa sakit) jika anda berhenti menggunakan zat/ obat anda?
- Pernahkah anda memiliki masalah medis terkait dengan penggunaan zat/obat anda? (misalnya sering lupa, hepatitis)

2.5.3. CAGE

CAGE merupakan singkatan dari *Cut down*, *Annoyed*, *Guilty*, and *Eye opener*, dimana kata-kata ini diambil dari rangkaian 4 pertanyaan yang ada pada instrumen CAGE. Instrumen ini populer penggunaannya di puskesmas di Amerika/ Inggris, dapat diisi sendiri oleh klien atau melalui proses wawancara, digunakan untuk orang dewasa atau remaja lebih dari 16 tahun, serta dikenal sebagai instrumen skrining untuk alkohol yang paling mudah penggunaannya. Secara umum cukup sensitif, hanya saja kurang sensitif bagi perempuan.

4 Pertanyaan CAGE

- Apakah anda pernah merasa untuk berhenti (*Cut down*) minum alkohol?
- Apakah anda merasa jengkel (*Annoyed*) pada orang yang mengkritik kebiasaan minum anda?
- Pernahkah anda merasa bersalah (*Guilty*) atau tidak enak tentang kebiasaan minum anda?
- Pernahkah anda minum alkohol sebagai pembuka mata (*Eye opener*) di pagi hari untuk menstabilkan perasaan anda atau agar tidak merasa mengambang?

2.5.4. AUDIT

AUDIT merupakan singkatan dari *The Alcohol Use Disorders Identifications Test* yang terdiri dari 10 pertanyaan tentang penggunaan alkohol, perilaku ketergantungan dan masalah-masalah terkait penggunaan alkohol. Sesuai untuk populasi orang dewasa, remaja atau dewasa muda, termasuk perempuan. Alat ini terbukti dapat secara akurat mengidentifikasi klien yang mengalami masalah dengan alkohol. Instrumen ini dapat diterapkan dengan metode wawancara, diisi sendiri oleh klien atau dengan cara komputerisasi. Saat ini AUDIT telah diterjemahkan dalam berbagai bahasa dan banyak digunakan pada negara-negara maju, termasuk negara berkembang dengan problem alkohol.

AUDIT

- Seberapa sering anda minum minuman beralkohol?
- Berapa banyak minuman beralkohol yang biasa anda minum pada umumnya?
- Seberapa sering anda minum 6 atau lebih takaran minuman beralkohol dalam satu waktu?
- Seberapa sering di tahun lalu anda menyadari bahwa anda tidak sanggup berhenti minum setiap kali anda mulai minum?
- Seberapa sering di tahun lalu anda gagal melakukan tugas yang biasanya mampu anda kerjakan karena pola minum anda?
- Seberapa sering di tahun lalu anda membutuhkan minuman beralkohol di pagi hari setelah sebelumnya banyak minum alkohol?
- Seberapa sering di tahun lalu anda merasa bersalah setelah anda minum minuman beralkohol?
- Seberapa sering di tahun lalu anda menjadi tidak mampu mengingat apa yang terjadi semalam sebelumnya karena saat itu anda minum minuman beralkohol?
- Pernahkah anda atau orang lain terluka/ mengalami kecelakaan akibat pola minum anda?
- Pernahkah keluarga atau teman atau petugas kesehatan menyatakan keprihatinannya atas pola minum anda dan menyarankan anda untuk berhenti minum?

2.6 Model-model Intervensi dan Terapi Singkat

2.6.1. Pengantar

Sebagaimana telah dijelaskan sebelumnya, SBIRT adalah suatu sistem komprehensif yang tidak saja melakukan skrining, melainkan juga mencakup tindakan intervensi dan (bila perlu) rujukan. Tindakan intervensi bervariasi, dari mulai intervensi singkat (*brief intervention*), hingga berbagai terapi-terapi lainnya yang diterapkan dalam kerangka waktu yang relatif pendek (*brief therapies*). Intervensi singkat dapat dilakukan oleh petugas kesehatan atau sosial yang terlatih, tanpa harus memiliki kompetensi tertentu, sementara terapi singkat membutuhkan petugas dengan kompetensi tertentu yang diperoleh melalui program pendidikan atau pelatihan yang lebih mendalam dan beberapa diantaranya tersertifikasi.

Penjelasan lebih rinci akan diberikan pada intervensi singkat dan terapi singkat, mengingat keduanya merupakan model yang paling sering diterapkan pada sistem SBIRT. Intervensi dan terapi singkat adalah elemen-elemen yang merupakan kontinum perawatan. Keduanya dapat dibedakan satu sama lain dari tujuan/ hasil yang dicapai. **Intervensi** secara umum ditujukan untuk memotivasi klien dalam menampilkan perilaku khusus (misalnya, agar mau datang ke pusat terapi, agar mau mengubah perilaku, agar memiliki pola pikir yang berbeda bila menghadapi situasi-situasi yang berisiko). Sementara itu **terapi** digunakan untuk mengakomodasi berbagai isu yang lebih luas (misalnya, mengubah kepribadian, mempertahankan abstinensia, atau membahas persoalan jangka panjang yang dapat mengganggu atau memperburuk penyalahgunaan narkoba seseorang). **Terapi singkat** merupakan cara untuk mengubah sikap klien dan perilaku. Perbedaan-perbedaan lain yang membantu kita membedakan **intervensi singkat** dengan **terapi singkat** adalah:

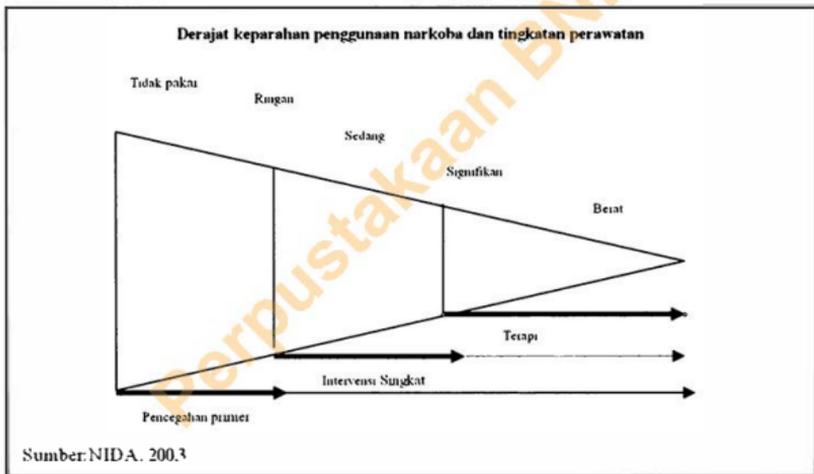
- Lamanya sesi (dari 5 menit untuk intervensi singkat hingga lebih dari 1 jam untuk sesi terapi);

- Kedalaman asesmen (terapi biasanya lebih dalam dibandingkan intervensi);
- Setting (intervensi dapat dilakukan dimana saja, sementara terapi/ konseling dilakukan pada setting pelayanan terapi narkoba);
- Staf yang memberikan terapi (intervensi singkat dapat dilakukan siapa saja, tetapi terapi harus oleh orang-orang yang terlatih oleh modalitas khusus);
- Materi dan media yang digunakan (beberapa materi seperti buklet yang tertulis atau program-program komputer dapat digunakan dalam pemberian intervensi tetapi tidak untuk terapi).

Sekalipun terdapat perbedaan, namun **pada prakteknya agak sulit dipisahkan**. Pendekatan keduanya lebih sebagai kontinum daripada sebagai suatu dikotomi. Pada beberapa situasi, bentuk-bentuk intervensi singkat mungkin bersimpangan, seperti *motivational enhancement therapy* (MET). Untuk kepentingan juklak ini, terapi singkat mencakup rangkaian langkah-langkah, sementara intervensi singkat lebih ditujukan untuk menyelidiki masalah yang potensial dan memotivasi individu untuk memulai sesuatu tentang penyalahgunaan narkobanya. Intervensi singkat telah teruji efektivitasnya dalam setting klinis umum maupun pada populasi pengguna narkoba dan menjanjikan perubahan yang bermakna dalam merubah perilaku klien. Sementara itu terapi singkat belum banyak diteliti. Kekuatan keduanya adalah pada kurun waktunya yang relatif singkat dan biaya penyelenggaraannya yang murah sehingga dapat diterapkan pada pelayanan dasar hingga pelayanan spesialisik.

2.6.2. Intervensi Singkat

Definisi intervensi singkat bervariasi, kadangkala berarti "nasehat sederhana", di lain waktu berarti "intervensi minimal", bisa juga disebut sebagai "konseling singkat" atau "konseling jangka pendek". Heather (1994) mengatakan bahwa intervensi singkat dapat dipandang sebagai suatu rangkaian prinsip-prinsip intervensi yang berbeda - tapi tidak berseberangan - dengan terapi konvensional. Intervensi singkat terutama berharga jika terapi yang lebih spesifik dan mendalam tidak tersedia, atau jika klien resisten atas suatu terapi.



Tujuan Intervensi Singkat terkait Setting	
Setting	Tujuan
<p>Berbagai fasilitas layanan sosial</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Memfasilitasi program terapi narkoba rujukan (misal petugas mengidentifikasi penyalahgunaan klien melalui skrining dan menyarankan mereka untuk mencari asesmen atau terapi lanjutan); • Mempengaruhi klien untuk melakukan perubahan pada perilaku penyalahgunaan narkoba secara langsung dengan memberi saran agar menurunkan pola penggunaan yang berisiko atau menetapkan rencana untuk berhenti dari penggunaan narkobanya.
<p>Lingkungan netral (misal individu merespons iklan media)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Menilai perilaku penggunaan narkoba dan memberi saran suportif tentang pengurangan risiko (misal inisiatif kesehatan masyarakat untuk melakukan skrining secara acak pada menapis orang yang sedang belanja di mall dan memberikan umpan balik serta saran).
<p>Fasilitas kesehatan</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Memfasilitasi terapi narkoba rujukan.
<p>Program terapi narkoba</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intervensi berguna sebagai tindakan pengganti sementara bagi klien/ klien yang sedang dalam daftar tunggu atas suatu layanan terapi narkoba yang spesifik; • Bertindak sebagai pengantar motivasional untuk dapat melibatkan klien agar berpartisipasi lebih intensif (misal intervensi untuk menolong klien berkomitmen pada terapi rawat inap jika hasil asesmen menunjukkan bahwa mereka sesuai untuk rawat inap tapi klien menganggap lebih tepat rawat jalan); • Memfasilitasi perubahan perilaku terkait penyalahgunaan narkoba dan masalah-masalah yang terkait.
<p>Sumber: Bien et al, 1993 dalam NIDA, 2006</p>	

Intervensi singkat umumnya dilakukan dengan cara tatap muka, dengan atau tanpa materi-materi tambahan yang tertulis seperti manual panduan diri, buku kerja atau buku harian kontrol diri. Beberapa intervensi ditujukan pada permasalahan kesehatan yang spesifik, tidak

terkait dengan perilaku penyalahgunaan narkobanya. Sebagai contoh, intervensi mungkin diarahkan untuk menolong klien agar terhindar dari penularan HIV dengan mendorongnya mengikuti program layanan jarum suntik steril. Contoh lain adalah bertanya pada klien tentang upaya untuk berhenti menggunakan narkoba, untuk melihat sejauh mana mereka dapat berhenti atas dasar keinginannya sendiri, mendorong klien untuk secara rutin datang pada kelompok tolong diri (AA, NA).

Kunci keberhasilan intervensi singkat tergantung pada perumusan perubahan perilaku yang bersifat tunggal dan dapat diukur, dimana perubahan ini dapat membantu klien memperoleh sukses kecil tetapi signifikan. Klien yang berhasil melakukan perubahan kecil pada umumnya akan berupaya untuk lebih sukses lagi. Konselor/ klinikus perlu mengenyampingkan tujuan akhir untuk sementara waktu, dan fokus pada tujuan perilaku tunggal yang obyektif. Tujuan intervensi singkat bervariasi, tergantung pada tahap pemulihan klien dan kesiapan untuk berubah. Namun demikian perlu diketahui bahwa intervensi singkat berguna pada setiap tahap pemulihan.

Contoh tujuan intervensi

- Belajar menetapkan jadwal dan prioritas waktu;
- Memperluas sistem pendukung pemulihan;
- Bersosialisasi dengan orang-orang yang telah pulih atau belajar untuk bersenang-senang tanpa menggunakan narkoba;
- Memulai mengembangkan keterampilan atau pelatihan bagi mereka yang tidak punya pekerjaan/ kegiatan;
- Menghadiri pertemuan AA atau NA;
- Belajar menerima kesalahan orang lain, belajar memaafkan orang lain atau diri sendiri;
- Memegang teguh prinsip “sekarang dan saat ini”.

Berikut adalah tujuan intervensi singkat bagi klien pada masing-masing tahapan:

Situasi klien	Tujuan intervensi singkat yang disarankan
Mereka yang tidak menggunakan narkoba	Walaupun tidak membutuhkan intervensi secara khusus, kelompok ini dapat diberikan informasi tentang narkoba dengan harapan dapat mencegah mereka menggunakan narkoba di masa-masa yang akan datang.
Pengguna ringan atau sedang	Memberi edukasi tentang dampak penggunaan yang berisiko tinggi dan masalah potensial yang mungkin terjadi saat penggunaan meningkat. Intervensi singkat dapat meningkatkan tilikan diri klien terhadap konsekuensi terkait dengan penyalahgunaan narkoba.
Pengguna yang berisiko	Kelompok ini mungkin belum sampai pada tahapan menyalahgunakan narkoba, namun pola penggunaan mereka dapat berisiko untuk sampai pada tahap penyalahgunaan. Intervensi singkat pada kelompok ini mengarah pada tahapan penggunaan, mendorong kondisi abstinensia atau penggunaan yang terkontrol dan edukasi tentang konsekuensi atau risiko perilaku penggunaan narkoba.
Penyalah guna	Kelompok ini memenuhi syarat sebagaimana DSM IV. Tujuan utama intervensi singkat pada kelompok ini adalah untuk mencegah peningkatan penggunaan narkoba, memfasilitasi tinjauan tentang konsekuensi atas perilaku berisiko, mendorong klien untuk mempertimbangkan asesmen atau terapi dan mendorong kondisi penggunaan yang sedang atau abstinensia.
Pecandu	Pada tahap ini, intervensi difokuskan pada upaya untuk mendorong klien masuk pada program terapi, untuk mempertimbangkan kondisi abstinensia atau kembali pada terapi apabila kambuh. Tujuan intervensi bagi pecandu adalah untuk merekomendasi perubahan perilaku yang optimal dan perlunya mengikuti perawatan dengan berkesinambungan. Perlu dicatat bahwa beberapa pecandu mungkin berada pada tahap yang dapat mengancam jiwanya atau mengalami konsekuensi serius seperti terancam kehilangan pekerjaan, tersangkut pemidanaan atau kehilangan keluarga. Intervensi singkat pada pecandu lebih sebagai manajemen kasus, dimana puskesmas melacak kemajuan klien pada penyediaan layanan terapi narkoba rujukannya.

Komponen Intervensi Singkat:

Intervensi singkat terdiri dari 5 langkah utama yang mencakup **FRAMES** dan tetap konsisten berapapun jumlah pertemuan dilakukan:

1. Memperkenalkan masalah dalam konteks kesehatan klien;
2. Skrining, evaluasi, dan asesmen;
3. Memberikan umpan balik;
4. Berbicara tentang perubahan dan menetapkan tujuan;
5. Menyimpulkan dan menyelesaikan sesi.

FRAMES
<ul style="list-style-type: none">• Feedback (umpan balik) diberikan pada klien tentang risiko-risiko personal atau hendaya yang mungkin dihadapi;• Responsibility (tanggung jawab) untuk berubah adalah tanggung jawab klien, bukan konselor;• Advice (saran) untuk berubah diberikan oleh konselor;• Menu (berbagai pilihan) atas pilihan terapi atau kelompok tolong diri diberikan kepada klien;• Emphatic (empati) digunakan selama proses konseling dilakukan;• Self-efficacy (kemantapan diri) klien dibangkitkan dalam proses konseling.

Contoh-contoh kalimat pada intervensi singkat		
Komponen	Kalimat pada seting UGD, Puskesmas	Kalimat pada klinik narkoba, atau RSKO
Memperkenalkan masalah	<p>"Saya dari unit narkoba. Dokter anda tadi meminta saya mampir untuk membicarakan tentang apa yang dilakukan pada unit narkoba disini. Maukah anda bicara secara singkat? Apapun yang kita bicarakan bersifat rahasia" atau "ini memang hal yang berat bagi anda. Mungkinkah kita berbincang-bincang dalam beberapa menit saja tentang penggunaan valium anda?"</p>	<p>"Apakah anda bersedia untuk berdiskusi tentang kesulitan-kesulitan yang anda hadapi dalam melakukan kontrak yang bisa membantu pemulihan anda?"</p>
Skrining, Evaluasi, dan Asesmen	<p>"Menggunakan skala tidak siap, ragu-ragu dan siap, seberapa besar keinginan anda untuk berhenti menggunakan valium?" Klien: "Saya nggak yakin". "Salah satu yang membuat emosi anda mudah meledak dan melukai orang lain seperti kemarin, adalah karena penggunaan valium anda." "Menurut saya anda perlu untuk bicara lebih lanjut pada petugas dari unit narkoba disini, agar anda dapat menghindari diri dari hal-hal yang lebih buruk."</p>	<p>"Menyadari bahwa lingkungan rumah tidak mendukung sehingga membuat kontrak kita tidak anda jalankan, menggunakan skala 1 sampai 10, seberapa siap anda untuk mencari jalan keluar agar kontrak kerja kita bisa anda lakukan?" Klien: "Mm...4 kayaknya." "Apa yang menghambat anda untuk mencari jalan keluar lain?"</p>

Menyediakan umpan balik	"Melihat frekuensi penggunaan valium anda, serta menyadari bahwa anda sering merasa sesak nafas dan gelisah hebat bila valiumnya dihentikan, maka anda sudah masuk dalam kategori ketergantungan. Hal ini dapat mengganggu sistem pernafasan dan kesadaran anda."	"Bisakah anda menceritakan pada saya apa yang anda rasakan ketika anda tidak bikin kontrak?" "Pemulihan itu membutuhkan upaya yang konsisten, termasuk diantaranya komitmen untuk mengerjakan kontrak. Apakah ada kesulitan dalam menjalankan kontrak tersebut?"
Berbicara tentang perubahan dan menetapkan tujuan	"Minum valium rata-rata 3 tablet dengan frekuensi lebih dari 3 kali seminggu, kemudian keterlibatan anda pada tawuran setelah anda minum valium, tentu ini dapat merugikan anda dan orang lain. Rasanya anda perlu merubah kebiasaan itu. Perubahan yang bagaimana yang anda inginkan?"	"Kali ini kontrak tidak dilakukan karena situasi rumah yang kacau. Anda perlu mengantisipasi situasi-situasi seperti itu agar rencana kontrak dapat tetap dilakukan, atau kita ubah kontraknya yang lebih realistis menurut anda"
Menyimpulkan dan mengakhiri	"Walaupun anda katakan anda belum siap untuk berhenti minum penenang, saya senang karena anda berencana untuk menggunakan obat yang diberikan dokter daripada valium yang anda beli sendiri tersebut."	"Anda telah melakukan hal yang positif. Saya rasa anda sudah menunjukkan kemajuan: Kita bertemu lagi minggu depan untuk melihat sejauh mana kemajuan ini dapat dipertahankan."

