



# Terapi Rehabilitasi Komprehensif Bagi Pecandu Narkoba Dilihat Dari Sisi Psikososial







**Terapi dan Rehabilitasi Komprehensif  
Bagi Pecandu Narkoba  
Di Lihat Dari Sisi Psikososial**

200865

2008

0815

615.5 / AIS / t

Diterbitkan oleh :

**Pusat Terapi dan Rehabilitasi  
Badan Narkotika Nasional Republik Indonesia**

**2008**



Perpustakaan BNN

11201001216

Perpustakaan BNN

## **KATA PENGANTAR**

Dengan mengucapkan syukur Kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas Rahmat dan Hidayah-Nya, serta kerjasama dari berbagai pihak, telah berhasil disusun dan diterbitkan Buku **"Terapi dan Rehabilitasi Komprehensif Bagi Pecandu Narkoba Di Lihat Dari Sisi Psikososial"**. Buku ini dapat di jadikan referensi bagi mereka yang langsung terlibat dalam pelayanan terapi dan rehabilitasi korban penyalahguna narkoba dan dapat dijadikan sebagai bahan awal untuk akses mendalami terapi psikososial. Buku ini juga dapat di manfaatkan oleh mereka yang berminat dan ingin mengetahui secara lebih luas dan detail mengenai terapi psikososial.

Secara garis besar buku ini berisi tentang berbagai bentuk terapi psikososial. Secara teknis buku ini membahas dan mengulas satu persatu bentuk – bentuk terapi psikososial dalam tiap bab seperti *cognitive behavior therapy* (terapi perilaku kognitif), *family therapy*, *aftercare program*, *motivational interviewing* dan *motivational enhancement therapy*, program 12 langkah dan *minesotta model of treatment*.

Materi buku ini berasal dari narasumber yang memang merupakan pakar dan telah berpengalaman dalam menerapkan keilmuannya di bidang terapi psikososial.

Harapan kami semoga buku ini bisa dimanfaatkan secara optimal dan di implementasikan dalam pelaksanaan program Pelayanan Terapi dan Rehabilitasi bagi korban penyalahguna narkoba.

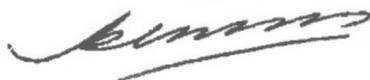
Kami menyadari bahwa masih terdapat kekurangan dan kelemahan dalam buku ini, karenanya kami menyambut baik kritik dan saran untuk perbaikannya.

Kepada berbagai pihak yang terlibat sebagai Narasumber, tim Penyusun, dan Panitia yang telah bekerja untuk menyusun buku ini kami menyampaikan penghargaan dan terima kasih.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa senantiasa memberikan taufiq, petunjuk dan hidayah- Nya kepada kita sekalian.

Jakarta, Maret 2008

**KAPUS T & R LAKHAR BNN**



**Dr. BENNY ARDJIL, Sp.KJ**

Perpustakaan BNN



## **KATA SAMBUTAN KEPALA PELAKSANA HARIAN BADAN NARKOTIKA NASIONAL**

Puji syukur Kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas Rahmat dan Hidayah-Nya, Pusat Terapi dan Rehabilitasi Lakhar BNN dapat menyusun dan menerbitkan buku **"Terapi dan Rehabilitasi Komprehensif Bagi Pecandu Narkoba Di Lihat Dari Sisi Psikososial"**.

Badan Narkotika Nasional dalam beberapa tahun terakhir selalu konsisten dalam meningkatkan dan mendukung para praktisi yang bergerak dibidang Terapi dan Rehabilitasi untuk memberikan pelayanan yang terbaik bagi korban penyalahgunaan narkoba. Pelayanan penanganan korban penyalahgunaan narkoba dalam hal ini upaya Terapi dan Rehabilitasi terus berkembang seiring dengan kemajuan teknologi dan ilmu pengetahuan. Oleh karena itu referensi bacaan yang mendukung hal tersebut di atas sangat dibutuhkan dan menjadi mutlak adanya.

Sehubungan dengan hal itu, selaku Kepala Pelaksana Harian Badan Narkotika Nasional, saya menyambut baik diterbitkannya Buku "Terapi dan Rehabilitasi Komprehensif Bagi Pecandu Narkoba Di Lihat Dari Sisi Psikososial". Saya berharap buku ini dapat menjadi sumber referensi praktis bagi semua pihak baik dalam pusat – pusat terapi dan rehabilitasi maupun digunakan sebagai penyusunan bahan awal untuk akses mendalami terapi psikososial.

Kepada semua pihak yang telah memungkinkan diterbitkannya buku ini,

saya menyampaikan penghargaan dan terima kasih atas dukungan dan kerjasamanya dalam menyusun buku ini. Saya berharap buku ini segera dapat dimanfaatkan secara optimal oleh para pemerhati masalah penanganan korban penyalahgunaan narkoba khususnya para praktisi yang bergerak dibidang rehabilitasi sosial.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa senantiasa memberikan petunjuk kepada kita sekalian dalam upaya penanggulangan masalah korban penyalahguna narkoba ini.

Jakarta, Maret 2008

**KALAKHAR BNN**



**Drs. MADE MANGKU PASTIKA**

# DAFTAR ISI

	Halaman
Kata Pengantar .....	i
Kata Sambutan .....	iii
Daftar Isi .....	v
<b>BAB I INTRODUKSI .....</b>	<b>1</b>
Adiksi Narkoba adalah Gangguan Otak.....	1
Makna Ketergantungan Narkoba .....	3
Dasar Terapi Psikososial .....	3
<b>BAB II PROGRAM 12 LANGKAH DAN MINNESOTA MODEL OF TREATMENT .....</b>	<b>9</b>
Pendahuluan .....	9
<i>Disease Model</i> : Sebuah Paradigma Baru .....	12
Ciri – ciri Penyakit Adiksi .....	14
Kekuatan dan Kelemahan dari <i>Disease Model Of Addiction</i> ....	17
Sejarah Program 12 Langkah .....	18
Program 12 Langkah dan Aplikasinya .....	21
Asimilasi Program 12 Langkah Dalam Rehabilitasi .....	34
Penutup .....	42
<b>BAB III COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY .....</b>	<b>43</b>
Pendahuluan .....	43
Pendekatan Biopsikososial .....	44
Mengapa <i>Cognitive - Behavioral Therapy</i> ?.....	44
Dasar Teori CBT .....	45
CBT Untuk Adiksi Narkoba .....	46
Kesiapan Terapis CBT .....	49
Prinsip-prinsip dasar dan Komponen CBT .....	50
Komponen CBT .....	50