Agar intervensi singkat dapat berjalan optimal, ada 4 keterampilan utama yang dibutuhkan bagi konselor:

1. Sikap memahami dan penerimaan;
2. Keterampilan konseling seperti mendengar aktif dan membantu klien melakukan eksplorasi dan mengatasi ambivalensi;

3. Fokus pada rencana jangka pendek;
4. Pengetahuan kerja tentang tahap-tahap perubahan.

2.6.3. Terapi Singkat

Kebalikan dari intervensi singkat, terapi singkat umumnya dilakukan pada individu yang mencari – atau sudah berada dalam – terapi narkoba. Jadi, biasanya individu sudah mengenali atau menyadari masalahnya, sekalipun sulit untuk menerimanya. Terapi itu sendiri seringkali disebut sebagai *client driven* atau atas inisiatif klien, klien mengidentifikasi masalahnya dan klinikus menggunakan kekuatan klien untuk membangun jalan keluarnya. Pilihan atas terapi singkat perlu didasari oleh asesmen komprehensif agar identifikasi pola penggunaan narkoba yang merugikan dapat sungguh-sungguh teridentifikasi. Pada banyak kasus, terapi singkat dapat digunakan jika sumber daya untuk perawatan yang lebih khusus tidak tersedia atau terapi yang terstandarisasi tidak dapat dijangkau karena berbagai alasan (tempat terpencil, jauh di pedesaan).

Terapi singkat sesuai untuk penyalah guna narkoba yang lebih berat derajat penggunaannya dan yang kurang dapat terakomodasi dengan intervensi singkat. Terapi singkat juga berguna untuk populasi khusus, seperti misalnya mereka yang mengalami masalah *dual diagnosis*. Walaupun terapi singkat lebih pendek daripada terapi tradisional, tetapi dibutuhkan setidaknya 6 sesi dan lebih intensif serta lebih lama dibandingkan intervensi singkat. Terapi singkat bukan versi pendek dari psikoterapi, melainkan fokus pada aplikasi teknik terapi yang ditujukan pada gejala atau perilaku khusus dan berorientasi pada waktu terapi yang terbatas.

Tujuan terapi singkat adalah perbaikan atas beberapa disfungsi psikologis, sosial, atau keluarga yang dapat mengganggu kondisi pemulihan klien. Fokusnya pada masalah terkini dan *stressor* dibandingkan pada penyebab masa lalu. Terapi singkat

dilakukan oleh terapis yang telah terlatih secara khusus dalam satu atau beberapa model terapi psikologis atau psikosial. Pelatihan bagi seorang terapis biasanya membutuhkan waktu beberapa bulan atau tahun dan biasanya memperoleh gelar atau sertifikasi. Pada umumnya terapis disini merupakan praktisi eklektik, yang menggabungkan berbagai macam teknik dalam pendekatannya.

Terapi narkoba singkat adalah proses yang sistematis yang didasarkan pada asesmen, keterlibatan klien, dan implementasi cepat dari strategi perubahan. Terapi singkat umumnya lebih panjang dari intervensi singkat. Durasi bisa berlangsung 6 hingga 20 sesi. Terapi singkat umumnya diarahkan untuk mengubah sikap klien agar dapat mengatasi berbagai persoalan yang dihadapinya.

Kapan menggunakan terapi singkat?

- Adanya isu *dual diagnosis*;
- Ruang lingkup dan derajat keparahan masalah personal;
- Lamanya penggunaan narkoba;
- Ketersediaan dukungan keluarga dan komunitas;
- Tingkatan dan tipe pengaruh teman sebaya, keluarga, dan komunitas;
- Riwayat perawatan narkoba sebelumnya;
- Tingkat motivasi klien;
- Kejernihan tujuan jangka pendek dan panjang klien;
- Keyakinan klien atas nilai terapi singkat;
- Jumlah klien membutuhkan terapi; dan
- Derajat penggunaan narkoba yang tidak terlalu berat.

Komponen terapi singkat yang efektif

- Yang dituju adalah gejala, bukan penyebab;

- Tujuan didefinisikan dengan jelas dan dikaitkan dengan tujuan perubahan yang spesifik;
- Harus memberi hasil segera;
- Gaya terapeutiknya bersifat sangat aktif, empatik, dan kadangkala direktif atau mengarahkan;
- Tanggung jawab perubahan ada pada klien;
- Sejak awal fokusnya adalah untuk meningkatkan kemandirian klien dan agar klien paham bahwa perubahan adalah hal yang mungkin dilakukan;
- Terminasi dibicarakan sejak awal; dan
- Hasil terukur.

Skrining dan asesmen sebagai langkah awal terapi singkat.

Skrining dan asesmen adalah langkah awal yang penting dalam terapi singkat. Skrining adalah proses dimana klien diidentifikasi sesuai dengan karakteristik yang ditunjukkan terkait dengan penggunaan narkobanya. Asesmen adalah proses yang lebih dalam dan luas yang mencakup analisis menyeluruh atas berbagai faktor yang membuat dan memelihara perilaku penggunaan narkoba klien, serta derajat keparahan penggunaan narkoba tersebut. Proses skrining dan asesmen dapat menggunakan berbagai instrumen yang ada. Pedoman ini menitikberatkan pada instrumen ASSIST yang lazim digunakan pada pelayanan kesehatan dasar. Asesmen merupakan proses yang dimulai pada saat klien datang pertama kali ke fasilitas kesehatan, dan terus dilakukan sepanjang proses terapi, bahkan setelah proses terapi itu dinyatakan selesai.

Sesi pertama

Pada sesi pertama, tujuan utama terapi singkat adalah untuk memperoleh pemahaman menyeluruh atas masalah klien saat ini (*presenting problems*), memulai untuk menegakkan

hubungan baik (*rapport*) dengan klien dan hubungan kerja yang efektif, serta menerapkan intervensi awal sekecil apapun.

Karakteristik terapeutik yang efektif

- Terapis perlu hati-hati dalam menggabungkan teknik-teknik tertentu dan harus sensitif dalam persoalan konteks budaya lokal;
- Terapis harus sungguh-sungguh terlatih dan tidak dapat hanya menggantungkan diri pada pedoman-pedoman tertulis yang ada; dan
- Pelatihan bagi terapis singkat, membutuhkan waktu selama beberapa bulan hingga tahun dan umumnya menghasilkan gelar tertentu atau sertifikat tertentu.

2.6.4. Terapi CBT Singkat

CBT atau *Cognitive Behavioral Therapy* adalah terapi yang menggabungkan berbagai prinsip terapi dari teori perilaku, belajar sosial, dan kognitif. CBT merupakan pendekatan yang komprehensif dan menyeluruh dalam proses penatalaksanaan penyalah guna narkoba. CBT umumnya diterapkan oleh petugas yang terlatih dan memiliki ijin praktek di bidang ini.

Pendekatan ini tidak sesuai bagi klien yang:

- Psikotik, gangguan bipolar dan yang tidak menunjukkan stabilitas dalam proses farmakoterapi;
- Tidak memiliki tempat tinggal permanen; dan
- Tidak memiliki kondisi fisik yang stabil (sebagaimana hasil pemeriksaan dokter).

CBT tidak untuk mengubah kepribadian, melainkan untuk menolong klien mengatasi masalah-masalah spesifik, mengidentifikasi masalah sehingga klien mampu untuk mengaplikasikan teknik-teknik dasar dan keterampilan yang diajarkan pada dunia nyata tanpa bantuan terapis. CBT singkat umumnya ditawarkan dalam 12 hingga 16 sesi, umumnya lebih

dari 12 minggu (Carroll, 1998). Dilakukan secara individual, sekali seminggu, namun demikian tidak semua klien dapat merespons dengan baik jumlah pertemuan ini. Beberapa klien butuh lebih dari 16 kali pertemuan.

Teknik-teknik CBT

CBT berangkat dari asumsi bahwa penyalah guna narkoba adalah individu yang kurang terampil dalam menyelesaikan masalah, dalam memilih prioritas hidup, dan dalam mengendalikan penggunaan narkobanya. CBT pada umumnya efektif karena membantu klien mengenali situasi dimana mereka cenderung menggunakan narkoba, mencari jalan untuk menghindari situasi tersebut dan mengatasi berbagai persoalan dengan lebih efektif.

Tiga hal elemen utama CBT adalah:

1. Analisis fungsional: berupaya untuk identifikasi penyebab dan konsekuensi perilaku penyalahgunaan narkoba yang berlaku sebagai faktor pemicu dan pemelihara;
2. Pelatihan keterampilan mengatasi persoalan; dan
3. Pencegahan kambuh: bergantung pada analisis fungsional, identifikasi faktor-faktor risiko tinggi yang dapat menimbulkan kekambuhan, pelatihan keterampilan mengatasi situasi risiko tinggi.

2.6.5. Terapi Interaksional Singkat

Teknik ini berupaya untuk mengidentifikasi kekuatan klien dan secara aktif menciptakan situasi personal dan lingkungan yang kondusif, agar kesuksesan pemulihan dapat diraih. Kekuatan utama dari pendekatan ini adalah mengubah fokus kelemahan klien menjadi kekuatan. Model ini telah digunakan secara luas dan terbukti sukses dalam membantu individu yang memiliki masalah kejiwaan yang serius. Walaupun bukti penelitian atas pendekatan ini pada penyalahgunaan narkoba masih sangat terbatas, namun terdapat kecenderungan

peningkatan penggunaan teknik ini pada populasi penyalah guna narkoba. Yang dimaksud terapi interaksional singkat disini adalah umumnya diterapkan dalam 6 hingga 10 sesi, dimana yang paling sering adalah digunakan 6 sesi.

Teknik ini sangat berguna dalam hal:

- Mempelajari bagaimana hubungan klien menghambat atau justru mendukung pola perilaku penggunaan narkoba;
- Mengubah hubungan kekuatan; dan
- Mengatasi perasaan takut.

Penggunaan terapi interaksional:

- Mendefinisikan situasi yang berkontribusi pada penyalahgunaan narkoba yang bermakna bagi klien;
- Identifikasi langkah-langkah yang diperlukan untuk mengontrol atau mengakhiri penggunaan narkoba;
- Memperbaiki sistem keluarga sehingga dapat menjadi sistem pendukung yang suportif; dan
- Memelihara perilaku yang menolong untuk mengontrol penggunaan narkoba.

Respons terhadap situasi dimana klien kembali pakai setelah periode abstinensi.

2.6.6. Terapi Humanistik dan Eksistensial Singkat

Teknik ini menekankan pada bagaimana klien **memahami** pengalamannya dan fokus pada diri klien sendiri, bukan pada gejala-gejala yang dialaminya. Pendekatan ini berangkat dari keyakinan bahwa setiap manusia memiliki kapasitas untuk menyadari dirinya sendiri dan melakukan pilihan. Terapi ini sesuai untuk pemulihan adiksi narkoba sebab cenderung untuk memfasilitasi hubungan yang terapeutik, meningkatkan kesadaran diri, fokus pada sumber daya dari

dalam diri klien dan memantapkan klien sebagai orang yang paling bertanggungjawab atas proses pemulihannya. Terapi ini dapat diterapkan pada tiap tahapan pemulihan dan dapat diberikan secara berjangka (periodikal) dengan rencana terapi fokus pada tugas-tugas klien dan pengalaman klien yang terjadi diantara masing-masing sesi.

Berbagai terapi pada golongan ini diantaranya :

- **Terapi berorientasi klien** secara segera dapat membina hubungan baik dengan klien;
- **Terapi eksistensial** dapat digunakan secara efektif jika klien mempunyai akses terhadap pengalaman emosional atau jika hambatan harus diatasi dengan memfasilitasi klien agar memulai proses pemulihannya;
- **Terapi naratif** dapat digunakan untuk menolong klien mengkonseptualisasi terapi sebagai kesempatan untuk menjadi penulis dan memulai "bab baru" dalam kehidupannya;
- **Pendekatan gestalt** dapat digunakan sepanjang terapi untuk memfasilitasi proses pendekatan yang tulus antara pengalaman terapis dan klien; dan
- **Terapi transpersonal** dapat meningkatkan pengembangan spiritual dengan memfokuskan diri pada aspek-aspek pengalaman individu yang tak terlihat dan kesadaran atas kapasitas spiritual yang tidak disadari.

2.6.7. Terapi Keluarga Singkat

Bagi banyak penyalah guna narkoba, interaksi dengan keluarga seringkali menciptakan pola dan dinamika masalah yang signifikan terhadap perilaku penggunaan narkoba mereka. Keterlibatan keluarga adalah penting, apalagi dalam konteks kultur Indonesia. Dari pengalaman penerapan terapi keluarga pada populasi penyalah guna narkoba, terapi keluarga yang bersifat jangka panjang bukanlah hal bersifat

aplikatif. Studi empiris menunjukkan bahwa terapi keluarga yang diberikan dengan jangka waktu yang terbatas cukup memberikan perubahan yang bermakna bagi keluarga penyalah guna narkoba.

Terapi keluarga dapat digunakan untuk:

- Fokus pada harapan perubahan di dalam keluarga (yang mungkin melibatkan berbagai macam proses penyesuaian);
- Uji pola baru perilaku;
- Mengajarkan bagaimana sistem keluarga bekerja – bagaimana keluarga mendukung gejala dan memelihara peran yang dibutuhkan;
- Mendukung kekuatan atas setiap anggota keluarga; dan
- Eksplorasi arti dari gangguan penggunaan narkoba dalam keluarga.

Terapi keluarga jangka pendek merupakan pilihan yang dapat digunakan untuk mengatasi situasi-situasi berikut ini:

- Jika jalan keluar atas masalah spesifik dalam keluarga dan bekerja untuk mencari jalan keluarnya ;
- Jika tujuan terapeutik tidak membutuhkan riwayat keluarga yang mendalam dan multigenerasi, tetapi lebih fokus pada interaksi terkini; dan
- Jika keluarga sebagai suatu kesatuan dapat mengambil manfaat dari cara mengajar dan berkomunikasi, sehingga pemahaman yang lebih baik tentang penyalahgunaan narkoba dapat diperoleh.

Terkait dengan penerapan terapi keluarga, terapis perlu meminta ijin keluarga untuk dapat memasuki areal privasi keluarga dan menekankan prinsip kerahasiaan dalam pendekatan ini. Terapi keluarga pada program pemulihan adiksi narkoba umumnya diselenggarakan dalam jangka

pendek. Sesi umumnya berlangsung 90 menit hingga 2 jam. Jangka waktunya adalah tidak lebih dari 2 sesi per minggu (kecuali bila klien menjalani rawat inap), untuk memperkenalkan waktu bagi keluarga mempelajari dan menerapkan perilaku dan pengalaman baru. Terapi dapat berlangsung sekitar 6 hingga 10 sesi, tergantung dari tujuan intervensi itu sendiri.

2.6.8. Terapi Kelompok Singkat

Terapi kelompok adalah salah satu modalitas yang paling sering digunakan dalam terapi narkoba. Terapi kelompok adalah pertemuan antara dua atau lebih orang untuk tujuan terapeutik yang serupa atau untuk meraih tujuan yang sama. Bedanya dengan terapi keluarga adalah dari terapi ini dapat bersifat terbuka atau tertutup terhadap orang-orang yang sebelumnya tidak saling kenal. Terapi ini memberi kesempatan bagi masing-masing anggota kelompok untuk melihat kemajuan atas proses pemulihan yang dialaminya; terapi ini juga menyediakan kesempatan bagi masing-masing anggota kelompok untuk belajar dari kesuksesan anggota kelompok lainnya.

Terapi kelompok bagi para penyalah guna narkoba dapat menggunakan teknik psikodrama, dimana anggota kelompok belajar mempraktekkan keterampilan-keterampilan khusus, dan menggunakan mekanisme psikodrama untuk mempelajari hubungan antara pengalaman yang telah lalu dengan kondisi saat ini.

Penerapan terapi kelompok yang dibatasi oleh waktu perlu dimulai dengan hasil asesmen yang komprehensif. Klien perlu dipersiapkan sebelum mengikuti terapi kelompok. Anggota kelompok perlu memperoleh informasi yang komprehensif tentang apa itu terapi kelompok dan apa tujuannya. Frekuensi terapi kelompok sebaiknya tidak lebih dari dua kali seminggu (kecuali mereka yang menjalani rawat inap). Durasi adalah sebanyak 6 hingga 12 sesi, tergantung pada tujuan kelompok. Sesi berlangsung selama 1.5 hingga 2 jam. Proses

terapi kelompok akan efektif jika masing-masing anggota kelompok memperoleh peran dan memperoleh kesempatan untuk mempraktekkan perannya tersebut. Kelompok membutuhkan waktu untuk mendefinisikan identitas diri, mengembangkan cohesiveness dan menciptakan lingkungan yang aman sehingga dapat tercipta saling percaya antar anggota kelompok.

Perpustakaan BNN

BAB 3

Petunjuk Teknis Skrining Menggunakan ASSIST

3.1. Pengantar

Sebagaimana yang telah dijelaskan sebelumnya, dari banyak instrumen terstandarisasi, SBIRT pada umumnya menerapkan instrumen ASSIST sebagai alat skrining. ASSIST adalah singkatan dari Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (Skrining atau uji saring keterlibatan dengan zat, rokok dan alkohol). ASSIST merupakan kuesioner untuk melakukan skrining cepat, menemukan orang-orang yang terlibat dalam penggunaan narkoba dan zat psikoaktif. ASSIST bertujuan untuk mengidentifikasi penggunaan narkoba dari berbagai kontinum, mulai dari mereka yang menggunakan secara eksperimental hingga penggunaan yang berisiko dan berbahaya.

ASSIST dirancang oleh WHO sebagai satu metode yang sederhana dalam menyaring pengguna risiko tinggi dan ketergantungan terhadap narkoba dan zat psikoaktif. Kuesioner ini mencakup skrining terhadap: tembakau, alkohol, kanabis, kokain, stimulasi-stimulasi jenis amfetamin, sedatif-hipnotik, halusinogen, inhalansi, opioid, dan obat-obatan lainnya.

ASSIST secara khusus dirancang untuk dapat digunakan secara mudah oleh petugas kesehatan pada setting pelayanan kesehatan primer atau khususnya puskesmas, karena puskesmas merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan, di mana terjadi kontak pertama dengan penderita, keluarga, dan masyarakat. Puskesmas memiliki sumber daya manusia yang beragam, di antaranya dokter, perawat, bidan, kader kesehatan termasuk juga dukun, atau pengobat tradisional. Semua petugas puskesmas yang telah diberi pelatihan secara teknis untuk bekerja sebagai tim kesehatan, dapat memberikan pelayanan sesuai kebutuhan kesehatan masyarakat.

ASSIST menjelaskan berbagai hal tentang:

- Alasan bertanya tentang penggunaan narkoba dan zat adiktif lain;

- Skrining keterlibatan dengan narkoba dan zat adiktif lain;
- Bagaimana menggunakan ASSIST: **apan menggunakannya, menentukan kriteria klien, memperkenalkan ASSIST kepada klien, mengadakan wawancara ASSIST, membuat penilaian dan interpretasi;**
- Bagaimana menolong klien yang hasil skriningnya positif; dan
- Bagaimana menggunakan ASSIST dalam praktek sehari-hari.

Selain itu ASSIST juga menyediakan informasi tentang:

- Narkoba atau zat-zat yang pernah digunakan oleh seseorang selama kehidupannya;
- Narkoba atau zat-zat yang pernah digunakan dalam tiga bulan terakhir;
- Masalah-masalah yang berkaitan dengan penggunaan narkoba atau zat-zat tersebut;
- Risiko berbahaya saat ini dan yang dapat terjadi di kemudian hari;
- Ketergantungan; dan
- Penggunaan narkoba melalui cara suntikan.

Hasil ASSIST dapat pula:

- Memberikan peringatan terhadap seseorang bahwa mereka sedang dalam risiko tinggi yang berhubungan dengan penggunaan zat;
- Menyediakan bahan diskusi tentang narkoba dan zat-zat yang sedang mereka gunakan; dan
- Mengidentifikasi pengguna yang menjadi faktor kontribusi terjadinya penyakit. Berhubungan dengan intervensi singkat yang membantu pengguna risiko tinggi untuk mengurangi atau menghentikan penggunaan narkoba dan zat-zat sehingga dapat menghindari dampak yang merugikan dari penggunaan narkoba dan zat-zat tersebut

3.1.1. Apa saja yang tercakup dalam ASSIST

Kuesioner ASSIST yang telah terdiri dari 8 item pertanyaan

Pertanyaan 1 – 7 bertanya tentang penggunaan dan masalah yang ada kaitannya dengan tembakau, alkohol, kanabis, kokain, ATS, inhalan, sedatif atau pil tidur, halusinogen dan opioid. Zat-zat tambahan lain yang tidak dimasukkan pada daftar ini dapat dimasukkan sebagai kategori “lain”:

- **Pertanyaan 1** tentang narkoba dan zat psikoaktif yang pernah digunakan oleh klien.
- **Pertanyaan 2** tentang frekuensi narkoba dan penggunaan zat psikoaktif dalam tiga bulan terakhir, zat mana yang memberikan indikasi paling relevan dengan keadaan kesehatan saat ini.
- **Pertanyaan 3** tentang frekuensi mengalami keinginan kuat atau mendesak untuk memakai narkoba dan zat psikoaktif dalam tiga bulan terakhir.
- **Pertanyaan 4** tentang frekuensi masalah kesehatan, sosial, hukum, dan keuangan yang berhubungan dengan penggunaan narkoba dan zat dalam tiga bulan terakhir.
- **Pertanyaan 5** tentang frekuensi dan penggunaan dari tiap narkoba dan zat psikoaktif yang mengganggu peran atau tanggung jawab dalam tiga bulan terakhir.
- **Pertanyaan 6** (merujuk pada narkoba dan zat psikoaktif yang pernah digunakan) dan bertanya tentang apakah ada seseorang yang pernah menyatakan perhatiannya tentang penggunaan narkoba dan zat psikoaktif dan kapan itu terjadi.
- **Pertanyaan 7** tentang apakah klien pernah mencoba dan gagal mengurangi penggunaan narkoba dan zat psikoaktif dan kapan itu terjadi?

Pertanyaan-pertanyaan di atas dapat mengindikasikan penggunaan narkoba dan zat yang berbahaya, berisiko tinggi,

dan juga ketergantungan. Skor rata-rata ASSIST mungkin dapat mengindikasikan penggunaan zat yang berisiko tinggi atau berbahaya. Ketergantungan narkoba dan zat psikoaktif diindikasikan secara khusus oleh adanya usaha mencoba tapi gagal mengurangi atau menghentikan penggunaan narkoba dan zat psikoaktif, dan mereka yang memiliki skor yang tinggi dari ASSIST mungkin mengalami ketergantungan dan berada pada risiko yang berbahaya.

PERTANYAAN 8 difokuskan pada penggunaan narkoba dengan cara suntikan dan pertanyaan apakah klien pernah menggunakan narkoba dengan cara suntikan? Penggunaan dengan cara suntikan ini dipisahkan karena merupakan perilaku risiko tinggi yang berhubungan dengan meningkatnya ketergantungan, virus yang menular melalui darah seperti HIV/AIDS dan hepatitis C dan dengan kadar yang lebih tinggi terhadap masalah yang berkaitan dengan penggunaan zat lain.

3.2. Protokol ASSIST

3.2.1. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Kriteria Inklusi

- Idealnya, seluruh pengunjung puskesmas dilakukan uji penapisan ASSIST di mulai pada usia remaja.
- Klien yang keluhannya menandakan adanya hubungan dengan narkoba dan zat psikoaktif.
- Klien dengan kondisi kesehatan yang diperburuk oleh penggunaan narkoba dan zat.
- Perempuan hamil.

Kriteria Eksklusi

Uji penapisan ASSIST ditunda bila klien:

- Mengalami intoksikasi.

- Membutuhkan tindakan gawat darurat.
- Sedang menderita kesakitan atau nyeri.

3.2.2. Waktu Penggunaan ASSIST

Idealnya, seluruh klien yang datang pada pelayanan kesehatan harus dilakukan skrining berkaitan dengan penggunaan zat sebagai bagian dari upaya promotif dan preventif. Hal ini penting bagi pelayanan kesehatan primer dimana terdapat proporsi tinggi klien yang memiliki masalah berkaitan dengan penggunaan narkoba dan zat.

Bila petugas kesehatan hanya melakukan skrining pada klien yang mereka duga mengalami masalah penggunaan narkoba saja, mereka kemungkinan akan kehilangan bagian yang bermakna dari klien dengan penggunaan narkoba dan zat yang berbahaya serta berisiko tinggi.

Penggunaan narkoba dan zat psikoaktif lain secara umum terjadi pada usia remaja, sehingga skrining tidak perlu dilakukan pada anak-anak di bawah usia ini. Remaja dapat dipandang sebagai batu loncatan yang kritis terhadap masalah penggunaan narkoba dan zat psikoaktif dan merupakan waktu yang tepat untuk mengadakan skrining.

3.2.3. Prosedur Memperkenalkan ASSIST kepada klien

ASSIST harus diperkenalkan secara hati-hati dengan penjelasan yang sederhana terutama alasan-alasan mengajukan pertanyaan yang berhubungan dengan penggunaan narkoba dan zat psikoaktif.

Kuesioner ASSIST berbentuk kartu yang juga berisi contoh instruksi pada sisi sebelah dan daftar zat yang dicakup dalam kuesioner pada kartu lain (kartu zat).

Contoh memperkenalkan ASSIST yang dapat digunakan langsung atau dimodifikasi sesuai dengan situasi lokal.

"Banyak zat dan obat-obatan dapat mempengaruhi kesehatan anda. Maka sangat penting bagi kami di Puskesmas ini memiliki informasi yang tepat tentang bagaimana anda menggunakan berbagai zat dan obat-obatan, dalam rangka menyediakan cara penanganan yang tepat. Saya akan bertanya kepada anda tentang bagaimana anda menggunakan alkohol, produk-produk tembakau, dan zat atau obat-obatan lain. Zat-zat ini dapat digunakan dengan cara dihisap, disedot, ditelan, dihirup, disuntikkan atau digunakan dalam bentuk pil. (Tunjukkan kepada klien kartu respon dari zat yang digunakan).

Beberapa zat yang ada dalam daftar ini mungkin adalah resep dari dokter (seperti amfetamin, sedatif, obat anti nyeri). Untuk wawancara ini kami tidak mencatat zat atau obat-obatan yang diresepkan dokter. Namun demikian, bila anda telah memakai zat atau 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-obat yang dilarang; yakinlah bahwa informasi yang anda berikan akan sangat dirahasiakan".

Selama memperkenalkan dan mengajukan pertanyaan ASSIST, maka petugas kesehatan harus mengelompokkan zat-zat mana yang akan dimasukkan dalam wawancara dan memastikan bahwa zat-zat tersebut tersusun berdasarkan nama yang mudah dimengerti oleh klien.

ASSIST juga dilengkapi dengan kartu respon yang diberikan kepada klien yang berisi daftar kategori zat-zat yang dicakup dalam ASSIST bersama-sama dengan serangkaian nama yang berhubungan dengan tiap kategori. Juga berisi respon frekuensi untuk tiap pertanyaan. Nama-nama zat yang ada pada kartu adalah yang paling banyak digunakan di negara-negara dimana ASSIST diuji coba, tapi pewawancara harus menggunakan nama yang tepat dan sesuai dengan situasi lokal mereka. Lakukan pengecekan bersama-sama klien, nama-nama zat apa yang mereka gunakan dan gunakan nama sesuai dengan yang mereka tahu.

3.2.4. Prosedur Penggunaan ASSIST

Kuesioner ASSIST berisi beberapa hal pokok dan instruksi untuk menuntun pewawancara selama wawancara berlangsung. Beberapa pertanyaan mengizinkan pewawancara untuk meninggalkan dulu beberapa pertanyaan bagi klien-klien tertentu dan membuat ringkasan wawancara. Instruksi yang lain mengingatkan pewawancara bahwa dibutuhkan jawaban yang rinci untuk mendapatkan respon yang tepat. Walaupun ada fleksibilitas dalam wawancara, namun perlu diperhatikan bahwa seluruh pertanyaan yang relevan harus telah ditanyakan dan bahwa semua jawaban telah dicatat.

Pertanyaan 1 bertanya tentang penggunaan zat selama kehidupan, misalnya: zat-zat ini pernah digunakan walaupun hanya sekali. Setiap klien harus ditanyakan pertanyaan ini untuk setiap daftar zat.

- Bila klien menjawab **"TIDAK"** untuk setiap zat maka pewawancara harus bertanya **"tidak pernah menggunakan sekalipun di sekolah?"** bila jawaban tetap **"TIDAK"** untuk seluruh zat maka pewawancara harus menghentikan wawancara.
- Bila klien menjawab **"YA"** untuk pertanyaan 1 untuk setiap narkoba dan zat yang terdaftar maka kemudian berpindah pada **PERTANYAAN 2** yang bertanya tentang penggunaan narkoba dan zat dalam tiga bulan terakhir.

Pertanyaan 2 harus ditanyakan untuk tiap jenis narkoba dan zat yang pernah digunakan.

- Bila jawaban **"TIDAK PERNAH"** terhadap seluruh item pada **Pertanyaan 2**, maka berpindah pada **Pertanyaan 6**.
- Bila setiap zat telah pernah digunakan dalam tiga bulan terakhir, maka kemudian berpindah pada **Pertanyaan 3, 4 dan 5** untuk tiap jenis narkoba dan zat yang digunakan.

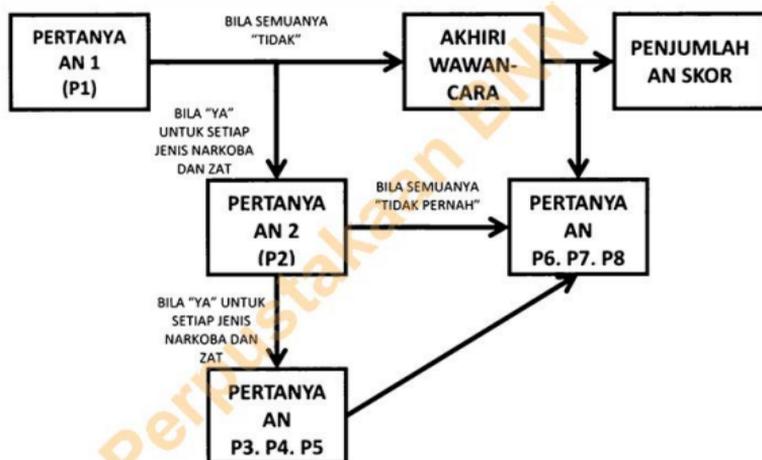
Pertanyaan 5 tidak ditanyakan untuk **TEBKAU** karena

tidak mungkin kegagalan peran kewajiban diakibatkan oleh penggunaan tembakau.

Seluruh klien yang menyatakan pernah menggunakan setiap jenis narkoba dan zat selama kehidupan mereka dalam **Pertanyaan 1** harus dilanjutkan dengan **Pertanyaan 6, 7 dan 8**.

Pertanyaan 6 dan 7 harus ditanyakan untuk tiap jenis narkoba dan zat yang didukung dalam **Pertanyaan 1**.

ALUR PENGGUNAAN ASSIST



3.2.5. Prosedur Pemberian Skor dan Interpretasi

Masing-masing pertanyaan dalam ASSIST memiliki serangkaian jawaban yang dapat dipilih, dan tiap jawaban memiliki skor. Pewawancara dengan mudah dapat melingkari skor yang berhubungan dengan jawaban klien untuk tiap pertanyaan. Pada akhir dari wawancara skor ini dikumpulkan bersama dan menghasilkan skor ASSIST.

Sejumlah skor yang berbeda dapat dijumlahkan untuk ASSIST.

- **SKOR KETERLIBATAN ZAT SPESIFIK** (*Specific Substance Involvement Score*) Penjumlahan dari jawaban terhadap pertanyaan 2-7 dalam tiap kelompok narkoba dan zat.
- **SKOR KETERLIBATAN ZAT TOTAL** (*Total Substance Involvement Score*) terhadap pertanyaan 1-8 untuk 10 jenis narkoba dan zat

Skor yang paling bermanfaat untuk skrining dan tujuan klinis adalah **SKOR KETERLIBATAN ZAT SPESIFIK** untuk tiap jenis narkoba dan zat. Hal ini memberikan ukuran penggunaan dan masalah dalam tiga bulan sebelum wawancara untuk tiap jenis narkoba dan zat yang ada dalam ASSIST dan memberikan peringatan akan risiko masalah penggunaan zat di masa mendatang. Tiap klien dapat memiliki skor keterlibatan zat spesifik lebih dari 10 tergantung berapa banyak jenis narkoba atau zat yang pernah digunakan.

Skor keterlibatan zat spesifik didapat dengan menjumlahkan jawaban-jawaban pertanyaan 2-7 untuk setiap jenis narkoba dan zat berikut ini: tembakau, alkohol, kanabis, kokain, stimulan jenis amfetamin, inhalansia, sedatif/ obat tidur, halusinogen, opioid dan "zat lain".

Contoh		
Skor keterlibatan zat spesifik untuk kanabis (ganja)		
Seorang klien telah memberikan jawaban berikut terhadap ASSIST untuk KANABIS		
P2c	Mingguan	Skor = 4
P3c	Sekali/dua kali	Skor = 3
P4c	Bulanan	Skor = 5
P5c	Sekali/dua kali	Skor = 5
P6c	Ya, tapi tidak dalam 3 bulan terakhir	Skor = 3
P7c	Tidak, tidak pernah	Skor = 0
Skor Keterlibatan Zat Spesifik untuk Kanabis		Total = 20
(Skor yang sama dijumlahkan untuk setiap zat lain yang telah digunakan dalam tiga bulan terakhir dengan pengecualian tembakau dimana PS tidak dijumlahkan)		

Skor untuk tiap zat kemudian harus dicatat dalam kartu laporan ASSIST (lihat di bawah) dan kemudian catat dalam catatan medik klien.

INTERPRETASI SKOR KETERLIBATAN ZAT SPESIFIK			
Alkohol		Semua jenis zat lain	
0-10	Risiko Rendah	0-3	Risiko Rendah
11-26	Risiko Sedang	4-26	Risiko Sedang
27+	Risiko Tinggi	27+	Risiko Tinggi

Klien dengan skor keterlibatan zat spesifik **3 atau kurang** untuk **semua jenis narkoba dan zat** dan **10 atau kurang** untuk **alkohol** berada pada **RISIKO RENDAH** dari masalah yang berkaitan dengan penggunaan narkoba dan zat yang digunakan. Mereka menggunakan narkoba dan zat tersebut sekali-sekali, sehingga saat ini mereka tidak mengalami masalah apapun yang berkaitan dengan penggunaan narkoba atau zat tersebut dan berada pada risiko rendah terjadinya masalah kesehatan yang berhubungan dengan penggunaan narkoba dan zat di masa mendatang asalkan mereka tetap pada pola yang sama dalam penggunaan narkoba atau zat tersebut.

Skor yang berada antara **4 -11 (untuk alkohol)** dan **4- 26 (untuk setiap narkoba dan zat)** merupakan indikasi dari penggunaan narkoba atau zat yang berisiko tinggi atau berbahaya. Klien dengan skor pada kisaran ini berada pada **RISIKO SEDANG** dari pola penggunaan narkoba dan zat yang mereka lakukan. Risiko meningkat pada klien dengan riwayat pernah terjadi masalah atau ketergantungan.

Skor 27 atau lebih besar untuk tiap jenis narkoba dan zat menyatakan bahwa klien berada pada **RISIKO TINGGI** terjadinya ketergantungan terhadap narkoba dan zat dan mungkin akan mengalami masalah kesehatan, sosial, keuangan, dan hukum sebagai akibat dari penyalahgunaan narkoba dan zat yang mereka lakukan.

Pertanyaan 8 dari ASSIST bertanya tentang jenis narkoba dan zat yang disuntikkan. Skor dari **Pertanyaan 8** tidak dimasukkan dalam penjumlahan

skor keterlibatan zat spesifik, karena injeksi narkoba atau zat apa saja dalam tiga bulan terakhir (skor 2 dari P8) merupakan faktor risiko dan klien-klien ini harus dinilai lebih lanjut terhadap tingkat risiko dan pola menyuntik yang mereka lakukan dalam tiga bulan sebelumnya.

Klien yang menggunakan narkoba/ zat dengan cara suntikan lebih dari sekali dalam seminggu, atau yang menggunakannya tiga kali atau lebih perhari berada pada **RISIKO SANGAT TINGGI** terjadinya bahaya, termasuk ketergantungan, infeksi, dan penularan virus melalui darah dan membutuhkan penanganan intensif yang lebih serius.

Hal ini menjadi dasar untuk sebagian besar pengobatan yang didasarkan pada risiko dan cara menyuntik yang biasa dilakukan sehingga bisa terjadinya ketergantungan terhadap penggunaan heroin (lebih dari penggunaan mingguan) dan amfetamin/ kokain (penggunaan lebih dari tiga kali berturut-turut per hari). Namun demikian, tenaga kesehatan harus membuat diagnosis klinis tentang tindakan yang paling tepat didasarkan atas informasi yang tersedia saat itu.

Walaupun ASSIST menyediakan indikasi tingkat risiko yang berhubungan dengan penggunaan narkoba/ zat, namun perlu diketahui bahwa ada keterbatasan dalam membuat penilaian risiko bila hanya berdasarkan pada ASSIST saja, untuk itu masih tersedia beberapa cara pemeriksaan psikometrik. Masalah-masalah yang berkaitan dengan penggunaan narkoba dan zat adalah sangat kompleks, dan banyak faktor yang dapat mempengaruhi risiko penggunaan narkoba dan zat termasuk riwayat keluarga, komorbiditas psikiatrik, usia, jenis kelamin, status sosio-ekonomi, dan sebagainya. Dokter harus memahami benar faktor-faktor ini terutama saat memperkirakan risiko individu dari masing-masing klien.

3.3. Rencana Intervensi

3.3.1. Prosedur Penyusunan Rencana Intervensi

- a. Jenis intervensi ditentukan oleh skor keterlibatan zat spesifik yang digunakan klien, dari skor tersebut akan diketahui tingkat risiko klien rendah, sedang atau tinggi.

Faktor yang memodifikasi risiko konsekuensi kesehatan dari penggunaan zat/ obat termasuk riwayat keluarga, komorbiditas psikiatrik, usia, kelamin, status sosio-ekonomi, dan sebagainya juga perlu diperhatikan

- b. Klien dengan tingkat risiko rendah tidak membutuhkan intervensi untuk mengubah penggunaan narkotika mereka, tetapi perlu diberikan informasi tentang narkotika, alkohol, rokok dan zat psikoaktif untuk :
 - Meningkatkan pengetahuan dalam masyarakat tentang penggunaan dan risiko penggunaan alkohol, rokok, dan narkoba lain;
 - Mendukung pengguna narkoba yang berisiko rendah untuk tetap melanjutkan perilaku penggunaan narkoba yang berisiko rendah; dan
 - Mengingatkan klien dengan riwayat penggunaan narkoba yang berisiko tentang akibatnya bila kembali menggunakan narkoba.
- c. Klien dengan tingkat risiko sedang perlu diberikan intervensi singkat, dengan memperhatikan hal-hal sebagai berikut :
 - Intervensi singkat harus fleksibel dan memperhitungkan tingkat risiko klien, masalah yang spesifik, kesiapan untuk berubah, dan juga waktu yang tersedia;
 - Jika kelihatannya mereka setuju, anda dapat mengatakan pada klien untuk datang kembali membuat perjanjian selanjutnya untuk mendiskusikan masalah penggunaan narkoba secara lebih rinci. Ini dapat terjadi jika waktunya singkat atau jika anda terutama sekali khawatir tentang masalah yang berkaitan dengan penggunaan narkoba klien atau jika klien sungguh- sungguh ingin melakukan sesuatu tentang penggunaan zat mereka; dan

- Jika perlu, intervensi dapat dilakukan lebih dari suatu konsultasi.
- d. Klien dengan tingkat risiko tinggi memerlukan pengobatan intensif yang disediakan oleh pelayanan kesehatan rujukan di dalam setting pelayanan kesehatan atau oleh pelayanan spesialis adiksi.
 - e. Bagi klien dengan skor ASSIST untuk keterlibatan zat spesifik yang mengindikasikan adanya risiko dan dampak buruk dari penggunaan satu atau lebih zat maka mintalah klien untuk memilih satu jenis narkoba yang paling mengkhawatirkan untuk dijadikan fokus intervensi. Lebih baik difokuskan pada satu perilaku pada satu waktu saja.