Tugas-tugas Kritis .....	53
Batasan-batasan CBT .....	54
Struktur Dari Sesi Terapi.....	55
Topik-Topik Ketrampilan Pokok.....	57
<b>BAB IV    MOTIVATIONAL INTERVIEWING &amp; MOTIVATIONAL</b>	
<b>ENHANCEMENT THERAPY .....</b>	<b>89</b>
Dasar-dasar Ketrampilan Profesional .....	89
Dari Teori Dan Riset Ke Praktek Klinik .....	90
M I : Batasan & Peran Terapis .....	91
M I : Menu Strategi .....	97
Langkah-langkah M I .....	104
M I : Berbeda dengan Pendekatan Konfrontasi Lainnya .....	104
M E T : Deskripsi & Rasional .....	105
M E T : Format Sesi & Karakteristik .....	106
Struktur M E T – Sessions .....	108
Mempraktekkan M E T .....	111
<b>BAB V    FAMILY THERAPY .....</b>	<b>115</b>
Pendahuluan .....	115
Tujuan <i>Family Therapy</i> .....	115
Sasaran <i>Family Therapy</i> .....	116
Batasan Pengertian & Tujuan Terapi .....	116
Tahapan Pemulihan Keluarga dan Faktor - faktor yang menunjang Pemulihan .....	117
Pendekatan Dalam Tahap Membantu Keluarga	
Mencapai Abstinensia .....	118
Pendekatan Dalam Tahap Penyesuaian .....	120
Pendekatan Dalam Tahap Pemeliharaan Abstinensia .....	121
Tingkat Keterlibatan Konselor dengan Keluarga .....	122
Efektifitas Terapi Keluarga & Hambatan Implementasinya ....	126
Kesimpulan .....	127
<b>BAB VI    PROGRAM AFTERCARE .....</b>	<b>129</b>
Pendahuluan .....	129
Program Aftercare dalam Rangkaian Perawatan & Pemulihan..	139
Masa Kritis dalam Proses Pemulihan .....	134
Karakteristik Klien dalam Program Aftercare .....	135

Beberapa Model Program Aftercare .....	136
Komponen Program Aftercare .....	138
Manajemen Program Aftercare .....	141
Dukungan dan Hambatan Program Aftercare .....	148
Implementasi Program Aftercare di Indonesia .....	149
Kesimpulan .....	154
<b>BAB VII EPILOG .....</b>	<b>157</b>
Isyu-isyu dalam Implementasi .....	157
Persepsi Adiksi Sebagai Gangguan Otak .....	158
Program Pelatihan Keterampilan Psikososial .....	158
Langkah-langkah Berikutnya .....	159
Petunjuk Untuk Menjalankan Pelatihan Program Yang Efektif	160
Konklusi .....	161
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>162</b>

Perpustakaan BNN

Perpustakaan BNN

## BAB I

### INTRODUKSI

Al Bachri Husin dan Benny Ardjil

Setiap terapis yang bekerja dalam sentra pemulihan adiksi narkoba\* memahami bahwa hubungan antara terapis-klien/pasien memegang peran kunci dalam upaya pemulihan. Terapis yang handal memiliki ketrampilan yang baik dalam menangani relasi tersebut. Teknik dan mekanisme terapeutik dalam mengatur hubungan terapis-klien/pasien dikenal dengan nama terapi perilaku yang merupakan bagian dari pendekatan psiko-sosioterapeutik. Dalam 5 (lima) dekade tahun terakhir, pendekatan tersebut mendapat tempat yang cukup bermakna dalam upaya pemulihan adiksi narkoba.

### Adiksi Narkoba adalah Gangguan Otak

Dole dan Nyswander tahun 1967 menemukan adanya defisiensi metabolik yang tidak spesifik dalam tubuh manusia sebagai penyebab terjadinya adiksi (Plate & Labate, 1976). Penemuan Dole dan Nyswander dianggap sebagai dasar terapi rumatan metadon. Pada tahun 1975, Avram Goldstein menemukan adanya reseptor endorfin dalam tubuh manusia. Endorfin tersebut dikenal dengan istilah *endogenous opioid peptides* yang bersifat mirip morfin (Du Pont, et al., 1979). Penemuan Goldstein merupakan dasar penggunaan *opiate antagonist* dalam terapi overdosis, detoksifikasi dan terapi rumatan.

-----  
\*) **Adiksi narkoba** bukan istilah atau terminologi kedokteran, namun sering digunakan sebagai pengganti sebutan kecanduan atau ketergantungan narkotik, psikotropik dan zat adiktif lain (napza). Narkoba adalah akronim dari narkotik, psikotropik dan bahan-bahan adiktif lain. Didalam buku ini, penggunaan istilah-istilah *adiksi*, *ketergantungan* dan *kecanduan* kerap kali disebutkan ber-ulang-berulang, sesungguhnya bermakna sama. Hal yang sama juga pada penggunaan istilah *narkoba*, *napza* dan *psikoaktif*. Sebagai sebutan untuk nama penyakit ("*disease entity*") dalam bidang kedokteran, dikenal istilah *sindrom ketergantungan* yang bermakna "suatu kelompok fenomena fisiologis, perilaku dan kognitif akibat penggunaan suatu zat atau golongan zat tertentu yang mendapat prioritas lebih tinggi bagi individu tertentu ketimbang perilaku 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 diresepsikan ataupun tidak), alkohol, atau tembakau." (Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia Edisi III, Depkes RI, 1993 halaman 91-92).

Lebih dari setengah abad penelusuran ilmiah dalam bidang adiksi narkoba telah membuktikan bahwa adiksi narkoba merupakan suatu gangguan fungsi otak (Leshner, 1997). Dengan memanfaatkan penemuan alat-alat deteksi canggih seperti Positron Emission Tomography (PET) yaitu suatu teknik, telah dihasilkan suatu gambaran tiga dimensi yang merupakan citra dari proses fungsional dari tubuh. Penemuan-penemuan terakhir menunjukkan masuknya narkoba kedalam organ otak menyebabkan terjadinya gangguan mekanisme otak yang bertanggung jawab terhadap fungsi generasi, modulasi dan pengendalian perilaku kognitif, emosional dan sosial. Banyak penyakit - penyakit atau gangguan jiwa yang disebabkan oleh gangguan fisik seperti: skizofrenia (Barondes et.al 1997), gangguan fisik yang memiliki kaitan dengan problema psikologi atau stress seperti *ulcus peptikum* (NIH, 1994), maka adiksi narkoba menunjukkan suatu gangguan jiwa atau perilaku yang berasal dari gangguan otak. Didalam masyarakat, karena terjadinya miskonsepsi tentang otak, perilaku dan pikiran dengan bias persepsi masyarakat dan budaya, terdapat "disconnect" antara data ilmiah dengan persepsi publik, bahkan dalam banyak kasus persepsi professional tentang gambaran adiksi dan terapi yang sesuai. Dengan menggunakan PET juga telah membuktikan adanya bagian otak yang diaktivasi akibat memori karena terjadinya "craving phenomenon" atau yang dikenal dengan sebutan 'suges'.

Dua studi terbaru telah memperkuat kesimpulan-kesimpulan beberapa penelitian sebelumnya yang membuktikan bahwa beberapa pengaruh terpenting dari nikotin terhadap perasaan dan perilaku disebabkan karena bagian sirkuit otak yang sama telah dipacu dengan paksa melalui sirkuit otak yang sebelumnya telah dipacu karena penggunaan berbagai jenis narkoba lain sebelumnya. Salah satu studi menunjukkan seperti jenis narkoba lain, nikotin meningkatkan level dari *dopamine transmitter* pada *brain pathway* (jalur kecil diotak) yang mengendalikan reward (hadiah, upah) dan kenikmatan.

Perubahan level dopamin dianggap sebagai dasar karakteristik dari semua bentuk adiksi. Studi kedua menunjukkan bahwa gejala-gejala *withdrawal* (simptom putus atau lepas zat) dari jenis zat adiktif lain, gejala-gejala *withdrawal* dari penggunaan nikotin menahun menunjukkan pengurangan sensitivitas sirkuit otak terhadap stimulasi kenikmatan ("*pleasurable stimulation*"). Peningkatan pemahaman kita terhadap terjadinya perubahan-perubahan pada otak menunjukkan kepada kita betapa sulitnya pasien menghentikan kebiasaan merokok dan membuka peluang kepada terapi yang lebih baik dalam mengatasi gejala-gejala *nicotine withdrawal*.

## Makna Ketergantungan Narkoba

Dalam nomenklatur kedokteran, ketergantungan narkoba adalah suatu jenis penyakit atau "disease entity" yang dalam ICD-10 (*International classification of diseases and health related problems – tenth revision 1992*) yang dikeluarkan oleh WHO digolongkan dalam "Mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use".

Ketergantungan narkoba secara klinis memberikan gambaran yang berbeda-beda dan tergantung pada banyak faktor, antara lain:

- Jumlah dan jenis zat yang digunakan
- Keparahan ("severity") gangguan dan sejauh mana level fungsi kepribadian terganggu
- Kondisi psikiatri dan medis umum
- Kemapanan ("strength") pasien dan kepekaannya
- Konteks sosial dan lingkungan pasien dimana dia berdomisili dan diharapkan kesembuhannya.

Ketergantungan atau adiksi Napza merupakan fenomena biologis yang memerlukan terapi farmakologi dan terapi perilaku.

## Dasar Terapi Psikososial

Terapi Psikososial adalah skenario terapi yang diselenggarakan berorientasi kepada psiko-sosioterapeutik. Tergolong kepada pendekatan psiko-sosioterapeutik antara lain: *cognitive behavior therapy* (terapi perilaku kognitif), *motivational interviewing* dan *motivational enhancement therapy*, *psychodynamic interpersonal therapy*. Dalam pengembangan berikutnya, dirasakan faktor environment (lingkungan) sangat mempengaruhi kemungkinan terjadinya relaps, pendekatan psiko-sosioterapeutik mencakup pula sejumlah terapi yang menjadi dasar-dasar dalam upaya mendapatkan *full recovery* adiksi narkoba. Tergolong didalamnya adalah: *therapeutic communities*, *the twelve steps recovery program*, *family therapy*, *group therapy*, *aftercare program*. Karena terbatasnya sarana yang disediakan, buku ini hanya membahas sebagian dari berbagai bentuk terapi psikososial.

Banyak *control study* dilakukan di sentra-sentra penelitian adiksi narkoba didunia mengenai terapi psikososial, namun hasilnya belum memuaskan, terutama disebabkan adanya keterbatasan-keterbatasan dalam disain studi. Penelitian intervensi psikososial memerlukan batasan-batasan disain studi

yang jelas dan harus mampu menyepadankannya dengan pengalaman klinis. Sementara disimpulkan bahwa intervensi psikososial hanya berhasil baik sepadan dengan kebutuhan spesifik dari populasi tertentu. Pada banyak kasus menunjukkan efek terapi baru bila kasus secara konsisten mengikuti dengan konsisten program terapi psikososial sekurang-kurangnya 3 (tiga) bulan.

Pendekatan terapi yang dibicarakan dalam buku ini, terutama dilakukan dari sudut pandang prinsip dan filosofi yang mendasari pendekatan terapi yang digunakan untuk kasus-kasus ketergantungan narkoba. Dua istilah yang sering diperdebatkan yaitu: "psikoterapi" dan "konseling adiksi". Kedua istilah tersebut sering digunakan dalam klinik-klinik ketergantungan narkoba. Secara umum konseling adiksi digunakan oleh non-professional atau para-professional yang memfokuskan intervensi kepada strategi spesifik guna menghindarkan relaps penggunaan narkoba. Namun dalam prakteknya, konseling adiksi dapat dilakukan bersama-sama dengan terapi khusus ketergantungan narkoba lainnya termasuk psikoterapi.

Pada tahun 1979, sekelompok ahli kesehatan mental dibawah bimbingan Profesor Dr. Kusumanto Setyonegoro dari Sanatorium Dharmawangsa telah mendirikan Kelompok Studi Problematik Alkohol Jakarta. Pada era Tahun 80an Kelompok Studi tersebut telah pernah mengundang *Alcoholic Anonymous* untuk melakukan suatu presentasi dalam pertemuan bulanannya. Pada masa itu, sebagian besar yang hadir dalam AA-Meeting adalah ekspatriat yang bekerja di Jakarta dan sekitarnya. Dan sampai sekarang, AA-Meeting masih tetap berjalan di beberapa tempat di Jakarta dan kota-kota besar lainnya di Indonesia.

AA-Meeting adalah salah satu aktivitas dari komunitas bantu-diri (*'self-help group'*) yang mendasari *The 12-steps Recovery Philosophy Program* yang akan dibahas oleh Andrei Simanjuntak pada Bab 2. Para pecandu narkoba menjadikan filosofi tersebut sebagai pegangan hidup mereka dalam kehidupan sehari-hari, sepanjang hidup si pecandu/adiksi narkoba. Sebagian besar alumni dari sentra pemulihan adiksi narkoba yang berasal dari Wisma Adiksi, pada tahun 1989 memulai mengembangkan *Narcotic Anonymous Meeting* yang masih berkembang sampai sekarang. Secara panjang lebar, Andrei Simanjuntak telah membahas persepsi Program 12 Langkah terhadap adiksi narkoba sebagai disease model, dengan kelemahan dan kekuatannya. Kupasan Bab 2 tersebut menambah pemahaman pembaca tentang aplikasi filosofi tersebut baik didalam sentra pemulihan maupun dalam kehidupan komunitas adiksi narkoba di masyarakat luas.