3.3.2. Prosedur Tindak Lanjut Skrining

Seluruh klien yang melalui proses skrining menggunakan ASSIST harus menerima respon balik sesuai dengan skor dan tingkat risiko dan ditawarkan informasi tentang zat/ obat yang mereka gunakan. Ini adalah intervensi yang paling sederhana bagi seluruh klien. Kotak 7 menghubungkan skor ASSIST dengan sebagian besar tingkat intervensi yang tepat.

Beberapa hal yang dapat dilakukan sebagai tindak lanjut skrining, yaitu :

- Bagi klien dimana skor ASSIST menunjukkan bahwa mereka berada pada **risiko rendah**, maka tingkat intervensi ini telah cukup. Klien yang berada pada risiko rendah atau abstainers harus diberi penghargaan dan didukung untuk tetap berada pada pola penggunaan yang sama.
- Klien yang skor ASSIST-nya menunjukkan bahwa mereka berada pada **risiko sedang** (skor keterlibatan zat/ obat spesifik antara 11 dan 26 untuk alkohol, dan 4 sampai 26 untuk zat/ obat lain) harus **ditawarkan intervensi**. Mereka yang melakukan injeksi kurang dari sekali seminggu,

dan tidak menggunakannya dalam tiga bulan terakhir, juga harus diberikan intervensi oleh profesi kesehatan termasuk kartu "Risiko Suntikan".

- Klien dengan skor keterlibatan zat/ obat spesifik 27 atau lebih untuk tiap zat/ obat, dan/ atau telah menggunakan zat dengan cara suntikan secara reguler dalam tiga bulan terakhir mungkin berada pada **risiko tinggi** dan ketergantungan zat/ obat dan membutuhkan lebih dari sekedar intervensi sederhana. Mereka memerlukan penilaian lanjut dan penanganan yang lebih intensif. Dan penanganan ini dapat disediakan oleh profesi kesehatan dalam pusat pelayanan kesehatan primer, atau oleh spesialis adiksi bila ada.

Bila pelayanan pengobatan spesialis adiksi tersedia, petugas klinik harus hati-hati dengan daftar pertemuan yang telah dijanjikan, dan merujuk klien yang berisiko tinggi ke layanan spesialis. Bila fasilitas penanganan dengan obat-obatan tidak mudah didapat, maka tiap usaha harus dibuat untuk menangani klien dalam klinik tersebut.

3.3.3. Prosedur Pemberian Umpan Balik

Umpan balik diberikan kepada semua klien dengan tingkat risiko rendah, sedang dan tinggi. Sebuah cara yang sederhana dan efektif pada pemberian umpan balik dengan menerima laporan dari pemahaman klien dan menghormati hak mereka untuk memilih apa yang dilakukan dengan informasi yang mencakup tiga langkah :

- a. Petugas mendapatkan kesiapan/ ketertarikan klien untuk informasi, misalnya dengan menanyakan pada klien apa yang telah mereka ketahui dan apa yang ingin mereka ketahui. Ini juga bermanfaat untuk mengingatkan klien

bahwa apa yang mereka lakukan adalah tanggung jawab mereka. Contoh:

- "Maukah anda melihat hasil dari kuesioner yang tadi ditanyakan pada anda? Apa yang akan dilakukan dengan informasi ini terserah anda."
 - "Apa yang anda ketahui tentang efek amfetamin/sabu-sabu pada emosi anda?"
- b. Petugas menyediakan umpan balik yang netral dan tidak menghakimi.

Contoh :

- "Skor anda untuk putaw adalah 6, ini berarti bahwa anda berada pada risiko bermasalah dengan kesehatan berkaitan dengan tingkat penggunaan putaw saat ini."
 - "Sabu-sabu akan mempengaruhi kimiawi otak yang mengatur emosi dan penggunaan yang regular/ terus-menerus dapat menyebabkan anda merasa depresi, cemas dan beberapa orang dapat menjadi marah serta melakukan kekerasan."
- c. Petugas mendapatkan pemahaman individu, misalnya dengan menanyakan pada klien apa yang mereka pikirkan tentang informasi dan yang yang akan mereka lakukan.
- Contoh :

- "Bagaimana perasaan Anda tentang hal itu?"
- "Apa yang paling mengkhawatirkan anda?"
- "Apa yang akan anda lakukan tentang hal itu?"

3.3.4. Prosedur Pemberian Informasi

- Komponen penting dari intervensi singkat yang efektif adalah memberikan nasehat atau informasi yang jelas tentang dampak buruk yang berkaitan penggunaan

narkoba. Klien sering tidak menyadari bahwa pola penggunaan narkoba mereka saat ini dapat mengarah ke masalah kesehatan atau masalah lainnya atau membuat masalah yang sudah ada menjadi lebih buruk.

- Informasi yang jelas bahwa dengan mengurangi atau berhenti menggunakan narkoba dapat mengurangi risiko dan masalah yang berkaitan dengan kesehatan klien dimasa datang akan dapat meningkatkan kesadaran klien terhadap risiko dan menetapkan alasan-alasan untuk mempertimbangkan perubahan perilaku klien.

Perpustakaan BNN

BAB 4

Petunjuk Teknis Intervensi Singkat

4.1. Pengantar

Petunjuk teknis ini membahas secara khusus penerapan wawancara motivasional sebagai salah satu pendekatan yang paling sering digunakan dalam intervensi singkat, khususnya dalam sistem SBIRT.

4.2. Integrasi Wawancara Motivasional dan Perubahan Perilaku :

Wawancara motivasional dan tahapan perubahan perilaku sudah digunakan dalam pengobatan di masyarakat dan penelitian di berbagai belahan dunia. Model intervensi ini dianggap cukup efektif dalam membantu pengguna narkoba untuk mengubah perilaku penggunaan narkoba mereka ke arah perubahan perilaku yang positif. Dasar dari penerapan wawancara motivasional adalah memahami tahapan perubahan perilaku klien pada saat wawancara ini dilakukan dan bagaimana mendorong mereka untuk mencapai tahapan selanjutnya.

Prochaska, Di Clemente, dan Norcross, menunjukkan ada enam tahapan perubahan yang akan dilalui oleh individu, dalam melewati tahapan tersebut tidak semua individu melalui dengan mulus, seringkali ketika sudah maju pada tahapan selanjutnya kemudian menjadi mundur ke tahapan sebelumnya. Kondisi ini sangat terkait dengan berbagai faktor baik dari dalam diri individu tersebut maupun eksternal atau lingkungan. Adapun enam tahapan perubahan tersebut adalah:

1. Precontemplation (Pra Perenungan)

Individu belum memahami bahwa perilakunya menimbulkan masalah, meskipun sudah mendapat umpan balik dari berbagai pihak individu merasa bahwa penggunaan narkoba mereka tidak menimbulkan masalah baginya.

2. Contemplation (Perenungan)

Individu sudah mulai memahami bahwa penggunaan narkoba mereka sudah menimbulkan masalah, namun mereka masih ragu-ragu untuk menghentikan penggunaan narkoba. Pada tahap ini individu sudah ingin berubah tetapi tidak yakin dapat berubah. Sikap ambivalensi pada tahap ini cukup kuat sehingga perlu waktu panjang untuk meningkat pada tahap berikutnya. Ambivalensi yang dialami klien bisa menjadi tolok ukur dalam mencapai suatu keseimbangan, perubahan ini tidak mungkin terjadi bila alasan untuk tetap pada perilaku sebelumnya lebih besar daripada alasan mengapa mereka berubah.

3. Preparation (Persiapan)

Pada tahap ini individu sudah memutuskan untuk berubah, mereka sudah menyiapkan diri untuk melakukan sesuatu. Terapis perlu mendorong individu untuk dapat melaksanakan rencana perubahan dengan suatu anjuran yang realistis

4. Action (Aksi)

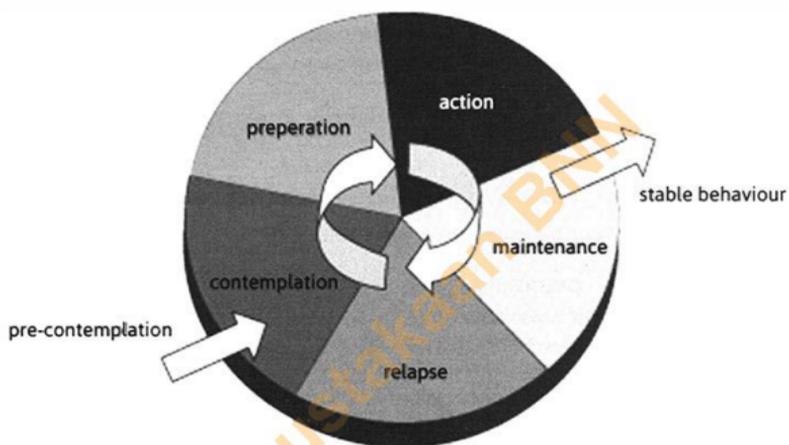
Individu sudah benar-benar melakukan rencana perubahan, pengguna narkoba sudah mulai melakukan terapi untuk mengatasi sindroma putus zat dan memutus hubungan dengan teman-teman pengguna narkoba. Dalam tahapan ini perlu dukungan dan penguatan agar mereka dapat mempertahankan perilakunya.

5. Maintenance (Rumatan)

Individu sudah merasakan suatu kondisi yang nyaman dengan perilaku tanpa narkoba. Untuk bertahan pada tahap ini individu perlu mendapat pengawasan agar tidak jatuh dalam kekambuhan. Mereka juga perlu memperbaharui strategi yang digunakan agar tidak kambuh, mereka juga butuh perubahan situasi dalam kehidupannya untuk tetap dalam tahap *maintenance*.

6. Termination (Terminasi)

Pada tahap ini individu sudah benar-benar mampu meninggalkan perilaku penggunaan narkoba mereka dan tidak terpengaruh oleh situasi yang dapat menyebabkan mereka kambuh. Misalnya, seorang yang berhenti merokok kemudian berkumpul dengan teman-temannya yang masih merokok tidak akan mencoba untuk merokok kembali.



Stages of change model

Para praktisi di berbagai negara mempunyai pengalaman bahwa klien seringkali menghadapi banyak masalah dan isu-isu yang membawa mereka harus berhadapan dengan terapis/konselor. Untuk itu diperlukan suatu pendekatan yang efektif dan terbaik bagi mereka, pengalaman menunjukkan wawancara memotivasi yang dilakukan bersama dengan konsep tahapan perubahan memberikan hasil sangat efektif bagi mereka yang membutuhkan perubahan perilaku tersebut.

Beberapa kisi-kisi yang perlu diketahui oleh terapis dalam mengintegrasikan antara wawancara memotivasi dengan tahapan

perubahan perilaku adalah sebagai berikut:

1. Penelitian menunjukkan, integrasi tersebut memberikan keberhasilan dalam perubahan perilaku.
2. Fokus dukungan pada individu/ klien untuk meyakinkan dan menguatkan hasrat, motivasi dan rasa percaya diri untuk berubah.
3. Kenali bahwa memberikan penguatan dapat dilakukan dengan proses konseling dan terapis hadir sesuai dengan dimana tahapan perubahan klien saat ini dengan menggunakan keterampilan terapis untuk mendorong klien ke tahapan berikutnya.
4. Ciptakan suatu pola pikir untuk melihat bagaimana proses konseling berjalan.
5. Identifikasi keterampilan dan strategi yang dapat bekerja dengan baik antara terapis bersama klien.
6. Ciptakan petunjuk/ pedoman singkat yang dapat dikerjakan dengan klien dalam rencana perubahan perilaku.
7. Ingatkan klien untuk menerapkan dalam aksi dari apa yang dianggap terbaik oleh klien.

4.2.1. Intervensi Motivasional dan Tahapan Perubahan Perilaku

Individu membutuhkan dukungan motivasi yang berbeda sesuai dengan dimana tahapan perubahan individu berada dan pada tahapan apa mereka harus berpindah. Apabila kita mencoba untuk menerapkan strategi yang tidak sesuai dengan tahapan perubahan individu maka akan terjadi resistensi atau ketidakpatuhan dalam proses terapi. Sebagai contoh, bila klien berada dalam tahapan *contemplation* memberikan gambaran tentang keuntungan dan kerugian menggunakan narkoba tidak akan efektif dibanding bila terapis memberikan dorongan untuk mereka mengambil satu langkah aksi dari perubahan perilaku. Penilaian untung dan rugi lebih sesuai untuk fase *precontemplation*, agar meningkatkan kesadaran klien tentang masalah yang dihadapi. Bagan dibawah ini

akan memberikan panduan intervensi apa yang sebaiknya diterapkan sesuai dengan tahapan perubahan klien:

STRATEGI MEMOTIVASI SESUAI TAHAPAN PERUBAHAN	
Tahapan Perubahan Klien	Strategi Memotivasi yang Sesuai
<p>Precontemplation : Klien :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Belum mempertimbangkan untuk berubah atau tidak punya keinginan untuk berubah. • Belum mengkhawatirkan pola penggunaan narkobanya, berapa jumlah dan frekuensi yang mereka konsumsi. • Tidak mau menerima dan tidak mengetahui seberapa seriusnya masalah yang ditimbulkan atas penggunaan narkobanya dan mereka masuk dalam pengguna berisiko. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bina rapport, minta persetujuan, bangun kepercayaan. • Bangkitkan keragu-raguan atau fokuskan pikiran klien tentang penyalahgunaan narkobanya melalui: <ul style="list-style-type: none"> - Eksplorasi makna atau kejadian yang membawa klien untuk berobat atau hasil dari pengobatan yang sebelumnya. - Timbulkan persepsi klien tentang masalah yang ada terkait penggunaan narkoba. - Jelaskan informasi faktual tentang risiko penggunaan narkoba. - Sediakan umpan balik personal tentang asesmen yang diperoleh. - Eksplorasi tentang keuntungan dan kerugian penggunaan narkoba. - Bantu untuk intervensi lain yang bermakna. - Uji adanya kesenjangan antara persepsi klien dengan persepsi orang lain tentang masalah perilaku. - Tunjukkan perhatian dan biarkan pintu selalu terbuka untuk klien.
<p>Contemplation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengenali dan mempertimbangkan kemungkinan untuk merubah perilaku, namun masih ambivalen dan belum memiliki kepastian. • Faktor ekstrinsik lebih banyak mendominasi pemikiran mereka untuk berubah. 	<ul style="list-style-type: none"> • Menormalisasi sikap ambivalen. • Bantu klien dengan "tip the decisional balance scales" untuk berubah melalui : <ul style="list-style-type: none"> - Bangkitkan dan hubungkan tentang untung rugi penyalahgunaan narkoba dan menghentikannya. - Ubah motivasi intrinsik maupun ekstrinsik. - Kaji nilai-nilai personal klien dan hubungannya dengan perubahan. - Yakinkan klien bebas memilih, bertanggung jawab dan mampu memberdayakan diri sendiri untuk berubah. • Bangkitkan pernyataan motivasi diri dan komitmen klien untuk berubah. • Bangkitkan ide-ide untuk klien memberdayakan diri dan harapan mereka untuk dapat mendapat pengobatan. • Simpulkan pernyataan motivasi diri.

<p>Preparation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien memiliki komitmen dan mempunyai rencana untuk berubah dalam waktu dekat namun masih belum jelas apa yang akan dilakukan. • Klien sudah menemukan resolusi dan membuat pernyataan yang dapat bertujuan untuk memotivasi dirinya sendiri. 	<ul style="list-style-type: none"> • Perjelas tujuan dan strategi klien untuk berubah. • Berikan beberapa menu untuk berubah atau mendapatkan pengobatan. • Dengan persetujuan klien, berikan pendapat dan anjuran terapis. • Negosiasi kontrak rencana perubahan perilaku atau pengobatan . • Pertimbangkan kendala yang ringan dalam perubahan. • Bantu klien dapatkan daftar untuk dukungan sosial. • Eksplorasi harapan dari pengobatan dan peran klien dalam perubahan perilaku. • Bangkitkan dari klien apa yang sebelumnya telah dikerjakan dan siapa yang akan bekerjasama di masa datang. • Bantu klien untuk menghadapi kendala dalam masalah keuangan, perawatan anak, transportasi, atau kendala yang lainnya. • Apakah klien sudah memiliki dan memberitahu tentang rencana perubahan tersebut.
<p>Action:</p> <p>Klien secara aktif telah mengambil satu langkah untuk berubah tetapi belum mencapai kestabilan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Libatkan klien dalam pengobatan dan beri penguat selama proses pemulihan. • Dukung secara realistis pandangan untuk merubah melalui langkah yang kecil • Kenali kesulitan-kesulitan klien pada tahap awal perubahan. • Bantu klien untuk mengenali situasi risiko tinggi melalui analisis fungsional dan kembangkan strategi untuk menghadapi situasi tersebut. • Bantu klien memperoleh penguatan baru untuk perubahan positif. • Bantu klien untuk mengkaji kekuatan keluarga dan dukungan sosial.
<p>Maintenance :</p> <p>Klien sudah mencapai tujuan awal seperti abstinensia dan sekarang bekerja untuk dapat mempertahankannya.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bantu klien untuk mengidentifikasi kegiatan yang terkait dengan kondisi bebas zat (misal: penguatan baru). • Dukung perubahan gaya hidup klien. • Afirmasi kemampuan klien untuk lepas dari masalah dan kemampuan memberdayakan diri. • Pertahankan kontak untuk dukungan. • Bantu klien menerapkan dan menggunakan strategi untuk terhindar dari kekambuhan. • Kembangkan rencana untuk "lari dari api" agar tidak menggunakan narkoba kembali. • Tinjau tentang rencana jangka panjang klien.

Slip dan kambuh :

Klien mengalami gejala-gejala kekambuhan dan harus mengatasi konsekuensinya dan memutuskan apa yang akan dilakukan selanjutnya.

- Bantu klien untuk masuk kembali dalam lingkaran perubahan dan puji keinginannya untuk melakukan perubahan positif.
- Eksplorasi makna dan kenyataan dari kekambuhan sebagai kesempatan untuk belajar.
- Bantu klien untuk memperoleh strategi alternatif dalam memecahkan masalah .
- Pertahankan kontak untuk dukungan.

Di Clemente dan Scott (1997), menyatakan bahwa dasar dalam proses perubahan perilaku diwakili oleh beberapa faktor: kognitif, afektif, perilaku, dan lingkungan yang dapat mempengaruhi perubahan dan dapat dilihat secara keseluruhan. Secara umum penerapan wawancara motivasional untuk perubahan perilaku tidak hanya pada pengguna narkoba tetapi juga pada penyakit tertentu seperti Diabetes Melitus, Obesitas, Penyakit jantung dan lain-lain.

Ada sepuluh katalisator yang dapat membantu penerapan wawancara motivasional ini efektif dalam mendorong perubahan perilaku:

1. **Bangkitkan kesadaran** adalah meningkatkan informasi tentang masalah klien. Intervensi dapat berupa observasi, interpretasi dan *bibliotherapy*.
2. **Evaluasi ulang diri** melibatkan pengkajian bagaimana seseorang merasa dan **berpikir** tentang dirinya dengan menghormati masalah perilakunya. Intervensi dapat berupa mengklarifikasi nilai-nilai dan tantangan keyakinan atau harapan.
3. **Membebaskan diri** berarti memilih dan komitmen atau mempercayai kemampuan untuk berubah. Intervensi dapat berupa teknik meningkatkan komitmen, terapi mengambil keputusan, dan resolusi tahun baru.
4. **Memperhitungkan kondisi** melibatkan alternatif substitusi pemecahan masalah dalam menghadapi kecemasan yang disebabkan oleh perilaku terkait penyalahgunaan narkoba. Intervensi dapat termasuk latihan relaksasi, desensitisasi, pernyataan dan pernyataan positif diri.