*Cognitive Behavioral Therapy* (selanjutnya disingkat dengan CBT) dalam bidang adiksi napza terutama berfokus pada:

- a. Mengubah proses kognitif yang menjurus kepada perilaku maladaptif pada penggunaan narkoba,
- b. Intervensi terhadap perilaku dalam kejadian – kejadian yang menjurus kepada penggunaan narkoba,
- c. Membantu agar pasien – pasien sukses menghadapi 'suges' (*craving*) yang akut atau menahun, dan
- d. Meningkatkan dan menguatkan pengembangan keterampilan sosial dan perilaku yang cocok agar tetap tinggal *drug free*.

Salah satu bentuk CBT yang dibicarakan dalam Bab 3 oleh Jesse A. Monintja dan Diah Setia Utami adalah memfokuskan pada aplikasi CBT pada kasus-kasus ketergantungan narkoba dengan memperkenalkan 8 (delapan) topik keterampilan CBT. Jenis CBT yang dimaksud dalam buku ini tergolong *Cognitive Therapy* yang mula-mula dikembangkan oleh Beck dan teman-teman untuk terapi depresi dan anxietas. Beck kemudian memodifikasi terapi tersebut dalam group pasien - pasien ketergantungan narkoba. Dasar dari terapi kognitif adalah *belief* yang dapat diidentifikasi dan sesudah itu memodifikasi pola berfikir maladaptive pasien, agar pasien mengurangi atau menghentikan perilaku dan perasaan negatifnya (misalnya menggunakan narkoba).

Salah satu bentuk CBT dikenal dengan nama *Relapse Prevention* (selanjutnya disingkat dengan RP) tidak dibicarakan dalam buku ini. RP adalah suatu pendekatan terapi yang menggunakan teknik-teknik terapi kognitif untuk mencoba menolong mengembangkan kendali diri yang lebih besar (*greater self control*) dengan maksud menghindari relaps. Strategi spesifik RP termasuk didalamnya adalah mendiskusikan ambivalensi, mengidentifikasi '*emotional triggers*' dan '*environmental triggers*' sebagai penyebab terjadinya *craving* dan penggunaan narkoba kembali, memeriksa dan mengembangkan strategi spesifik untuk orang tersebut agar mampu mengatasi bila berhadapan dengan stressor eksternal maupun internal, menggali keputusan-keputusan yang diambil bila ada kecenderungan memulai kembali penggunaan narkoba, dan belajar dari berbagai episode singkat bagaimana terjadinya relaps atau *slips*, trigger-trigger yang menjurus ke relaps dan mengembangkan teknik efektif intervensi dini. Dalam beberapa studi kendali telah menunjukkan bahwa RP memiliki kemampuan sama efektifnya dengan terapi psikososial lain dan telah dibuktikan pula RP lebih

efektif dari terapi psikososial lain khususnya untuk pasien-pasien yang memiliki gejala-gejala ketergantungan berat, mereka yang memiliki gangguan kepribadian sociopath dan gejala-gejala psikiatrik yang berat.

*Motivational Interviewing* (selanjutnya disebut MI) adalah suatu metoda wawancara praktis yang digunakan dalam proses terapi yang disebut dengan *Motivational Enhancement Therapy* (selanjutnya disebut MET). MI adalah suatu gaya konseling direktif yang berpusat pada pasien guna merubah tingkahlakunya dengan membantu pasien menggali dan mencari penyelesaian terhadap problema ambivalensi yang dialaminya (Rollnick & Miller, 1995). MET yang dibicarakan oleh Al Bachri Husin dalam bab 4 adalah suatu bentuk terapi psikososial yang didasarkan kepada CBT, bersifat client-centered, memiliki sistim dan mengandalkan teknik persuasi psikologi social. MET telah terbukti memiliki efek positif pada delapan dari sembilan penelitian studi kendali. MET didisain singkat waktu, modalitas terapi yang ditandai dengan pendekatan empati, dimana terapis membantu memotivasi pasien dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan berkait dengan pro dan kontra terhadap perilaku pasien yang spesifik. Terapis bersama pasien meng-eksplorasi sasaran pasien, menghubungkannya dengan adanya ambivalensi guna mencapai sasaran tersebut dan kemudian mendengarkan dengan reflektif ('reflective listening').

Dalam Bab 4, Al Bachri Husin menyajikan beberapa contoh wawancara yang diharapkan bermanfaat untuk pembaca. Seringkali MET digunakan dalam sentra-sentra terapi adiksi narkoba sebagai substansi dasar dalam terapi yang dikaitkan dengan bentuk terapi-terapi lain seperti dalam program terapi substitusi buprenorfin dan metadon. Salah satu terapi psikososial yang berkembang pesat dewasa ini dibanyak negara-negara maju adalah terapi perilaku (*Behavioral Therapy*). *Operant Behavioral Therapy* melibatkan pemberian hadiah ('reward') dan hukuman ('punishment') untuk berbagai perilaku pasien misalnya untuk kepatuhan terapi diberi hadiah dan bila relaps mendapatkan hukuman. Pemberian hadiah termasuk pemberian *voucher* karena menunjukkan hasil pemeriksaan sample urin *drug free*. Pemberian hadiah dapat dalam berbagai bentuk yang telah disetujui seperti: tiket bioskop. Beberapa keluarga biasanya dapat diajak turut serta aktif dalam memfasilitasi terapi dalam bentuk aktivitas-aktivitas yang positif ('community reinforcement').

*Contingency management*, sering disingkat CM, adalah satu bentuk *Behavioral Therapy* yang berdasarkan kepada perilaku sebelum penggunaan narkoba (*contingency* maknanya kemungkinan atau hal yang terjadi kebetulan). Konsekuensi positif mendapatkan *reward* karena abstinensia dan sebaliknya

konsekuensi negatif mendapat hukuman (tentu dengan menghalanginya) berperilaku berkait dengan penggunaan narkoba. Konsekuensi negatif karena kembali menggunakan narkoba termasuk didalamnya pemberitahuan peringatan dari pengadilan, teman-teman sekerja atau dari anggota keluarga. Efektivitas dari CM tergantung beratnya kepada frekuensi penggunaan narkoba bersama-sama orang lain, secara kebetulan atau monitoring supervisi sampel urin karena menggunakan narkoba. Bila *contingency* negatif didasarkan kepada antisipasi respon orang lain (pasangan, rekan sekerja), seseorang harus konsekuen dapat menerima hukuman yang telah dibuat secara tertulis ketika pasien memulai kontrak perjanjian.

Bentuk lain dari *Behavioral Therapy* lainnya adalah *Cue Exposure Therapy*. Terapi tersebut didasarkan kepada '*Pavlovian extinction paradigm*' yang melibatkan mempertontonkan pasien kepada sinyal-sinyal bersyarat yang dapat meng-induksi terjadinya *craving* kepada narkoba agar pasien dapat mencegah penggunaannya bila kejadian yang sungguh-sungguh terjadi. Pemaparan sinyal-sinyal atau tanda-tanda tersebut tentu didasarkan kepada pengalaman pasien ketika mendapatkan "pemaksaan" menggunakan narkoba dimasa-masa lalu. *Cue Exposure Therapy* sering dipasangkan dengan teknik-teknik relaksasi atau teknik pelatihan menolak penggunaan narkoba guna memfasilitasi '*extinction of classically conditioned craving*'. Cara-cara tersebut digunakan dalam sentra-sentra pemulihan adiksi narkoba seperti didalam *Therapeutic Community*. Ada dua studi dalam literatur yang mendukung efektivitas *Cue Exposure Therapy* dalam setting laboratorium, namun direkomendasikan penelitian-penelitian berkait lebih lanjut dimasa-masa mendatang yang bila hendak dipergunakan dalam wawasan yang lebih luas.

*Aversion Therapy* adalah satu bentuk *Behavioral Therapy* yang melibatkan penggunaan narkoba termasuk alkohol dengan pengalaman-pengalaman yang tidak menyenangkan ("*an unpleasant experience*"), misalnya dengan pemberian aliran listrik ringan atau penggunaan obat-obatan yang mendatangkan muntah. *Aversion Therapy* biasanya dilakukan dalam laboratorium perilaku. Penelitian-penelitian dengan kendali menghasilkan efektivitas terapi yang juga bermanfaat.

Dibanyak negara-negara maju juga masih dikembangkan berbagai terapi individual untuk ketergantungan narkoba seperti *Individual Psychodynamic Psychotherapy*. Bentuk terapi tersebut sering dikombinasikan dengan terapi - terapi menggunakan psikofarmaka seperti dalam program terapi substitusi (Buprenorfin dan Metadon). Salah satu bentuk yang populer adalah *Supportive Expressive Psychotherapy*, yang memodifikasi terapi berorientasi psikodinamik berdasarkan kepada relasi terapeutik yang mendukung pasien bila berhadapan

dengan relasi negatif lain dalam kehidupan. Terapi tersebut memakan waktu lamanya 1-2 tahun. Salah satu bentuk terapi individual lainnya adalah *Individual Interpersonal Psychotherapy*.

Dalam Bab 5, Tri Iswardani membicarakan tentang Terapi Keluarga untuk adiksi narkoba. Keterlibatan keluarga (orang tua, pasangan: suami-isteri, pacar, teman sekerja, sahabat akrab) merupakan kunci penting dalam upaya pemulihan adiksi narkoba. Tri Iswardani membawa pembaca kepada berbagai macam wawasan terapi keluarga dan langkah-langkah apa yang harus dilakukan. Banyak studi kendali di negara-negara maju menunjukkan eratnya hubungan antara keluarga disfungsi dengan adiksi narkoba. Lemahnya komunikasi dalam keluarga, khususnya untuk budaya Timur, ketidakmampuan anggota keluarga memahami keterbatasan-keterbatasan adiksi narkoba dalam upaya pemulihannya, dapat menimbulkan hasil terapi yang buruk dalam jangka pendek maupun panjang.

Perawatan lanjutan dalam proses pemulihan adiksi narkoba yang disebut sebagai Program *aftercare*, terutama dikhususkan bagi mereka yang telah menyelesaikan program terapi residensial jangka panjang. Program *Aftercare* yang merupakan bagian integral dari proses pemulihan adiksi narkoba tersebut, telah dibahas oleh Tri Iswardani dalam Bab 6. Program dapat diberikan dalam berbagai bentuk tergantung kepada kebutuhan masing-masing klien, terutama mengikutsertakan klien kepada aktivitas yang dirasakan bermanfaat buat dirinya guna mengembangkan produktivitas dan gaya hidup kreatif.

Terakhir, dalam Bab 6 sebagai epilog, Al Bachri Husin dan Benny Ardjil, mencoba untuk memberi jawaban: "Bagaimana mengimplementasikan upaya pemulihan adiksi narkoba melalui pendekatan psikososial? Langkah-langkah apa yang harus dilakukan guna meningkatkan ketrampilan dan kualitas dari SDM yang bekerja dalam sentra-sentra pemulihan adiksi narkoba?"

Kami berharap, buku Terapi Psikososial untuk Pemulihan Adiksi Narkoba ini dapat dijadikan stimulasi terapis dan peneliti untuk melanjutkan motivasi, inovasi dan evaluasi program yang sudah dan sedang dijalankan guna meningkatkan hasil terapi berikutnya. Kami ingin mengucapkan terima kasih kepada semua kolega yang membantu penyelesaian buku ini, terutama Ni Made Labasari, Amrita Devi, Yanuar Sadewa dan Betty Sri Retno.



## BAB II

---

# PROGRAM 12 LANGKAH DAN MINNESOTA MODEL OF TREATMENT

Andrei Simanjuntak

### PENDAHULUAN

Dalam mendiskusikan program 12 Langkah, ada dua aspek utama yang harus diketahui terlebih dahulu sebelum menggali lebih jauh. Yang pertama, bahwa proses terjadinya 12 langkah bukanlah sebagai hasil dari penelitian ilmiah atau penyusunan yang sistematis untuk mencapai suatu teori. 12 Langkah adalah “adonan” dari pengalaman spiritual dari mereka yang telah berhasil melepaskan diri dari perilaku kecanduan dan mempertahankan kebersihannya. Dan tentunya, apabila konsep “spiritual” sudah menjadi salah satu komponen utamanya, maka kuantifikasi yang akan selalu konsisten dengan logika menjadi samar. Maka, bagi para ahli yang mengkajinya dan mengharapkan akan menemukan suatu program yang didukung oleh bukti-bukti empiris yang kuat mungkin akan sedikit kecewa. Memang, setelah program ini cukup dikenal dimata publik, banyak para ahli yang kemudian menganalisisnya dan bahkan berhasil memperkuat kredibilitas ilmiah program ini, tetapi pada intinya, para penganut 12 Langkah akan tetap berpegangan pada pemahaman yang tidak memprioritaskan keperluan akan adanya penjelasan ilmiah. Oleh karena itu, mereka juga menyadari bahwa substansi 12 langkah tersebut masih sering “diragukan” oleh komunitas sains, tetapi mereka tidak memperlakukan hal itu.