5. **Kontrol stimulus** artinya menghindari atau melawan stimulus yang membangkitkan masalah perilaku. Intervensi dapat termasuk menghindari situasi risiko tinggi, dan pindah dari lingkungan penyalahgunaan narkoba.
6. **Manajemen penguatan** adalah memberi imbalan diri sendiri atau dilakukan oleh orang lain. Intervensi termasuk kontrak kontigensi, dan penguatan secara terang-terangan atau tersembunyi.
7. **Membantu hubungan dekat** adalah menciptakan hubungan dengan membuka diri dan mempercayai orang yang dapat atau akan membantu. Intervensi dapat berupa kelompok tolong mandiri, dukungan sosial, atau hubungan terapeutik.
8. **Membangkitkan emosi dan menurunkan dramatisasi** melibatkan pengalaman dan ekspresi perasaan tentang suatu masalah dan solusinya. Intervensi dapat berupa bermain peran dan psikodrama.
9. **Evaluasi ulang lingkungan** adalah kajian bagaimana suatu masalah memberikan dampak lingkungan secara personal dan fisik. Intervensi dapat berupa pelatihan empati dan mengingat kejadian-kejadian yang telah lalu.
10. **Kebebasan sosial** meliputi peningkatan alternatif untuk perilaku tak bermasalah. Intervensi dapat berupa advokasi terhadap penindasan hak azasi dan intervensi kebijakan.

4.2.2. Wawancara Motivasional

4.2.3. Konsep Motivasi dan Perubahan Perilaku

Mengubah perilaku adalah suatu hal yang sangat sulit, banyak faktor yang membuat seseorang mengubah perilaku negatifnya menjadi suatu perilaku yang positif. Banyak orang yang sudah mencoba berulang kali dan dalam jangka waktu yang panjang untuk mengubah perilakunya namun sebagian besar akan mengalami kegagalan disebabkan berbagai alasan. Salah satu yang sering menjadi kendala dalam perubahan perilaku adalah motivasi seseorang. Motivasi sendiri sangat

dinamis dan berubah seirama dengan pikiran, perasaan, dan harapan individu.

Pada seorang yang mengalami gangguan penyalahgunaan narkoba perubahan perilaku sangat tergantung dari dirinya sendiri. Masalah lain yang menjadi penyulit mengubah perilaku klien dengan gangguan penyalahgunaan narkoba adalah karena adanya gangguan pada ruang-ruang di bagian otak akibat penyalahgunaan narkoba jangka panjang dan efek setiap jenis zat terhadap tubuh.

Beberapa contoh yang dapat kita lihat adalah kenyataan yang terjadi di lapangan seperti: apakah bila seseorang sudah dinyatakan menderita penyakit jantung dengan segera akan mengubah pola hidupnya? Apakah seorang wanita hamil yang merokok akan berhenti merokok untuk kesehatan bayinya? Dan masih banyak lagi kenyataan-kenyataan di lapangan yang seringkali membuat kita meyakini bahwa mengubah perilaku seseorang sangat sulit dan yang bisa menjadi pendorong utama adalah motivasi mereka untuk berubah.

MOTIVASI

Motivasi secara alamiah merupakan suatu yang sangat dinamis dan tergantung faktor-faktor yang ada pada individu maupun lingkungannya, secara rinci motivasi sebagai berikut:

- Motivasi merupakan kunci dari perubahan;
- Motivasi merupakan suatu yang multidimensional;
- Motivasi dipengaruhi oleh interaksi sosial;
- Motivasi dapat dimodifikasi;
- Motivasi dipengaruhi oleh gaya terapis; dan
- Terapis bertugas untuk menimbulkan dan meningkatkan motivasi.

a. Motivasi merupakan kunci perubahan

Penelitian tentang motivasi terkait dengan perubahan perilaku tak dapat dielakkan, konsep ini juga sudah diteliti dengan cermat oleh psikolog modern dan para ahli yang mempunyai fokus pada

pengobatan gangguan penyalahgunaan narkoba. Perubahan alamiah dan penyebabnya seperti motivasi, merupakan suatu gagasan yang sangat kompleks dengan definisi yang berkembang secara perlahan. Pola kerja untuk menghubungkan pandangan baru tentang motivasi individu dengan perubahan perilaku disebut fenomenologi, tulisan yang paling terkenal tentang teori ini ditulis oleh Carl Rogers. Dalam buku itu disebutkan bahwa tinjauan yang paling penting dalam elemen perubahan manusia adalah pengalaman individu yang akan menjadi inti dari *inner self*, dan ini dapat menjadi dasar untuk aktualisasi diri individu dalam mendorong perkembangan dan perubahan itu sendiri (Davidson, 1994). Dalam konteks ini motivasi didefinisikan kembali sebagai suatu yang mempunyai tujuan, disengaja, dan memberi dampak positif terhadap perubahan itu sendiri.

b. Motivasi merupakan sesuatu yang multidimensial

Motivasi mempunyai suatu pengertian yang baru dan mempunyai banyak komponen yang kompleks, meliputi dorongan, keinginan kuat klien, tekanan dari luar, dan tujuan yang mempengaruhi klien, persepsi tentang keuntungan dan kerugian dari perubahan tersebut serta penafsiran kognitif dari situasi.

c. Motivasi adalah dinamis dan fluktuatif

Penelitian dan pengalaman memberikan gambaran bahwa motivasi itu dinamis dan berfluktuasi dari waktu ke waktu, terkait dengan situasi yang berbeda daripada atribut individu yang statis. Motivasi dapat menjadi suatu keraguan diantara konflik-konflik tujuan perubahan. Motivasi juga bervariasi dalam kedalaman, goyangan-goyangan dalam merespon keraguan, dan meningkatkan penyelesaian dan tujuan secara lebih jelas dalam meramalkan masa depan. Dalam pengertian ini, motivasi dapat menjadi ambivalen, keadaan yang menanyakan kembali siap atau tidak siap untuk berubah.

d. Motivasi dipengaruhi oleh interaksi sosial

Motivasi merupakan milik seseorang, bisa dipahami ini merupakan hasil interaksi antara individu dan orang lain atau faktor lingkungan (Miller, 1995). Meskipun faktor internal merupakan dasar untuk perubahan, faktor eksternal merupakan suatu kondisi yang berubah.

Motivasi seseorang untuk berubah dapat dipengaruhi secara kuat oleh keluarga, teman, emosi, dan dukungan masyarakat. Kurangnya dukungan dari masyarakat, seperti hambatan dalam layanan kesehatan, pekerjaan, dan persepsi masyarakat tentang klien gangguan penyalahgunaan narkoba dapat juga mempengaruhi motivasi seseorang.

e. Motivasi dapat dimodifikasi

Motivasi menyebar dalam setiap aktivitas, bekerja dalam konteks yang multipel, dan dalam setiap waktu. Konsekuensinya, motivasi mempunyai aksesibilitas dan dapat dimodifikasi atau ditingkatkan pada beberapa poin dalam proses perubahan. Klien tidak harus mengalami penderitaan yang amat sangat (*hit the bottom*) untuk memulai perubahan atau pengalaman yang menakutkan, konsekuensi yang tidak dapat diperbaiki dari perilaku mereka yang disadari perlu diubah. Terapis dan orang sekitarnya dapat memberikan akses dan meningkatkan motivasi sebelum kerusakan terhadap kesehatan klien, *relationship* atau *self image* klien semakin meluas (Miller et al, 1995).

Meskipun ada perbedaan substansi dalam faktor-faktor yang mempengaruhi motivasi seseorang untuk berubah, ada beberapa peristiwa dramatik yang dapat meningkatkan atau menurunkan motivasi individu untuk berubah, antara lain :

- **Tingkat distress**, dapat mempunyai peran dalam meningkatkan motivasi dan strategi perubahan. Sebagai contoh, banyak individu segera atau terdorong berubah dan mencari pertolongan setelah mengalami suatu episode kecemasan atau depresi yang berat.
- **Peristiwa kehidupan yang kritis**, seringkali menstimulasi motivasi untuk berubah. Peristiwa penting tersebut yang mendorong perubahan melalui pengalaman spiritual atau perpindahan agama, melalui suatu kecelakaan yang traumatik atau penyakit berat yang mematikan pada orang yang dicintai, dipecat dari pekerjaan, kehamilan, atau mau menikah.
- **Evaluasi atau penilaian kognitif**, dalam hal ini evaluasi individu berdampak terhadap substansi kehidupan dan menuntun

terjadinya perubahan. Hal ini menjadi pertimbangan dalam menilai pros dan cons dari substansi yang akan dirubah, penelitian menyebutkan bahwa 30% sampai 60% perubahan dilaporkan berkaitan dengan substansi ini.

- **Mengenali konsekuensi negatif**, dan dampak buruk yang dirasakan dapat memotivasi seseorang untuk berubah. Membantu klien untuk melihat hubungan antara penyalahgunaan narkoba dengan konsekuensi buruk akibat hal tersebut atau hal lainnya merupakan strategi motivasional yang penting.
- **Dorongan positif dan negatif dari luar**, juga dapat mempengaruhi motivasi. Teman yang mendukung dan empatik, hadiah/ reward, atau pemaksaan dalam berbagai variasi dapat menstimulasi perubahan.

f. **Motivasi dapat dipengaruhi oleh gaya terapis**

Bagaimana caranya seorang terapis dalam berinteraksi dengan klien merupakan saat krusial yang memberi dampak bagaimana respon klien dan keberhasilan dari terapi. Peneliti menemukan perbedaan yang dramatik dalam laju klien yang *drop out* atau menyelesaikan program konseling dengan menggunakan teknik yang sama.

Gaya konselor merupakan salah satu hal yang sangat penting dan yang seringkali diabaikan, variabel untuk meramalkan respon. Dari tinjauan kepustakaan tentang karakteristik konselor sehubungan dengan pengobatan yang efektif pada gangguan penggunaan narkoba, para peneliti menemukan membangun hubungan antara konselor dengan klien dan keterampilan personal yang baru lebih penting dibanding dengan pelatihan profesional atau pengalaman konselor itu sendiri (Najavits and Weiss, 1994). Perbandingan langsung diantara gaya konselor menunjukkan bahwa konfrontasi dan pendekatan yang langsung lebih cepat menjadi pencetus terjadinya resistensi yang pada akhirnya proses terapi menjadi kurang berhasil dibanding bila menggunakan cara "client centered" yang lebih mendukung, gaya empatik yang menggunakan cara mendengar reflektif dan bujukan yang lembut.

g. Tugas terapis adalah menimbulkan dan meningkatkan motivasi

Walaupun berubah adalah tanggung jawab klien dan banyak orang yang menyalahgunakan narkoba dapat berubah lebih dari semestinya tanpa intervensi terapeutik, terapis dapat meningkatkan motivasi klien yang berguna untuk klien melewati setiap tahapan perubahan. Tugas terapis bukan sekedar mengajarkan secara sederhana, memberi instruksi, atau memberikan nasehat tetapi lebih kepada membantu klien untuk memahami masalah perilaku yang dihadapi oleh klien, dalam rangka perubahan positif yang menjadi perhatian utama klien. Terapis juga bertugas untuk membuat klien merasa mampu untuk berubah dan merencanakan perubahan tersebut dengan menggunakan berbagai strategi.

Mengapa Motivasi Perlu Ditingkatkan ?

Para peneliti menyatakan bahwa pendekatan dengan meningkatkan motivasi berhubungan erat dengan partisipasi yang besar dari klien dalam terapi dan memberikan hasil terapi yang baik. Hasil terapis termasuk: pengurangan konsumsi penyalahgunaan narkoba, meningkatkan jangka waktu bebas narkoba, adaptasi sosial, dan berhasil dirujuk ke fasilitas perawatan (Landry, 1996 ; Miller et al, 1995). Sikap positif untuk melakukan perubahan dan komitmen untuk berubah juga berhubungan dengan perubahan perilaku (Miller and Tongan 1996, Prochaska and DiClemente, 1992).

Manfaat dari penerapan teknik peningkatan motivasi adalah sebagai berikut

- Menginspirasi motivasi untuk berubah;
- Menyiapkan klien untuk masuk ke dalam layanan terapi;
- Memasukkan dan mempertahankan klien dalam terapi;
- Meningkatkan partisipasi dan keterlibatan klien;
- Mengembangkan hasil terapi; dan
- Mendorong kembali ke dalam program terapi bila ada gejala-gejala berulang.

Transteoritik Model Tahapan Perubahan

a. Perubahan Alamiah

Perubahan pola pikir tentang motivasi termasuk tanggapan bahwa perubahan itu lebih pada proses daripada hasil. Perubahan secara alamiah ada pada lingkungan, masyarakat, terkait dengan berbagai perilaku dan tanpa intervensi dari profesional. Hal ini juga terjadi pada penyalah guna narkoba, mereka berubah tanpa mengikuti intervensi terapeutik atau *self help group* seperti pada perokok, pengguna alkohol, dan zat lainnya. Salah satu penelitian longitudinal yang terdokumentasi dengan baik adalah pada kejadian perang Vietnam, pada saat itu banyak prajurit yang ketergantungan heroin dan hanya 5% yang tetap kecanduan heroin setelah kembali ke rumah mereka. Sebesar 12% mulai menggunakan lagi setelah 3 tahun kemudian dan kebanyakan menggunakan dalam waktu yang pendek.

Setiap orang harus mengambil keputusan dalam hidupnya seperti: menikah, membeli rumah, bercerai, atau kejadian penting lainnya yang membutuhkan perubahan dari individu untuk menghadapinya. Setiap individu secara alamiah mampu berubah untuk menghadapi kondisi tersebut.

Perubahan alamiah juga bisa terjadi pada penyalah guna narkoba untuk menentukan apakah meningkatkan, menurunkan, atau berhenti menyalahgunakan narkoba. Keputusan tersebut seringkali merupakan respon atas peristiwa kritis dalam kehidupan atau cerminan dari tekanan lingkungan dan hal lainnya yang dapat terlihat dari penilaian individu.

Catatan penting tentang perubahan secara alamiah pada penyalah guna narkoba dapat terjadi melalui berbagai cara. Misalnya dalam merespon perceraian seseorang akan menjadi minum alkohol lebih banyak tapi orang yang lainnya akan mengurangi atau berhenti minum alkohol dalam menghadapi perceraian. Orang yang menyalahgunakan zat psikoaktif akan melakukan banyak pilihan dalam pola penggunaan zatnya tanpa intervensi profesional.

4.2.4. Prosedur Wawancara Motivasional dalam Bentuk Konseling

Motivasi adalah suatu keadaan kesiapan atau keinginan untuk berubah, selalu berfluktuasi dari waktu ke waktu atau dari situasi ke situasi lain. Dasar pemikiran atau alasan melakukan wawancara motivasional ini adalah untuk mampu mencapai perubahan kalau motivasi untuk berubah tersebut datang dari dalam dirinya sendiri, daripada dipaksakan oleh konselor atau terapis.

Wawancara motivasional adalah sebuah wawancara yang interaksinya berpusat pada klien dan bertujuan untuk membantu seseorang menggali dan mengatasi ambivalensi tentang penyalahgunaan narkoba melalui tahap perubahan. Ini sangat berguna bila dilakukan pada klien yang berada pada tahap prekontemplasi dan kontemplasi, tetapi prinsip dan keterampilan wawancara sangat penting pada semua tahap.

Wawancara motivasional didasari pada pengertian bahwa :

- Pengobatan yang efektif dapat membantu proses perubahan;
- Motivasi untuk berubah terjadi dalam konteks hubungan antara klien dan terapis; dan
- Gaya dan spirit dari intervensi sangat menentukan keberhasilan terapis, khususnya empati yang dihubungkan dengan perbaikan hasil pengobatan.

Pendekatan intervensi singkat ini didasarkan pada prinsip wawancara motivasional yang dikembangkan oleh Miller dan kemudian diperluas oleh Miller dan Rollnick.

Prinsip Wawancara Motivasional

a. Mengekspresikan Empati

Dalam situasi klinis keterlibatan empati memberikan gambaran bahwa konselor atau petugas kesehatan menerima klien apa adanya,

tidak menghakimi dan dapat memahami klien serta menghindari memberikan label, misalnya menyebut klien sebagai "alkoholik" atau "pecandu". Hal ini sangat penting untuk menghindari adanya konfrontasi dan menyalahkan atau mengkritik klien. Keterampilan mendengarkan dan merefleksikan merupakan bagian penting dari ekpresi empati. Empati yang dilakukan oleh tenaga kesehatan merupakan faktor penting untuk mengetahui bagaimana respon klien terhadap intervensi yang diberikan.

b. Ketidakcocokan (perbedaan)

Orang lebih mungkin dimotivasi untuk mengubah perilaku penyalahgunaan narkoba bila mereka melihat ada perbedaan antara penyalahgunaan narkoba dan masalah yang berhubungan dengan perilaku mereka saat ini serta arah yang mereka inginkan dalam kehidupan mereka.

Semakin besar perbedaan antara tujuan, nilai, dan perilaku mereka saat ini, kemungkinan besar klien dapat berubah. Wawancara motivasional bertujuan untuk menciptakan dan menjelaskan perbedaan antara perilaku saat ini dan tujuan yang lebih besar dan menilai cara pandang klien terhadap hal tersebut. Hal ini penting bagi klien untuk mengidentifikasi tujuan dan nilai dan untuk mengekspresikan alasan-alasan mereka untuk berubah.

c. Menghindari argumentasi

Prinsip utama dari wawancara motivasional adalah dapat menerima bahwa adanya ambivalensi dan resistensi untuk berubah adalah suatu hal yang normal dan untuk mengajak klien untuk mempertimbangkan antara informasi yang didapat dan pandangan terhadap penyalahgunaan narkoba mereka. Pada saat klien memperlihatkan resistensinya, tenaga kesehatan harus dapat menggambarkan kembali atau merefleksikannya. Ini biasanya penting untuk menghindari argumentasi dan perdebatan.

d. Dukungan keyakinan diri (kepercayaan)

Seperti yang telah didiskusikan diatas klien yakin bahwa mengurangi atau menghentikan perilaku penyalahgunaan narkoba adalah

penting dan mereka mampu melakukannya. Melakukan negosiasi dan membangun kepercayaan untuk membujuk klien bahwa sesuatu yang dapat mereka lakukan adalah bagian penting dari wawancara motivasional. Kepercayaan terapis pada kemampuan klien untuk mengubah perilaku mereka juga penting dan dapat menjadi sugesti diri sendiri.

e. Keterampilan-keterampilan khusus

Wawancara motivasional dilaksanakan dengan menggunakan lima keterampilan khusus. Keterampilan ini bertujuan untuk mendorong klien mau berbicara, menggali ambivalensi mereka terhadap penyalahgunaan narkoba, dan menjelaskan alasan mereka untuk mengurangi atau berhenti menyalahgunakan narkoba.

Empat keterampilan pertama tersebut sering dikenal dengan singkatan **OARS: Open ended questions (Pertanyaan terbuka), Affirmation (Penegasan), Reflective listening (mendengarkan dengan cara merefleksikan), Summarising (menyimpulkan)**. Keterampilan kelima adalah "berbicara mengenai perubahan". OARS dapat membantu klien menyampaikan argumentasi untuk mengubah perilaku penyalahgunaan narkoba mereka.

OARS

Pertanyaan terbuka (Open ended questions)

Pertanyaan terbuka adalah pertanyaan yang membutuhkan jawaban panjang dan membuka pintu kepada seseorang agar mereka mau berbicara. Contoh pertanyaan terbuka antara lain :

- "Apa manfaat yang anda rasakan dengan menyalahgunakan narkoba?"
- "Ceritakan kepada saya, hal apa yang anda rasakan kurang baik tentang penyalahgunaan....(narkoba)"
- "Anda kelihatan khawatir dengan penyalahgunaan narkoba yang anda lakukan selama ini? Bisa disampaikan pada saya tentang hal

tersebut lebih lanjut?”