Yang kedua, dalam konsep 12 langkah tidak pernah ada klaim sekalipun bahwa program ini pasti akan bekerja untuk semua orang. Hanya mereka yang mempunyai “penyakit” kecanduan atau adiksi sajalah yang mungkin akan bisa mengambil manfaat dari program ini, dengan tetap mengakui bahwa banyak orang diluar sana yang tidak memiliki penyakit ini dan dapat menggunakan alkohol, narkoba, atau zat dan kegiatan adiktif lainnya secara moderat. Langkah-langkah ini hanya “diusulkan” atau direkomendasikan bagi mereka yang tertarik untuk mendapatkan apa yang telah dimiliki mereka

yang sudah mengamalkannya, yaitu kehidupan yang baru dan bersih dari perilaku kecanduan atau adiksi.

Bagi yang baru mengenal sekilas atau bahkan belum sama sekali, konsep 12 langkah dan perannya dalam pemulihan dari kecanduan Narkoba dan zat adiktif lainnya mungkin memerlukan sedikit penjelasan awal. Singkatnya, 12 langkah adalah "metode" atau teknik yang terdiri dari langkah-langkah tertentu yang apabila disalami dan diterapkan dalam kehidupan nyata akan dapat membantu seorang pecandu untuk bertahan bersih dari perilaku kecanduannya. Tetapi, untuk mencoba menempatkannya dalam rangka pemikiran dimana 12 langkah adalah sekadar "program pemulihan" mungkin tidak terlalu tepat karena harus dijelaskan batasan dan bentuknya yang sedikit berbeda dari program yang lainnya. 12 langkah bukanlah sebuah metodologi atau teknologi rehabilitasi Narkoba seperti *Therapeutic Community* atau *Hospital-based program*, tetapi panduan cara hidup yang diterapkan kedalam kehidupan sehari-hari untuk mencapai perubahan perilaku dan perbaikan kondisi spiritual seorang pecandu, agar tidak kembali ke perilaku kecanduan.

Dua belas langkah telah mendapatkan berbagai nama atau label dalam usaha merumuskannya, mulai dari "falsafah pemulihan", "konsep pemulihan", "cara hidup untuk bersih dari Narkoba", atau "metodologi pemulihan". Dan karena bentuk aplikasinya yang cukup unik, yaitu berbentuk komunitas bantu-diri (*self-help*) yang terdiri seluruhnya dari mereka yang mempunyai masalah dengan perilaku kecanduan, dimana komunitas ini bergerak dalam tubuh masyarakat dan tidak berafiliasi dengan organisasi lain ataupun pemerintah, lumrah jika pandangan umum sering keliru dalam mendefinisikan 12 Langkah. Program 12 langkah adalah program untuk digunakan dalam kehidupan sehari-hari, sepanjang hidup si pecandu, bukan program di dalam pusat rehabilitasi atau institusi lain. Untuk memperjelas hal ini, tulisan ini akan terbagi menjadi beberapa penjelasan yang masing-masing akan memberi keterangan singkat mengenai berbagai komponen yang terkait dalam cakupan "falsafah" 12 langkah.

Pertama-tama, perlu dijelaskan paradigma adiksi yang digunakan sebagai teori yang mendasarinya, yaitu *Disease Model of Addiction*, yang digunakan oleh mereka yang menggunakan 12 langkah untuk memahami kondisi kecanduan yang mereka alami. Kemudian, bentuk aplikasi dalam komunitas bantu-diri bernama *Alcoholics Anonymous (AA)* dan *Narcotics Anonymous (NA)*, yang mungkin adalah bentuk penerapan yang paling dikenal publik. Terakhir sekali, akan dijelaskan bagaimana konsep 12 langkah ini merupakan komponen utama dari sebuah metodologi rehabilitasi yang disebut *Minnesota*

*Model of Treatment.* Pembagian tersebut adalah sebagai berikut:

- a. Penjelasan mengenai *Disease Model of Addiction* – paradigma adiksi yang digunakan untuk mendasari program 12 Langkah.
- b. Sejarah dari program 12 Langkah.
- c. Aplikasi dari program 12 Langkah; baik dalam lingkup praktek klinikal atau komunitas kelompok dukungan seperti NA dan AA.
- d. *Minnesota Model of Treatment*; model rehabilitasi yang menggunakan 12 langkah sebagai inti program.

Kerancuan mengenai program 12 langkah dan berbagai komponen “turunan” dari konsep ini masih sering terjadi, juga di Indonesia. Contohnya, masih banyak sekali mereka yang berasal dari komunitas praktisi rehabilitasi sekalipun, masih belum mengetahui perbedaan antara program komunitas kelompok dukungan 12 langkah seperti NA dengan program di pusat rehabilitasi. Sehingga sering terbentuk anggapan bahwa pusat rehabilitasi tertentu adalah “Rehab NA” atau menggunakan “cara NA” atau bahkan bahwa NA sendiri adalah sebuah pusat rehabilitasi. Ini sebenarnya sangat bertentangan dengan tradisi dan bentuk NA yang merupakan komunitas pecandu yang bersifat *self-supporting* (berdiri sendiri) dan tidak berafiliasi dengan program manapun, termasuk pusat-pusat rehabilitasi sekalipun. NA adalah “perkumpulan” bagi para pecandu yang sudah bersih dimana dalam wadah ini mereka mendukung satu sama lain untuk bertahan bersih. Jadi, program seperti NA atau AA tetap dijalankan oleh mereka yang telah lama berhenti dari penggunaan aktif Narkoba dan Alkohol, bukan mereka yang masih menjalani program dalam rehabilitasi. Keawaman ini bisa dimaklumi, mengingat konsep 12 langkah dan komunitas dukungan seperti AA dan NA masih terhitung sebagai sesuatu yang sangat baru dalam percaturan dunia rehabilitasi di Indonesia. *Therapeutic Community* sebagai teknologi rehabilitasi telah sampai di Indonesia terlebih dahulu dan oleh karena itu masih dianggap sebagai yang paling mutakhir oleh sebagian besar praktisi rehabilitasi dewasa ini. Dan tentunya, sebelum itu, rehabilitasi berbasis keagamaan dan psikiatri yang mendominasi ranah rehabilitasi Narkoba di tanah air.

Padahal kenyataannya, apabila kita mengacu kepada keadaan di Amerika Serikat (dimana sebagian besar ilmu rehabilitasi modern berkembang dan oleh karena itu bisa dianggap sebagai tempat rujukan), metode 12 langkah dan pusat-pusat rehabilitasi yang menggunakannya sebagai bagian dari program rawatan mereka berjumlah lebih banyak, lebih prestisius (contoh: Betty Ford Foundation, Hazelden Foundation, Promises, dll) dan penerapan berdasarkan konsep adiksi menurut sudut pandang 12 langkah lebih dominan

dibanding *Therapeutic Community* atau program rehabilitasi berbasis keagamaan (Yalisove, 1998). Diharapkan dengan publikasi dari tulisan pendek ini lebih banyak lagi pakar adiksi di Indonesia yang akan tertarik untuk mempelajari 12 langkah dan segala perwujudan aplikasinya. Dalam tulisan ini, istilah *adiksi* akan digunakan secara bergantian dan dalam arti yang sama dengan kecanduan atau ketergantungan. Dan istilah "metode", "metodologi", "program" atau "falsafah" juga akan digunakan secara bergantian untuk menerangkan konsep 12 langkah.

## **DISEASE MODEL: SEBUAH PARADIGMA "BARU"**

Sebelum memasuki 12 langkah sebagai suatu metode pemulihan, penting bagi kita untuk memahami pemikiran yang mendasari metode ini dalam memandang sifat dari kondisi kecanduan itu sendiri. Paradigma adiksi yang digunakan oleh metode 12 langkah disebut *Disease Model of Addiction*, suatu paham yang melihat dan memperlakukan kondisi kecanduan sebagai sebuah penyakit. Seperti apakah sifat penyakit menurut versi model ini, perlu untuk diperhatikan batasannya, karena sedikit berbeda dengan sifat penyakit umumnya seperti yang diketahui oleh masyarakat kebanyakan.

Sebelum menggali kedalam batasan model ini, ada baiknya kita melihat secara singkat model-model lain yang sudah lebih lama mengakar di masyarakat mengenai kecanduan seseorang terhadap zat tertentu, karena memang sampai pada saat ini belum ada satupun definisi yang baku dan disetujui semua pihak mengenai penjelasan atas kondisi kecanduan dan sarana penyembuhannya. Berbagai pandangan yang berbeda masih diperdebatkan di luar sana, dan belum ada satupun paradigma yang memuaskan dan oleh karena itu belum ada juga satupun metode rehabilitasi yang bisa mengklaim kesuksesan secara total untuk setiap pecandu. Dengan melihat beberapa model lain, akan terlihat lebih jelas perbandingan yang bisa dibuat terhadap *Disease Model* dan alasan yang melatarbelakangi perkembangannya.

Yang mungkin bisa dianggap paling lama dan masih cukup besar pengaruhnya terhadap opini masyarakat pada saat ini adalah apa yang disebut *Moral Model*, atau pandangan yang melihat kondisi kecanduan sebagai sebuah issue moralitas. Artinya, ada krisis moral dalam menentukan pilihan hidup yang kemudian menjerumuskan si pecandu kedalam ketergantungan terhadap Narkoba atau zat adiktif lainnya. Singkatnya, kesalahan terletak pada si pecandu sehingga ia menjadi sedemikian rupa.

Sebagian besar perangkat hukum yang ada di masyarakat seperti polisi atau Lembaga Pemasyarakatan masih didasari oleh pandangan ini, dimana seorang pecandu harus menerima hukuman agar ia jera dan kemudian menjadi insyaf atas kesalahannya.

Turunan dari *Moral Model* ini adalah *Religious Model*, atau pandangan yang mengatakan bahwa kecanduan terjadi karena adanya krisis keagamaan atau keimanan dalam diri seorang yang menjadi pecandu. Jadi, program rehabilitasi yang diberikan akan menitikberatkan kepada ditingkatkannya kegiatan keagamaan seseorang agar ia dapat kembali kepada "fitrah" asalnya yaitu seorang insan yang beriman dan takut untuk melanggar larangan agama. Banyak panti rehabilitasi yang berbasis agama menggunakan paradigma ini dan menggunakan metode yang serupa dengan *Moral Model*, yaitu menerapkan prosedur yang bersifat menghukum agar si pecandu menjadi jera.

Model yang ketiga dan tidak kalah populer adalah *Medical Model*, yang sesuai dengan namanya dikembangkan oleh komunitas medis. Pandangan ini melihat adiksi dari sudut pandang kesehatan, misalnya dengan memberikan diagnosa adanya kerusakan pada sistem neurologis seseorang sehingga menjadi kecanduan terhadap zat tertentu. Proses rehabilitasi dititikberatkan pada terapi obat-obatan, kadang dibantu dengan dukungan terapi psikologis dan difasilitasi dalam lingkungan rumah sakit atau klinik (Thombs, 1999, hal 1-25).

Setelah didahului oleh ketiga paradigma diatas yang meliputi sebagian besar dari teknik penanggulangan korban Narkoba, berkembanglah pandangan baru yang disebut *Disease Model of Addiction*, yaitu adiksi sebagai penyakit. Setelah melalui proses berliku-liku dimana tanggapan yang skeptis bermunculan terhadapnya, pada dewasa ini sebagian besar komunitas medis internasional sudah menerima paradigma ini, terbukti dengan dimasukkannya kecanduan dalam daftar beberapa institusi medis yang cukup berpengaruh di Amerika Serikat seperti *American Medical Association (AMA)*, *American Society of Addiction Medicine (ASAM)*, dan kedalam buku manual diagnosa dari *American Psychiatric Association (APA)* atau *Diagnostic Statistic Manual (DSM)* sebagai suatu "*Substance-Related disorder*". Salah satu orang yang paling berjasa dalam mengembangkan konsep *Disease Model* dengan menggunakan analisa ilmiah sehingga kemudian mendapatkan kredibilitas di komunitas medis adalah Dr. Elfrin Jellinek dari Amerika Serikat. Ia mengembangkan dasar ilmiah untuk konsep ini berdasarkan penelitiannya terhadap pasien-pasiennya yang alkoholik pada tahun 1960an. Tetapi kemudian konsep *Disease Model* ini dalam perkembangannya bercabang menjadi dua kubu yang meskipun

mempunyai kesamaan, tetapi juga berbeda dalam beberapa hal, terutama hal-hal yang menyangkut metode rehabilitasi.

Kubu pertama adalah komunitas medis yang lebih menitikberatkan pada aspek medis dari kondisi ini. Kubu kedua terdiri dari mereka yang berprofesi sebagai praktisi pada pusat rehabilitasi (konselor/pembimbing) dan para anggota dalam kelompok dukungan atau komunitas bekas pecandu dan alkoholik. Tidak terlalu jelas kapan percanggahan ini terjadi, tetapi pada saat ini masing-masing pihak mempunyai pengikut dan pengaruh yang cukup kuat dalam dunia rehabilitasi Narkoba (Thombs, 1999, hal 29-34). Untuk tujuan dari tulisan ini yaitu mendiskusikan metode 12 langkah dan penerapannya, penjelasan mengenai kubu yang kedua inilah yang akan dikupas lebih jauh, sementara penjelasan mengenai pendapat yang pertama mungkin akan memerlukan seorang profesional di bidang medis untuk dapat menguraikannya secara akurat.