- “Seberapa khawatirnya anda pada hal tersebut?”
- “Bagaimana perasaan anda tentang.....?”
- “Apa yang akan anda lakukan berkaitan dengan hal tersebut?”
- “Apa yang anda ketahui tentang?”

Penegasan (Affirmation)

Termasuk pernyataan apresiasi serta pengertian membantu menciptakan lingkungan yang mendukung, serta membangun relasi dengan klien. Memberikan penegasan terhadap kekuatan klien dan usaha untuk berubah dapat membantu membangun keyakinan, sementara penegasan pernyataan motivasi diri (atau berbicara tentang perubahan) mendorong kesiapan untuk berubah.

Contoh penegasan termasuk:

- “Terima kasih untuk kedatangannya pada hari ini”
- “Saya menghargai kemauan saudara untuk berbicara pada saya tentang penyalahgunaan narkoba”
- “Anda adalah orang yang tepat untuk mengatasi kesulitan ini”
- “Saya dapat melihat bahwa anda merupakan orang yang tangguh”
- “Itu adalah ide yang bagus”
- “Hal ini sulit untuk dibicarakan mengenai..... saya sangat menghargai jika anda tetap seperti ini” .

Mendengarkan dengan cara merefleksikan (Reflective listening)

Mendengarkan dengan cara merefleksikan adalah suatu pernyataan yang dapat menebak apa yang dimaksud klien. Hal ini penting untuk merefleksikan kembali perkataan dan perasaan klien yang telah diucapkan. Mendengarkan dengan cara merefleksikan adalah sama

halnya seperti menggunakan cermin untuk seseorang sehingga mereka dapat mendengar apa yang dikatakan terapis seperti apa yang telah mereka sampaikan.

Mendengarkan dengan cara merefleksikan menunjukkan pada klien bahwa terapis mengerti apa yang telah dikatakan atau dapat digunakan untuk mengklarifikasi apa yang dimaksud oleh klien. Mendengarkan dengan cara merefleksikan yang efektif dapat mendorong klien untuk tetap berbicara, untuk itu terapis harus memberikan cukup waktu agar hal ini dapat dilakukan

Dalam wawancara motivasional, mendengarkan dengan cara merefleksikan digunakan secara aktif untuk menyoroti ambivalensi klien tentang penyalahgunaan narkoba, mengarahkan klien untuk mengenali dan peduli dengan masalahnya serta memperkuat pernyataan yang mengindikasikan bahwa klien berpikir tentang perubahan. Contoh :

- “Anda terkejut bahwa skor anda memperlihatkan bahwa anda mempunyai masalah yang berisiko.”
- “Hal ini sangat penting untuk mempertahankan hubungan anda dengan istri.”
- “Anda merasa tidak nyaman membicarakan hal ini.”
- “Anda marah karena istri sering mengomeli bila anda banyak merokok.”
- “Maukah anda mengurangi penggunaan alkohol pada saat pesta.”
- “Anda sangat menikmati ekstasi dan tidak mau menghentikannya tapi secara bersamaan anda juga melihat bahwa hal ini dapat menyebabkan beberapa masalah yang berkaitan dengan finansial dan hukum.”

Membuat kesimpulan (Summarising)

Membuat kesimpulan atau merangkum adalah hal yang penting untuk menyamakan persepsi terhadap apa yang telah dikatakan klien serta mempersiapkan klien untuk berubah.

Pertama klien dapat mendengarkan apa yang ia katakan kemudian ia mendengar terapisnya merefleksikan apa yang telah diucapkan dan kemudian ia mendengarkan kembali dalam kesimpulan atau rangkuman. Terapis memilih apa yang akan dimasukkan dalam rangkuman dan petunjuk apa yang dapat digunakan untuk berubah. Hal ini penting untuk membuat suatu rangkuman.

Sebagai contoh suatu rangkuman:

“Jadi kelihatannya anda benar-benar menikmati ekstasi dan shabu pada saat pesta dan anda tidak memikirkan bahwa anda menggunakannya lebih banyak dari teman anda. Pada sisi lain anda lebih banyak menghabiskan uang untuk membeli zat dibandingkan penghasilan anda dan ini sangat menghawatirkan anda. Anda juga menemui kesulitan untuk membayar tagihan dan kartu kredit anda ditolak. Pasangan anda sangat marah dan sangat membenci perilaku anda. Anda juga mempunyai masalah tidur dan kesulitan mengingat sesuatu.”

Berbicara mengenai perubahan (Eliciting change talk)

Keterampilan kelima adalah “Berbicara mengenai perubahan” yaitu suatu strategi untuk membantu klien mengatasi ambivalensi dan bertujuan agar klien dapat menyampaikan pendapatnya untuk mau berubah.

Ada empat kategori penting untuk membicarakan perubahan :

- Mengenalai kerugian bila tetap menyalahgunakan narkoba.
- Mengenalai manfaat bila tidak menyalahgunakan narkoba.
- Menyampaikan optimisme tentang perubahan.
- Menyampaikan tujuan untuk berubah.

Terdapat beberapa cara yang dapat menggambarkan “berbicara mengenai perubahan” dari klien.

- Mengajukan pertanyaan langsung dan terbuka, contoh :
 - “Apa yang menyebabkan anda khawatir dengan penyalahgunaan narkoba?”

- "Apa yang anda pikir akan terjadi jika anda tidak berubah?"
- "Manfaat apa yang akan didapatkan jika anda mengurangi penyalahgunaan narkoba?"
- "Apa yang anda inginkan dalam kehidupan anda lima tahun mendatang?"
- "Apa yang akan anda kerjakan apabila anda memutuskan untuk berubah?"
- "Seberapa yakinkah anda bahwa anda dapat berubah?"
- "Seberapa penting bagi anda untuk mengurangi penyalahgunaan narkoba?"
- "Apa yang anda pikirkan saat ini tentang penyalahgunaan narkoba anda?"
- Gunakan "penggaris keyakinan diri": (lihat gambar 3 dan gambar 4). Miller and Rollnick, menganjurkan penggunaan penggaris untuk mendapatkan penilaian klien dan kemudian tanyakanlah dua pertanyaan berikut :
 - Mengapa anda berada pada (misalnya nilai 3) dan tidak pada nilai 0? Ini membuat klien membenarkan secara verbal atau bertahan, hal ini akan memotivasi klien untuk berubah.
 - Apa yang dapat membuat anda beranjak dari (misalnya nilai 3) kepada (misalnya nilai 6) atau (nilai lebih tinggi). Hal ini menyebabkan klien memiliki kemungkinan strategi untuk berubah dan membuat mereka mulai berpikir untuk berubah.
- Periksa neraca keseimbangan pengambilan keputusan (lihat gambar 2) dengan mendorong klien untuk berbicara tentang manfaat dari perubahan dan harga yang harus dibayar bila mereka tetap pada pola perilaku yang sama.
- Minta klien untuk menjelaskan atau menguraikan pernyataan mereka, sebagai contoh, seseorang yang melaporkan bahwa satu hal yang kurang baik dari penggunaan kokain adalah serangan panik, dapat ditanyakan :

- "Jelaskan kapan hal ini terakhir kali terjadi"
- "Apa ada lagi yang lainnya"
- "Berikan saya satu contoh "
- "Katakan pada saya lebih lanjut tentang hal tersebut"
- Minta klien untuk menjelaskan apa dampak buruk yang terjadi jika mereka tidak berubah atau manfaat yang didapat bila mereka berubah.
- Periksa apakah tujuan dan nilai klien untuk mengidentifikasi perbedaan antara nilai-nilai yang dianut dan penyalahgunaan narkoba mereka saat ini. Contohnya, tanyakan: "Apa yang anda rasakan paling berharga di dalam kehidupan anda."

4.2.5. Prosedur Mengukur Motivasi Klien

Motivasi merupakan suatu yang multi dimensional, bukan merupakan satu area yang dapat mudah dinilai oleh satu instrumen atau skala. Diperlukan berbagai instrumen untuk mengukur motivasi klien. Pengukuran seringkali dapat diadaptasi, dan karakteristik psikometrik yang digunakan dapat diubah saat melakukan pengukuran pada masalah baru dan populasi yang berbeda. Hal lain yang menjadi tantangan adalah apabila klien menggunakan beberapa jenis narkoba dengan masing-masing berbeda tahapan perubahannya, misalnya tahap aksi pada penyalahgunaan kokain, tahap prekontemplasi dan alkohol dalam tahap kontemplasi. Tidak diragukan pengukuran motivasi akan memerlukan kehatian-hatian di masa yang akan datang.

Beberapa instrumen pengukuran telah divalidasi dan sebagian masih belum atau dalam tahap awal validasi. Banyak juga instrumen yang tidak sesuai untuk digunakan pada ras atau etnis tertentu. Banyak klinisi mendapatkan formal alat ukur ini sangat bernilai dan meningkatkan nilai dalam hubungan yang terstruktur dengan dasar orientasi klien dan realitas yang ada. Hasilnya juga memberikan lebih dari satu umpan balik untuk

digunakan bersama klien dalam mendorong perubahan.

Untuk beberapa klien, skor merupakan suatu pengukuran yang obyektif dalam proses konseling, meskipun terlihat subyektifitas yang cukup tinggi. Satu hal yang mesti disadari, menggunakan instrumen ini kebanyakan klien fokus pada skor yang diperoleh tentang kerentanan mereka daripada kekuatan yang mereka miliki. Di bawah ini akan diuraikan hal-hal yang akan diukur, instrumen dan cara pengukuran :

1. **Self Efficacy (Pemberdayaan Diri)**

- a. Kuesioner keyakinan situasi, instrumen yang digunakan adalah analisis fungsional. Pada pengukuran ini klien diminta untuk menilai faktor-faktor yang menjadi risiko tinggi bagi klien untuk menyalahgunakan narkoba kembali. Gordon (1985), membuat delapan daftar situasi yang dapat menjadi pencetus klien menyalahgunakan narkoba kembali, yaitu :
- Emosi yang tidak menyenangkan.
 - Perasaan fisik yang tidak nyaman.
 - Melakukan tes kontrol penyalahgunaan narkoba secara personal.
 - Waktu menyenangkan bersama orang lain.
 - Dorongan untuk menyalahgunakan narkoba (*craving*).
 - Konflik dengan orang lain.
 - Emosi yang menyenangkan.
 - Tekanan sosial untuk minum alkohol.

Klien diminta untuk membayangkan dan melakukan *rating* apabila dalam situasi di atas dengan nilai 0

apabila merasa sangat tidak yakin dapat menghadapi situasi tersebut, dan skor 6 apabila merasa sangat yakin untuk menghadapi situasi tersebut

- b. Kuesioner keyakinan diri singkat, instrumen ini dikembangkan dari kuesioner keyakinan diri sebagai salah satu alternatif karena beberapa program terapi menganggap kuesioner kepercayaan diri banyak menghabiskan waktu dalam pengukurannya dalam praktek. Instrumen ini berupa pertanyaan delapan poin di atas untuk klien menilai berapa skor keyakinan yang mereka miliki dari skor 0 (tidak yakin sama sekali) sampai dengan 100 (sangat amat yakin). Kuesioner ini membutuhkan waktu singkat sehingga banyak digunakan pada pusat layanan dasar seperti puskesmas.
- c. Skala bebas dari alkohol, instrumen ini merupakan pengukuran terhadap individu seberapa mampu memberdayakan diri dari penggunaan alkohol mereka. Kuesioner ini terdiri dari 20 pertanyaan yang meliputi baik tentang keinginannya untuk minum alkohol dan kemampuannya untuk berhenti menggunakan alkohol. Menggunakan skala Linkert 1 sampai dengan 5, skor dipisahkan dari keinginan/dorongan untuk minum dengan kemampuan untuk bebas alkohol. Pertanyaan dibedakan menjadi empat tipe yang timbulkan kekambuhan : dampak negatif, situasi sosial, fisik atau fokus lainnya, dan dorongan atau *craving*/ sugesti. Instrumen ini dapat digunakan dengan baik pada laki-laki maupun perempuan.

2. Pengukuran kesiapan berubah

Dikembangkan oleh Sobell, et al (1996), berdasarkan empat pertanyaan dari kuesioner berhenti merokok (Richmond et al, 1993). Pertanyaan dimodifikasi mengenai minuman

keras, dengan rentang spesifik untuk setiap pertanyaan. Perhitungan skor motivasi dinilai dari 0 sampai 10 berdasar asumsi dari klien.

Empat pertanyaan adalah sebagai berikut :

- a. Apakah anda mau mengurangi atau berhenti minum alkohol jika hal itu mudah anda lakukan? (Tidak=0, Ya=1).
- b. Seberapa serius anda ingin mengurangi atau menghentikan minum alkohol anda secara bersamaan? (Sama sekali tidak serius= 0, Tidak serius=1, Cukup serius=2, Sangat serius=3).
- c. Apakah anda berkeinginan untuk mengurangi atau berhenti minum alkohol anda dalam dua minggu ke depan? (Sama sekali tidak=0, Mungkin tidak=1, Mungkin ya=2, Sudah pasti=3).
- d. Bagaimana kemungkinannya anda tidak akan memiliki masalah dengan alkohol dalam 12 bulan ke depan? (Pasti tidak ada masalah=0, Mungkin tidak ada masalah=1, Mungkin ada masalah =2, Pasti ada masalah=3).

Bagaimanapun masalah motivasi atau tidak termotivasi bukan merupakan suatu yang terkotak-kotak. Perubahan bisa terjadi secara bertahap dan pelan atau dapat pula perpindahan tahapan perubahan terjadi secara cepat dan bervariasi untuk setiap individu. Hal ini tergantung dari tingkat kesiapan berubah atau tahapan perubahan, perbedaan strategi intervensi motivasi yang akan membuat perubahan tersebut efektif atau kurang efektif.

3. Penggaris Kesiapan

Dikembangkan oleh Rollnick dan digunakan secara ekstensif pada layanan kesehatan secara umum, ini merupakan suatu metode yang simpel untuk menentukan kesiapan individu berubah dengan menanyakan pada skala mana mereka

berada diantara 1 sampai 10. Pada skala mana mereka siap berubah sangat tergantung bagaimana komunikasi terapis dengan klien.

- Bila klien menyatakan berada pada kondisi tidak siap (0 sampai 3), beberapa klinisi menganjurkan untuk memberikan perhatian, menyediakan informasi, menyediakan dukungan, dan penelusuran tindak lanjut.
- Bila mereka belum yakin (4 sampai 7), eksplorasi aspek negatif dan positif dari pengobatan.
- Bila klien dalam tahapan siap berubah (8 sampai 10), bantu membuat rencana aksi, identifikasi sumber daya yang ada, dan tetapkan harapan/tujuan yang akan dicapai.

Apabila klien secara kontinyu berada dalam program pengobatan, kita dapat melihat dan menggunakan penggaris kesiapan secara periodik untuk memonitor bagaimana perubahan motivasi berubah selama pengobatan. Perlu diingat bahwa motivasi klien dapat maju atau mundur, klinisi harus membantu klien untuk bergerak maju meskipun mereka tidak dapat mengambil keputusan atau mencapai tahapan aksi. Tahapan perubahan I ini bisa berputar seperti spiral dari satu tahapan berpindah ketahapan sebelumnya sebelum mereka masuk dalam fase pemulihan yang stabil.

PENGGARIS KESIAPAN

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tidak Siap			Tidak Yakin			Siap Berubah			

4. Latihan pertimbangan dalam pengambilan keputusan

Instrumen ini digunakan untuk latihan melakukan investigasi aspek negatif dan positif khususnya terhadap perilaku. Keuntungan secara umum perubahan perilaku akan terkait dengan biaya dan bagaimana dampak positif lain yang akan mengikuti perubahan perilaku tersebut. Instrumen latihan ini dikembangkan oleh Sobell dan kolega untuk membantu individu mengidentifikasi keuntungan dan biaya pada penyalahgunaan narkoba sebagai bagian dari proses penilaian kognitif yang seringkali terkait dengan perubahan secara langsung dari individu.

Dalam latihan ini akan ditanyakan kepada individu hal apa yang menarik bagi mereka untuk melakukan perubahan.

Contoh Kasus

Tn. K, 29 tahun, sudah menyalahgunakan heroin sejak 10 tahun yang lalu dengan cara suntik. Saat ini dia juga sudah dideteksi terinfeksi HIV, sudah pernah direhabilitasi sebanyak 3 kali dan tidak pernah sampai akhir program. Sempat berhenti selama hampir setahun, kambuh lagi setelah tahu status HIV. Klien juga masih tetap menyuntik meskipun sudah mengikuti program pengobatan *Buphrenorphine*. Kadangkala ia juga masih menghisap ganja 2 sampai 3 kali seminggu. Klien ingin berhenti dari penggunaan heroinnya dan tidak tahu program pengobatan apa yang sesuai buat dirinya. Keluarga sudah tidak peduli dengan kondisinya saat ini.

Analisis Kasus :

Identifikasi masalah	Tahapan perubahan	Intervensi Motivasional
<ul style="list-style-type: none"> • Penyalah guna heroin kronis • Misuse <i>Buphrenorphine</i> • Status HIV (+) • Ingin berhenti tapi bingung terapi apa yang sesuai • Pakai ganja reguler • Dukungan keluarga (-) • Ambivalen 	<ul style="list-style-type: none"> • Saat ini sudah <i>aware</i> tentang ada masalah • Sudah mulai memikirkan untuk mengikuti terapi • Masih bingung dan ragu untuk memilih jenis pengobatan 	<ul style="list-style-type: none"> • Menormalisasi sikap ambivalen • Bantu klien dengan “<i>tip the decisional balance scales</i>” untuk berubah melalui : <ul style="list-style-type: none"> - Bangkitkan dan hubungkan tentang untung rugi penyalahgunaan narkoba dan menghentikannya - Ubah motivasi intrinsik maupun ekstrinsik - Kaji nilai-nilai personal klien dan hubungannya dengan perubahan - Yakinkan klien bebas memilih, bertanggung jawab, dan mampu memberdayakan diri sendiri untuk berubah • Bangkitkan pernyataan motivasi diri dan komitmen klien untuk berubah • Bangkitkan ide-ide untuk klien memberdayakan diri dan harapan mereka untuk dapat mendapat pengobatan • Simpulkan pernyataan motivasi diri

BAB 5

Petunjuk Teknis Rujukan Terapi

5.1. Rujukan Terapi

Proses mengalihkan klien atas keputusan klinisi dari satu layanan ke layanan lain karena alasan yang dapat dipertanggungjawabkan.

Pada prinsipnya penjelasan tentang terapi-terapi singkat berikut ini bersumber dari teori dasar tentang berbagai macam terapi yang selama ini dikenal, seperti *Cognitive Behavioral Therapy*, *Family Therapy*, dan lain-lain. Penyebutan kata-kata “singkat” (NIDA, 2006), ditujukan untuk menjelaskan bahwa di luar pendekatan klasik yang membutuhkan sesi pertemuan hingga setengah tahun, satu tahun atau bahkan lebih, sesungguhnya berbagai model terapi tersebut dapat pula “dibatasi” jangka waktunya. Berdasarkan bukti-bukti empirik, NIDA mencatat bahwa pada terapi narkoba, penerapan berbagai terapi tersebut secara singkat terbukti relatif efektif dalam mengubah perilaku penyalah guna narkoba.

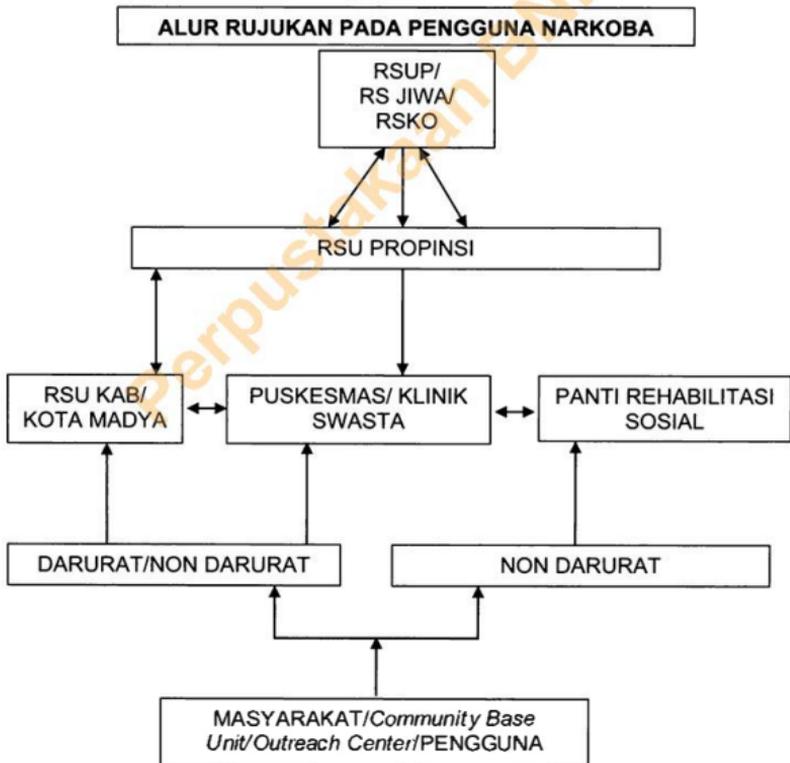
5.2. Sistem Rujukan Terapi dan Rehabilitasi Narkoba

Klien perlu dirujuk apabila terdapat kondisi klinis yang sulit diatasi baik secara fisik maupun psikiatris. Sistem rujukan untuk penyalah guna narkoba lebih kepada fasilitas yang tersedia di suatu layanan bukan karena klien memerlukan tindakan atau intervensi yang lebih canggih. Sebagai contoh bilamana klien dikirim oleh puskesmas ke rumah sakit, pengiriman atau rujukan bukan untuk tindakan terapi terhadap narkoba tetapi karena ada **kondisi fisik lain** yang memerlukan sarana 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 RSUD tipe C.

Dalam merujuk klien yang perlu diperhatikan adalah rumah sakit yang kita jadikan rujukan memang menyediakan layanan untuk kasus

narkoba karena kadangkala rumah sakit menolak bila mengetahui klien yang dikirim adalah penyalah guna narkoba. Untuk itu setiap rumah sakit maupun puskesmas sebaiknya mempunyai informasi mengenai layanan kesehatan yang bersedia menerima klien dengan penyalahgunaan narkoba seperti misalnya Rumah Sakit Jiwa (RSJ) atau Rumah Sakit Ketergantungan Obat (RSKO).

Apabila klien yang dirujuk sudah mendapatkan perawatan di RSU atau RSJ/ RSKO dan kondisi klinis sudah stabil maka rumah sakit yang menjadi rujukan dapat mengirim kembali ke rumah sakit awal/ puskesmas yang mengirim agar pengobatan bisa berlanjut. Dengan kata lain sistem rujukan ini dapat terjadi secara timbal balik.



5.3. Jenis-Jenis Rujukan Terapi Spesialistik

a. Detoksifikasi

- Kriteria inklusi: kondisi putus zat (*withdrawal*) opioid, amfetamin, benzodiazepin.
- Rawat inap diperuntukkan bagi klien yang kondisi fisik maupun psikologisnya sulit untuk diatasi dengan rawat jalan seperti: kondisi putus zat berat, putus zat yang memerlukan *tapering off* pengobatan (alkohol, benzodiazepin) atau adanya masalah secara fisik maupun mental.

b. Rehabilitasi rawat inap

- Berbagai model penatalaksanaan rehabilitasi dapat dilakukan pada sarana pemberi layanan rehabilitasi, sesuai dengan jenis gangguan penggunaan narkoba, sesuai kebutuhan individu, antara lain:

- o **Model TC (Therapeutic Community):**

Pendekatan dengan menggunakan komunitas terapi yang umumnya dilakukan kepada klien dengan gangguan penggunaan heroin dan kokain.

- o **Model Minnesota**

Pendekatan ini menggunakan filosofi pemulihan dari program 12 langkah (Narcotic Anonymous), ini lebih efektif dilakukan kepada klien dengan kemampuan kognitif yang baik, kondisi mental stabil, dan motivasi pemulihan yang kuat

- o **Model Medis**

Pendekatan yang diselenggarakan pada setting RS/ layanan kesehatan dengan model TC, Minnesota atau keduanya yang digabungkan dengan layanan medis bagi klien dengan komorbiditas dan penyakit fisik lainnya.

- Rehabilitasi jangka pendek adalah indikasi untuk klien yang mempunyai kegiatan rutin (sekolah, bekerja).
- Rehabilitasi jangka panjang direkomendasikan bagi klien yang sudah mengalami masalah penggunaan narkoba dalam waktu lama dan berulang kali kambuh atau sulit untuk berada dalam kondisi abstinen atau bebas dari narkoba.

c. Program terapi rumatan metadon

- Kriteria inklusi:
 - Memenuhi kriteria ICD-X untuk ketergantungan opioid.
 - Usia yang direkomendasikan: 18 tahun atau lebih. Klien yang berusia kurang dari 18 tahun harus mendapat *second opinion* dari profesional medis lain.
 - Ketergantungan opioid (dalam jangka waktu 12 bulan terakhir).
 - Sudah pernah mencoba berhenti menggunakan opioid minimal satu kali.

d. Penatalaksanaan Dual diagnosis

Bagi klien gangguan penggunaan narkoba dengan gangguan jiwa (misal: gangguan cemas, gangguan psikotik, gangguan kepribadian).

e. Rawat jalan :

- Terapi CBT
- Terapi Interaksional
- Terapi Kelompok
- Terapi Humanistik dan Eksistensial
- Terapi Keluarga

5.4. Prosedur Rujukan Terapi

- (a) Petugas mengidentifikasi kebutuhan klien yang tidak dapat diperoleh di tempat layanan tersebut.
- (b) Petugas mengajukan permohonan rujukan.
- (c) Tim menghubungi layanan yang dituju untuk meminta persetujuan pemindahalihan/ rujukan.
- (d) Petugas membuat surat rujukan yang diserahkan kepada klien dalam amplop tertutup dengan menyebutkan: nama, umur, diagnosa dan terapi yang telah diberikan secara rinci.
- (e) Layanan penerima rujukan melakukan asesmen dan memberikan terapi sebagaimana mestinya sesuai prosedur standar operasional.
- (f) Apabila klien yang dirujuk sudah mendapatkan perawatan di RSU atau RSJ/ RSKO dan kondisi klinis sudah stabil maka rumah sakit yang menjadi rujukan dapat mengirim kembali ke rumah sakit awal/ puskesmas yang mengirim agar pengobatan bisa berlanjut.



5.5. Monitoring dan Evaluasi

Apapun program yang diterapkan, komponen evaluasi sangat penting untuk mengukur keberhasilan. Evaluasi dapat dilakukan terhadap proses pelaksanaan intervensi dan terapi singkat, dapat pula dilakukan terhadap hasil pelaksanaan intervensi dan terapi singkat.

Evaluasi proses meliputi antara lain:

- Berapa persen cakupan klien yang menerima intervensi dan terapi singkat.
- Berapa persen yang selesai program.
- Banyaknya keluhan klien yang terkait dengan intervensi yang diberikan.
- Berapa persen yang drop out dari program.
- Pandangan konselor atas keterlibatan klien dalam program.

Evaluasi hasil meliputi:

- Prevalensi penggunaan narkoba selama dan setelah selesai program.
- Kualitas hidup selama dan setelah selesai program.
- Fungsi psikologis dan sosial selama dan setelah selesai program.
- Produktivitas selama dan setelah selesai program.

Mekanisme untuk dapat melakukan evaluasi beragam adalah dengan cara:

- Survei kepuasan klien.
- Wawancara tatap muka atau telepon untuk menindaklanjuti.
- Kuesioner bagi petugas.

Perlu diketahui bahwa evaluasi tindak lanjut pada klien penyalah guna narkoba bukanlah perkara yang mudah, terutama apabila klien mengikuti program rawat jalan atau apabila klien telah berhenti

(*drop-out*) dari program. Pecandu narkoba pada umumnya bersifat 'mobile'. Tidak jarang orangtua atau keluarga tidak memberi izin kepada petugas untuk menghubungi anaknya karena berbagai pertimbangan. Untuk itu pada saat pengambilan data awal sangat penting untuk memperoleh informasi *contact person* setidaknya dua hingga tiga orang, guna mengantisipasi apabila klien berhenti dari program. Selain itu apabila klien masih tinggal dengan keluarga, petugas perlu melibatkan keluarga dalam hal pemberian informasi sehingga dapat bekerjasama ketika klien tidak lagi berada dalam program.

Perpustakaan BNN

BAB 6 Penutup

Petunjuk Pelaksanaan dan Petunjuk Teknis SBIRT disusun sebagai petunjuk pelaksanaan dan petunjuk teknis dalam melakukan asesmen terhadap penyalah guna narkoba melalui metode SBIRT sehingga diharapkan kemampuan petugas dalam deteksi dini dapat meningkat di layanan kesehatan terapi dan rehabilitasi.

Pada Juklak dan Juknis SBIRT ini membahas Petunjuk Pelaksanaan SBIRT dimana selain membahas ruang lingkup SBIRT, tantangan & hambatan pelaksanaan SBIRT juga membahas kerangka teoritis SBIRT, instrumen skrining terstandarisasi dan model- model intervensi & terapi singkat. Untuk petunjuk teknis skrining menggunakan assist dijelaskan assist dan di lengkapi contoh studi kasus dan rencana terapi. Petunjuk Teknis Intervensi Singkat memuat wawancara motivasional dan proses perubahan perilaku dan membahas juga Petunjuk Teknis Rujukan Terapi Spesialistik.

Seiring berkembangnya ilmu pengetahuan memungkinkan dimasa yang akan datang, Juklak dan Juknis ini disempurnakan dengan masukan berbagai pihak yang kompeten. Semoga Juklak dan Juknis SBIRT ini dapat dimanfaatkan sebaik mungkin.

Daftar Pustaka

- America Psychiatric Association. 19904. *Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders*. 4th Ed. Washington DC : America Psychiatric Association.
- Center dor Substance Abuse Treatment. 1999. *Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series. Number 35. DHHS Pub. No (SMA) 05-4081. Rockvile, MD : Substance Abuse and Mental Health Services Administrastion.
- Center for Substance Abuse Treatment. 1999. *Brief Interventions and brief Terapies for Substance Abuse*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series. Number 34. DHHS Pub. No. (SMA) 03-3810. Rockville, MD : Substance Abuse and Mental Health Service Administration.
- Cherpitel CJ, Bernstein E, Bernstein J, Moskalewicz J, Swiatkiewicz G. (2009). Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT) in a Polish Emergency Room: Challenges in Cultural Translation of SBIRT *Journal Addiction Nursing*, Sep 1; 20(3): 127-131
- Madras BK, Compton WM, Avula D, Stegbauer T, Stein JB, Clark HW. (2009). Screening , Brief interventions, referral to teratment (SBIRT) for illicit drug and alcohol use at multiple healthcare sites : comparison at intake and 6 months later. *Drug Alcohol Dependence*. Jan 1; 99(1-3): 280-95. Epub 2008 Oct 16.
- Quanbeck A, Lang K, Enami K, Brown RL. (2010). A cost-benefit analysis of Winsconsin's screening, brief intervention, and referral to treatment program: adding the employer's perspective. *WMJ*, Feb;109 (1): 9-14
- Sue Henry-Edwards, Rachel Humeniuk, Robert Ali, Vladimir Poznyakand Maristela Monteiro. 2003. *The Alcohol, Smoking and Substance*

Involvement Screening Test (ASSIST): Guidelines for Use in Primary Care (Draft Version 1.1 for Field Testing). Geneva: World Health Organization.

The Winconsin Initiative to Promote Healthy Lifestyles. (2009). Evidence-Based Approches?SBIRT. Retrieved on October 26, 2010, from : http://www.wiphl.com/about/index.php?category_id=31977

Vaca FE, Winn D. (2007). The basic of alcohol screening, brief intervention and referral to treatment in the emergency department. *West Journal Emergency Medicine*. Aug; 8(3):88-92.

Perpustakaan BNN

LAMPIRAN

Perpustakaan BNN

LAMPIRAN 1

A. WHO - ASSIST V3.0

ID/NAMA PEWAWANCARA	DR/ PERAWAT X	KAB/KOTA (NAMA)		KLINIK				
ID/NAMA KLIEN	Tn Y	TGL	2	2	1	0	1	0
ALAMAT KLIEN	PENDAHULUAN (BACAKAN PADA KLIEN)					UMUR 25 TAHUN		

Terima kasih karena Tn Y setuju mengambil bagian dalam wawancara singkat tentang ALKOHOL, TEMBAKAU DAN ZAT-ZAT LAIN. Saya akan bertanya kepada anda beberapa pertanyaan tentang pengalaman anda dalam menggunakan zat-zat ini selama anda hidup sampai hari ini dan terutama dalam tiga bulan terakhir. Zat-zat ini dapat dihisap, disedot, ditelan, dihirup, disuntikkan atau digunakan dalam bentuk pil (tunjukkan kartu respon dari zat-zat yang digunakan).

Beberapa zat yang ada dalam daftar ini mungkin adalah resep dari dokter (seperti amfetamin, sedatif, obat anti nyeri). Untuk wawancara ini kami tidak mencatat zat atau obat-obatan yang diresepkan dokter. Namun demikian, bila anda telah memakai zat atau 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 dilarang: yakinlah bahwa informasi yang anda berikan akan sangat dirahasiakan

CATATAN: Sebelum mengajukan pertanyaan, berikan lembar penjelasan ASSIST kepada klien

PERTANYAAN 1 (P1)*(Beri tanda silang pada jawaban klien sesuai jawaban yang diberikan)*

Dalam kehidupan anda, zat-zat apa saja dibawah ini yang <u>pernah digunakan</u> ?	Tidak	Ya
a. Tembakau (<i>rokok, cerutu, kretek, dll.</i>)	0	3
b. Minuman beralkohol (<i>bir, anggur, miras, dll.</i>)	0	3
c. Kanabis (<i>marijuana, ganja, gelek, cimeng, pot, dll.</i>)	0	3
d. Kokain (<i>coke, crack, dll</i>)	0	3
e. Stimulan jenis amfetamin (<i>ekstasi, shabu, dll</i>)	0	3
f. Inhalansia (<i>lem, bensin, tiner, dll</i>)	0	3
g. Sedativa atau obat tidur (<i>Benzodiazepin, Lexotan, Rohypnol, Mogadon, BK, Alprazolam, dll.</i>)	0	3
h. <i>Halusinogens</i> (<i>LSD, jamur, kecubung, PCP, dll</i>)	0	3
i. <i>Opioid</i> (<i>heroin, putaw, morfin, meladon, kodein, buprenorphine dll</i>)	0	3
J. Zat-lain tuliskan : Contoh zat lain dextro, CTM, LL , dll	0	3

Bila semua jawaban "tidak"(0)
artinya:

"Tidak pernah menggunakan
samasekali"

*Bila "Tidak" untuk semua item ,
hentikan wawancara.*

*Bila "Ya" lanjutkan pada P2 untuk setiap
zat yang pernah digunakan*

PERTANYAAN 2 (P2)

Dalam <u>tiga bulan terakhir</u> , seberapa sering anda menggunakan zat seperti yang anda katakan pada P1	Tidak pernah	Satu atau dua kali	Tiap bulan	Tiap minggu	Harian atau
a. Tembakau (<i>rokok</i> , cerutu, kretek, dll.)	0	2	3	4	6
b. Minuman beralkohol (bir, anggur, miras, dll.)	0	2	3	4	6
c. Kanabis (marijuana, ganja, gelek, cimeng, pot, dll.)	0	2	3	4	6
d. Kokain (coke, crack, dll)	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 (<i>Benzodiazepin</i> , <i>Lexotan</i> , <i>Rohypnol</i> , <i>Mogadon</i> , BK, <i>Alprazolam</i> , dll.)	0	2	3	4	6
h. <i>Halusinogens</i> (LSD, jamur, kecubung, PCP, dll)	0	2	3	4	6
i. <i>Opioid</i> (heroin, putaw, morfin, metadon, kodein, <i>buprenorphine</i> dll)	0	2	3	4	6
J. Zat-lain tuliskan : Contoh zat lain dextro, CTM, LL , dll	0	2	3	4	6

Bila "Tidak pernah" untuk seluruh item , lanjut pada P6.

Bila ada zat pada P2 pernah digunakan dalam tiga bulan terakhir, lanjutkan pada P3, P4 & P5 untuk masing-masing zat yang digunakan.

PERTANYAAN 3 (P3)

Selama tiga bulan terakhir , seberapa sering anda mempunyai keinginan yang kuat untuk menggunakan zat tersebut?	Tidak pernah	Satu atau dua kali	Tiap bulan	Tiap minggu	Harian atau Hampir tiap hari
a. Tembakau (<i>rokok</i> , cerutu, kretek, dll.)	0	3	4	5	6
b. Minuman beralkohol (bir, anggur, miras dan lain-lain disesuaikan dengan nama lokal.)	0	3	4	5	6
c. Kanabis (marijuana, ganja, gelek, cimeng, pot, dan lain-lain)	0	3	4	5	6
d. Kokain (coke, crack, dan lain-lain)	0	3	4	5	6
e. Stimulan jenis amfetamin (ekstasi, shabu, dan lain-lain)	0	3	4	5	6
f. Inhalansia (lem, bensin, tiner, dan lain-lain)	0	3	4	5	6
g. Sedativa atau obat tidur (Pil koplo, <i>Valium</i> , <i>Benzodiazepin</i> , <i>Lexotan</i> , <i>Rohypnol</i> , <i>Mogadon</i> , dan lain-lain.)	0	3	4	5	6
h. <i>Halusinogens</i> (LSD, jamur, PCP, dan lain-lain)	0	3	4	5	6
i. <i>Opioid</i> (heroin, putaw, morfin, metadon, kodein, dan lain-lain)	0	3	4	5	6
J. Zat-lain: jelaskan: Contoh zat lain: dextro, CTM, LL	0	3	4	5	6

PERTANYAAN 4 (P4)

Selama <u>tiga bulan terakhir</u> , seberapa sering zat yang anda gunakan menimbulkan masalah kesehatan, sosial, hukum dan keuangan?	Tidak pernah	Satu atau dua kali	Tiap bulan	Tiap minggu	Harian atau Hampir tiap hari
a. Tembakau (rokok, cerutu, kretek, dan lain-lain)	0	4	5	6	7
b. Minuman beralkohol (bir, anggur, miras dan lain-lain disesuaikan dengan nama lokal.)	0	4	5	6	7
c. Kanabis (marijuana, ganja, gelek, cimeng, pot, dan lain-lain)	0	4	5	6	7
d. Kokain (coke, crack, dan lain-lain)	0	4	5	6	7
e. Stimulan jenis amfetamin (ekstasi, shabu, dan lain-lain)	0	4	5	6	7
f. Inhalansia (lem, bensin, tiner, dan lain-lain)	0	4	5	6	7
g. Sedativa atau obat tidur (Pit koplo, Valium, Benzodiazepin, Lexotan, Rahypnal, Mogadan, dan lain-lain.)	0	4	5	6	7
h. Halusinogens (LSD, jamur, PCP, dan lain-lain)	0	4	5	6	7
i. Opioid (heroin, putaw, morfin, metadon, kodein, dan lain- lain)	0	4	5	6	7
j. Zat-lain jelaskan:	0	4	5	6	7

PERTANYAAN 5 (P5)

Selama <u>tiga bulan terakhir</u> , seberapa sering anda gagal melakukan hal-hal yang biasa (sekolah, pekerjaan, tugas sehari-hari) disebabkan penggunaan zat tersebut?	Tidak pernah	Satu atau dua kali	Tiap bulan	Tiap minggu	Harian atau Hampir tiap hari
a. Tembakau (rokok, cerutu, kretek, dan lain-lain)					
b. Minuman beralkohol (bir, anggur, miras dan lain-lain disesuaikan dengan nama lokal.)	0	5	6	7	8
c. Kanabis (marijuana, ganja, gelek, cimeng, pot, dan lain-lain)	0	5	6	7	8
d. Kokain (coke, crack, dan lain-lain)	0	5	6	7	8
e. Stimulan jenis amfetamin (ekstasi, shabu, dan lain-lain)	0	5	6	7	8
f. Inhalansia (lem, bensin, tiner, dan lain-lain)	0	5	6	7	8
g. Sedativa atau obat tidur (Pil koplo, Valium, Benzodiazepin, Lexotan, Rohypnol, Mogadon, dan lain-lain.)	0	5	6	7	8
h. Halusinogens (LSD, jamur, PCP, dan lain-lain)	0	5	6	7	8
i. Opioid (heroin, putaw, morfin, metadon, kodein, dan lain-lain)	0	5	6	7	8
j. Zat-lain jelaskan: Contoh dextro, CTM, LL	0	5	6	7	8

Tanyakan P6 & P7 untuk semua zat yang pernah digunakan (Zat yang didapat pada P1)

PERTANYAAN 6 (P6)

Apakah ada teman, keluarga atau seseorang yang pernah memperingatkan /menasehati tentang penggunaan zat tersebut?	Tidak, tidak pernah	Ya, dalam 3 bulan terakhir	Ya, tapi tidak dalam 3 bulan terakhir
a. Tembakau (rokok, cerutu, kretek, dan lain-lain)	0	6	3
b. Minuman beralkohol (bir, anggur, miras dan lain-lain disesuaikan dengan nama lokal.)	0	6	3
c. Kanabis (marijuana, ganja, gelek, cimeng.pot, dan lain- lain)	0	6	3
d. Kokain (coke, crack, dan lain-lain)	0	6	3
e. Stimulan jenis amfetamin (ekstasi, shabu, dan lain-lain)	0	6	3
f. Inhalansia (lem, bensin, tiner, dan lain-lain)	0	6	3
g. Sedativa atau obat tidur (Pili koplo, Valium, Benzodiazepin, Lexotan, Rohypnol, Mogadon, dan lain- lain.)	0	6	3
h. Halusinogens (LSD, mushrooms, PCP, dan lain-lain)	0	6	3
i. Opioid (heroin, putaw, morfin, metadon, subutex, kodein, dan lain- lain)	0	6	3
j. Zat-lain jelaskan Contoh dextro, CTM, LL	0	6	3

PERTANYAAN 7 (P7)

Apakah anda pernah mencoba dan gagal untuk mengurangi atau menghentikan penggunaan zat tersebut?	Tidak, Tidak pernah	Ya, dalam 3 bulan terakhir	Ya, tapi tidak dalam 3 bulan terakhir
a. Tembakau (rokok, cerutu, kretek, dan lain-lain.)	0	6	3
b. Minuman beralkohol (bir, anggur, miras dan lain-lain disesuaikan dengan nama lokal.)	0	6	3
c. Kanabis (marijuana, ganja, gelek, cimeng, pot, dan lain-lain)	0	6	3
d. Kokain (coke, crack, dan lain-lain)	0	6	3
e. Stimulan jenis amfetamin (ekstasi, shabu, dan lain-lain)	0	6	3
f. Inhalansia (lem, bensin, tiner, dan lain-lain)	0	6	3
g. Sedativa atau obat tidur (Pil kopro, Valium, Benzodiazepin, Lexotan, Rohypnol, Mogadon, dan lain-lain.)	0	6	3
h. Halusinogens (LSD, mushrooms, PCP, dan lain-lain)	0	6	3
i. Opioid (heroin, putaw, morfin, metadon, kodein, dan lain-lain)	0	6	3
j. Zat-lain jelaskan, contoh : Dextro, CTM,LL	0	6	3

PERTANYAAN 8 (P8)

	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?	0	2	1

CATATAN PENTING:

Klien yang pernah menggunakan zat dengan cara menyuntik dalam 3 bulan terakhir harus ditanyakan tentang pola menyuntik yang mereka lakukan selama periode ini untuk menentukan tingkat risiko dan intervensi yang tepat

POLA MENYUNTIK

Sekali seminggu atau kurang
ATAU
Kurang dari 3 hari berturut-turut

PEDOMAN INTERVENSI

Intervensi singkat termasuk menyampaikan kartu "risiko yang berhubungan dengan penggunaan zat dengan cara suntikan"

Lebih dari sekali per minggu
ATAU
3 hari atau lebih berturut-turut

Penilaian lebih lanjut dan pengobatan yang lebih intensif *

BAGAIMANA CARA MENGHITUNG SKOR ZAT YANG SPESIFIK .

Untuk masing-masing zat (a sampai j) jumlahkan semua skor yang didapat dari P 2 sampai P7.

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

Catatan: P5 untuk tembakau tidak diberi skor, jadi yang dijumlahkan hanya pertanyaan: P2a + P3a + P4a + P6a + P7a

**JENIS INTERVENSI DITENTUKAN OLEH SKOR KETERLIBATAN ZAT SPESIFIK
YANG DIGUNAKAN KLIEN**

	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. Sedatif 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 dasar atau *pelayanan kesehatan rujukan*.

LAMPIRAN 2

B. WHO ASS/ST V3.0

LEMBAR PENJELASAN UNTUK KLIEN

a. Tembakau (rokok, cerutu, kretek, dan lain-lain.)
b. Minuman beralkohol (bir, anggur, spiritus, tuak, arak dan lain-lain disesuaikan dengan nama lokal).
c. Kanabis (marijuana, ganja, gelek, cimeng.pot. dan lain-lain)
d. Kokain (coke, crack, dan lain-lain)
e. Stimulan jenis amfetamin (ekstasi, shabu. dan lain-lain)
f. Inhalansia (lem, bensin. tiner. dan lain-lain)
g. Sedativa atau obat tidur (Pil koplo, Valium, Benzodiazepin, Lexotan, Rohypnol, Mogadon, dan lain-lain.)
h. Halusinogen (LSD, jamur, PCP, dan lain-lain)
i. Opioid (heroin, putaw, morfin, metadon, kodein, dan lain-lain)
j. Zat-lain, jelaskan

P 2 sampai P5, pilihan jawaban:

Tidak pernah : tidak digunakan dalam 3 bulan terakhir

Satu atau dua kali: 1 atau 2 kali dalam 3 bulan terakhir

Bulanan : 1 sampai 3 kali dalam satu bulan

Mingguan : 1 sampai 4 kali tiap minggu

Harian atau hampir setiap hari: 5 – 7 kali per minggu.

P 6 sampai P8, pilihan jawaban:

Tidak, tidak pernah

Ya, dalam tiga bulan terakhir

Ya, tapi tidak dalam tiga bulan terakhir

LAMPIRAN 3

C. WHO ASSIST V3.0

KARTU LAPORAN UMPAN BALIK UNTUK KLIEN

NAMA _____ TANGGAL PEMERIKSAAN _____

SKOR KETERLIBATAN ZAT SPESIFIK

ZAT	SKOR	TINGKAT RISIKO
a. Tembakau (rokok, cerutu, kretek, dan lain-lain)	0-3 4-26 27+	Rendah Sedang Tinggi
b. Minuman beralkohol (bir, anggur, spiritus, tuak, arak dan lain-lain disesuaikan dengan nama lokal)	0-10 11-26 27+	Rendah Sedang Tinggi
c. Kanabis (marijuana, ganja, gelek, cimeng, pot, dan lain-lain)	0-3 4-26 27+	Rendah Sedang Tinggi
d. Kokain (coke, crack, dan lain-lain)	0-3 4-26 27+	Rendah Sedang Tinggi
e. Stimulan jenis amfetamin (ekstasi, shabu, dan lain-lain)	0-3 4-26 27+	Rendah Sedang Tinggi
f. Inhalansia (lem, bensin, tiner, dan lain-lain)	0-3 4-26 27+	Rendah Sedang Tinggi
g. Sedativa atau obat tidur (Pili koplo, Valium, Benzodiazepin, Lexotan, Rohypnol, Mogadon, dan lain-lain)	0-3 4-26 27+	Rendah Sedang Tinggi
h. Halusinogen (LSD, mushrooms, PCP, dan lain-lain)	0-3 4-26 27+	Rendah Sedang Tinggi
i. Opioid (heroin, putaw, morfin, metadon, kodein, dan lain-lain)	0-3 4-26 27+	Rendah Sedang Tinggi
j. Zat-lain jelaskan:	0-3 4-26 27+	Rendah Sedang Tinggi

APA ARTI SKOR YANG ANDA MILIKI ?

Rendah: Anda berada pada risiko rendah terjadinya masalah kesehatan dan masalah-masalah lain dari pola penggunaan zat yang anda gunakan saat ini.

Sedang: Anda berisiko terjadinya masalah kesehatan dan masalah-masalah lain dari pola penggunaan zat yang anda gunakan saat ini.

Tinggi: Anda berada pada tingkat risiko tinggi mengalami masalah berat (kesehatan, sosial, keuangan, hukum, hubungan sesama) sebagai akibat dari pola penggunaan zat yang anda gunakan saat ini dan mungkin akan terjadi ketergantungan

Apakah anda prihatin dengan masalah penggunaan zat yang terjadi pada anda saat ini?

Tembakau	Risiko kerugian dan bahaya yang anda alami adalah . . . Kebiasaan merokok dihubungkan dengan terjadinya:	<input type="checkbox"/> Rendah <input type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Tinggi <i>(Pilih satu)</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Penuaan dini, pengerutan kulit • Infeksi saluran napas dan asma • Tekanan darah tinggi, diabetes • Infeksi saluran napas, alergi dan asma pada anak-anak para perokok • Keguguran, kelahiran prematur dan bayi berat lahir rendah bagi wanita hamil • Penyakit ginjal • Penyakit obstruksi saluran napas kronis • Penyakit jantung, stroke, penyakit pembuluh darah • Kanker 	

Alkohol	Risiko kerugian dan bahaya yang anda alami adalah . . . Kebiasaan mengkonsumsi alkohol berlebihan dihubungkan dengan terjadinya:	<input type="checkbox"/> Rendah <input type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Tinggi <i>(Pilih satu)</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • "Hangovers" (perasaan sakit akibat minum), agresif dan perilaku kekerasan, kecelakaan dan cedera • Kemampuan seksual berkurang, penuaan dini • Masalah pencernaan, tukak lambung, peradangan pankreas dan tekanan darah tinggi • Ansietas dan depresi, kesulitan membangun hubungan dengan sesama, masalah keuangan dan pekerjaan • Kesulitan mengingat sesuatu dan memecahkan masalah • Kelainanan bentuk dan kerusakan otak pada bayi dari wanita hamil • Stroke, cedera otak permanen, kerusakan saraf dan otot • Penyakit hati, penyakit pankreas • Kanker, bunuh diri 	
	Risiko kerugian dan bahaya yang anda alami adalah . . . Kebiasaan menggunakan ganja dihubungkan dengan terjadinya:	<input type="checkbox"/> Rendah <input type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Tinggi <i>(Pilih satu)</i>

Kanabis /Ganja	<ul style="list-style-type: none"> • Masalah yang berhubungan dengan perhatian dan motivasi • Ansietas, paranoid, panik, depresi • Penurunan daya ingat memori dan kemampuan memecahkan masalah • Tekanan darah tinggi • Asma, bronkitis • Psikosis pada mereka yang memiliki riwayat keluarga menderita skizofrenia • Penyakit jantung dan penyakit obstruksi saluran napas kronis • Kanker
-------------------------------------	--

Kokain	Risiko kerugian dan bahaya yang anda alami adalah ... Kebiasaan menggunakan Kokain dihubungkan dengan terjadinya:	<input type="checkbox"/> Rendah <input type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Tinggi <i>(Pilih satu)</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Sulit tidur, denyut jantung cepat, sakit kepala, kehilangan berat badan • Mati rasa, kulit lembab, menggaruk-garuk kulit • Kecelakaan dan cedera , masalah keuangan • Pikiran yang tidak rasional • Emosi yang mengambang: Ansietas, depresi dan mania • Keinginan (<i>craving</i>) yang kuat , stres berat • Psikosis setelah penggunaan dengan dosis tinggi dan berulang-ulang • Kematian tiba-tiba karena masalah jantung 	

Stimulan jenis amfetamin	Risiko kerugian dan bahaya yang anda alami adalah ... Kebiasaan menggunakan stimulan jenis amfetamin dihubungkan dengan terjadinya:	<input type="checkbox"/> Rendah <input type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Tinggi <i>(Pilih satu)</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Sulit tidur, hilang selera makan dan berat badan, dehidrasi • Rahang bergesek-gesek, sakit kepala, nyeri otot • Emosi yang mengambang – ansietas, depresi, agitasi, mania, panik, paranoid • Tremor, denyut jantung tidak teratur, napas dangkal • Agresif dan perilaku kekerasan • Psikosis setelah penggunaan dengan dosis tinggi dan berulang-ulang • Kerusakan sel-sel otak permanen • Kerusakan hati, perdarahan otak, kematian tiba-tiba (ekstasi) jarang terjadi 	

Inhalan	Risiko kerugian dan bahaya yang anda alami adalah ... Kebiasaan menggunakan Inhalan dihubungkan dengan terjadinya:	<input type="checkbox"/> Rendah <input type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Tinggi <i>(Pilih satu)</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Pusing, halusinasi, bingung, disorientasi, pandangan kabur • Gejala seperti flu, sinusitis, perdarahan hidung • Kesulitan untuk mencernakan makanan, tukak lambung • Kecelakaan dan cedera • Hilangnya daya ingat, bingung, depresi, agresif • Kesukaran koordinasi, reaksi lambat, hipoksia • <i>Delirium</i>, kejang, koma, kerusakan organ (jantung, paru, hati, ginjal) • Kematian karena gagal jantung 	

Sedatif	Risiko kerugian dan bahaya yang anda alami adalah . . .	<input type="checkbox"/> Rendah <input type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Tinggi (Pilih satu)
	Kebiasaan menggunakan Sedatif dihubungkan dengan terjadinya: <ul style="list-style-type: none"> • Mengantuk, Pusing dan bingung • Kesulitan konsentrasi dan mengingat sesuatu • Nausea, sakit kepala, jalan yang tidak stabil • Masalah tidur • Ansietas dan depresi • Toleransi dan ketergantungan setelah penggunaan dalam periode pendek • Gejala-gejala <i>withdrawal</i> yang parah • Over dosis dan kematian bila digunakan dengan alkohol, opioid atau obat depresan lain 	

Halusinogen	Risiko kerugian dan bahaya yang anda alami adalah . . .	<input type="checkbox"/> Rendah <input type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Tinggi (Pilih satu)
	Selalu menggunakan halusinogen berhubungan dengan terjadinya: <ul style="list-style-type: none"> • Halusinasi (menyenangkan atau tidak menyenangkan) – visual, auditori, taktil, olfaktori • Sulit tidur • Mual dan muntah • Peningkatan denyut jantung dan tekanan darah • Emosi yang mengambang • Ansietas, panik, paranoia • <i>Flash-backs</i> • Peningkatan efek penyakit jiwa seperti skizofrenia 	

Opioid	Risiko kerugian dan bahaya yang anda alami adalah . . .	<input type="checkbox"/> Rendah <input type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Tinggi (Pilih satu)
	Selalu menggunakan opioid berhubungan dengan terjadinya: <ul style="list-style-type: none"> • Gatal-gatal, mual dan muntah • Mengantuk • Konstipasi, pembusukan gigi • Kesulitan konsentrasi dan mengingat sesuatu • Berkurangnya gairah seksual dan kemampuan seksual • Kesulitan bersosialisasi • Masalah keuangan dan pekerjaan, pelanggaran hukum • Toleransi dan ketergantungan, gejala-gejala <i>withdrawal</i> • Over dosis dan kematian karena gagal nafas 	

LAMPIRAN 4

D. KARTU RISIKO-PENGGUNAAN ZAT DENGAN CARA SUNTIKAN – INFORMASI UNTUK KLIEN

Menggunakan narkoba dan zat dengan cara suntikan akan meningkatkan risiko dan dampak buruk akibat penggunaannya.

Dampak buruk ini dapat berasal dari:

Narkoba/ Zat yang digunakan

- Bila anda menyuntikkan jenis narkoba dan zat apa saja, kemungkinan besar anda akan menjadi ketergantungan
- Bila anda menyuntikkan amfetamin atau kokain kemungkinan besar anda akan mengalami psikosis
- Bila anda menyuntikkan heroin atau sedatif lain kemungkinan besar anda akan mengalami over dosis

Cara menyuntik

- Merusak kulit, pembuluh darah vena dan terpapar infeksi
- Menyebabkan parut, luka memar, pembengkakan, abses dan ulcus
- Vena menjadi kolaps
- Bila disuntik di leher dapat terjadi *stroke*

Penggunaan alat suntik secara bersama-sama

- Bila anda menggunakan alat suntik bersama-sama (jarum, semprit, sendok, filter, dll) kemungkinan besar anda akan menyebarkan virus yang menular melalui darah seperti hepatitis B, C dan HIV/AIDS.
 - ❖ **Lebih aman bila anda tidak menggunakan narkoba dan zat dengan cara menyuntik**
 - ❖ **Bila anda harus tetap menyuntik, maka:**
 - ✓ Gunakan selalu peralatan yang bersih (jarum, semprit, filter, dll)
 - ✓ Gunakan selalu jarum dan semprit baru
 - ✓ Jangan gunakan peralatan suntik secara bersama-sama
 - ✓ Bersihkan lingkungan sekitar anda
 - ✓ Bersihkan tangan anda
 - ✓ Bersihkan tempat suntikan
 - ✓ Gunakan tempat suntikan yang berbeda tiap kali menyuntik
 - ✓ Menyuntiklah dengan perlahan-lahan
 - ✓ Taruh jarum dan semprit yang telah digunakan pada tempat penyimpanan yang baik dan aturlah supaya aman
 - ❖ **Bila anda menggunakan stimulan seperti amfetamin atau kokain maka hal berikut ini dapat menolong mengurangi terjadinya risiko psikosis**
 - ✓ Hindari penggunaan dengan cara menyuntik dan menghisap
 - ❖ **Bila anda menggunakan zat depresan seperti heroin maka hal berikut ini dapat menolong mengurangi risiko terjadinya over dosis**
 - ✓ Hindari menggunakan zat-zat lain, khususnya sedatif atau alkohol pada hari yang sama
 - ✓ Gunakan dalam jumlah kecil dan selalu berusaha mencoba "merasa" yang baru
 - ✓ Sebaiknya ada seseorang bersama anda pada saat menggunakannya
 - ✓ Hindari menyuntik di tempat yang susah dijangkau orang apabila anda over dosis
 - ✓ Harus tahu nomor telepon pelayanan ambulans.

Pakar

1. Dr. Benny Ardjil, Sp.KJ
2. Dr. Sudirman, Sp.KJ
3. 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. Riza Sarasvita, Ph.D
3. Dr. Eka Viora, Sp.KJ
4. Dr. Lucia Maya Savitri
5. Dr. Linna Yuniar
6. Dr. Lucy Levina
7. Mariani, S.Pd, M.Kes
8. Ir. Ediani Rahardjanti, M.Si
9. Sri Bardiyati, S.Sos, M.Si
10. Muslihah, S.Psi, M.Si
11. Margaretha Retno Daru Dewi, S.Psi, M.Si
12. Betty Sreiretnaningdyah, Apt

Kontributor

1. Mulyono, S.Sos
2. Jarot Apriyanto



BADAN NARKOTIKA NASIONAL

Jl. MT. Haryono No. 11

Cawang, Jakarta Timur

Telp. +62 21 8087 1566, 8087 1567

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

Website : www.bnn.go.id

Email : info@bnn.go.id

ISBN 978-979-19124-9-5