"Komunitas pemulihan", yaitu kelompok dukungan bekas pecandu seperti AA dan NA dan para profesional yang bekerja pada pusat rehabilitasi mempunyai versi tersendiri mengenai penyakit ini, yang, meskipun tidak mempunyai dasar ilmiah sekuat "saudara kandungannya" yaitu versi komunitas medis, tetap telah terbukti mempunyai fungsi pragmatis yang sangat efektif apabila diterapkan sebagai dasar dari metode kerja dalam program pusat rehabilitasi dan dalam konteks program kelompok dukungan.

## Ciri-Ciri Penyakit Adiksi

(Diambil dari Smith & Seymour, 2001, hal 18-22)

Penyakit kecanduan atau penyakit adiksi dalam definisi dari kelompok "komunitas pemulihan" ini mempunyai beberapa karakteristik sebagai berikut:

### **Primary (Pokok atau awal):**

Di kalangan umum, sepanjang sejarah hingga masa kini, adiksi dianggap sebagai suatu gejala dari adanya psikopatologi, atau kerusakan pada aspek mental dari si pecandu. Tetapi paradigma baru ini berdasarkan pengalaman pada program pemulihan dan rehabilitasi tidak mempersoalkan "akar" dari permasalahan ini. Bahkan adiksi telah terbukti sebagai suatu kerusakan atau *disorder* yang *co-exist* atau berdampingan dengan problem kejiwaan dalam sebuah *Dual-Diagnosis* atau diagnosa ganda, yang menunjukkan tidak ada hubungan kausal antara keduanya. Jadi, *Disease Model* mendefinisikan adiksi sebagai penyakit yang tidak diawali atau disebabkan oleh kerusakan lain sebelumnya, baik eksternal atau internal. Tidak jauh berbeda dari kanker

atau penyakit kronis lainnya seperti penyakit jantung atau Diabetes, kecanduan akan berkembang dengan sendirinya pada tahap tertentu, terlepas dari keadaan sekeliling atau keadaan mental orang tersebut sebagai faktor penyebab.

#### **Loss of Control (kehilangan kendali):**

Titik menyeberangnya seseorang dari penggunaan Narkoba secara rekreasi atau tahap *abuse* kedalam alam kecanduan atau *dependence* adalah adanya terlihat ketidak-mampuan untuk mengendalikan dirinya dan penggunaan Narkoba. Setelah melewati titik ini, intensitas penggunaan tidak lagi terkait dengan pikiran atau akal sehat. Ketika penyakit kecanduan ini sedang pada puncaknya, si pecandu tidak akan mampu berhenti meskipun ia tahu bahwa ia harus melakukannya. Salah satu perwujudan dari sifat ini adalah si pecandu akan terus menggunakan Narkoba meskipun ia mengetahui secara jelas konsekuensi dari perilaku itu. Contohnya adalah seorang perokok berat yang terus merokok meskipun ia telah didiagnosis oleh dokter sebagai mempunyai penyakit yang berhubungan dengan kebiasaan merokoknya.

#### **Chronic (Kronis):**

Kronis yang dimaksud disini oleh penganut paham *Disease Model* adalah apabila kondisi kecanduan atau *dependence* ini telah tercapai, maka tidak akan mungkin bagi si pecandu untuk kembali lagi ke pola penggunaan Narkoba yang tidak bersifat kecanduan (misalnya, hanya sekali-sekali sebagai rekreasi). Jadi bisa dikatakan bahwa seorang pecandu tidak akan bisa dianggap "sembuh" dengan arti ia bisa kembali ke keadaan normal dimana ia dapat mengulang kembali pola kehidupannya yang semula. Menurut *Disease Model of Addiction*, kekeliruan inilah yang akan membuat banyak sekali pecandu jatuh kembali ke perilaku kecanduannya setelah berhasil mencapai kebersihan dari Narkoba. Mereka, dan orang-orang disekelilingnya, menganggap diri mereka sudah "sembuh" sehingga tanpa disadari perlahan-lahan kembali mengaktifkan pola hidup yang lama, berpikir bahwa mereka sudah mampu untuk mengendalikan penggunaan Narkoba mereka. Kejatuhan kembali ke perilaku kecanduan biasanya terjadi tidak lama kemudian, menguatkan pendapat dalam paradigma *Disease Model* bahwa penyakit ini akan menyertai si pecandu seumur hidup, dan berpotensi untuk "kambuh" sewaktu-waktu. Aspek inilah yang terutama mendasari pemikiran bahwa perlunya ada program pemulihan yang bersifat berkesinambungan dan merupakan gaya hidup baru yang bisa dipraktekkan agar kebersihan si

pecandu tetap terjaga. Program 12 langkah, sebagai panduan gaya hidup dalam pemulihan yang mendorong perubahan perilaku, perbaikan kehidupan spiritual, dan membina kembali hubungan dengan orang-orang yang dikasihi, memang dirancang untuk memenuhi keperluan ini.

### **State of Remission (Peredaman atas gejalanya):**

Jadi meskipun penyakit kronis ini akan tetap bersama si pecandu, gejalanya, yaitu perilaku kecanduan aktif, dapat diredam sehingga tidak terjadi. Disinilah program pemulihan yang harus dipraktekkan terus-menerus itu menjadi penting untuk mencegah kekambuhannya. Program 12 Langkah disusun berdasarkan pemikiran ini, yaitu bahwa seorang pecandu yang sudah mencapai kebersihan memerlukan program yang bersifat *maintenance* atau pemeliharaan agar tidak kembali menggunakan Narkoba.

### **Progresif :**

Apabila tidak segera dihadapi, maka kondisi ini mempunyai sifat yang progresif, artinya akan bertambah parah. Ini tentunya dengan mudah bisa dilihat dari adanya *Tolerance*, atau toleransi yang semakin meningkat dalam mengkonsumsi Narkoba. *Tolerance* menurut definisi dari DSM (*Diagnostic Statistic Manual*) milik *American Psychiatric Association* adalah kebutuhan yang semakin meningkat dalam banyaknya zat yang digunakan untuk mencapai efek yang diinginkan, atau berkurangnya efek dari zat tersebut apabila jumlah yang sama digunakan secara terus-menerus. Si pecandu akan semakin terperangkap dalam pola penggunaannya, apabila semakin lama dibiarkan. Pada akhirnya, jika kondisi ini semakin parah, seringkali akan berakibat fatal bagi si pecandu.

### **Denial (Penyangkalan) :**

Penyangkalan bisa digambarkan sebagai ketidak-mampuan untuk melihat suatu kenyataan yang tidak bisa diterima. Kenyataan yang tidak bisa diterima itu adalah bahwa dirinya adalah seorang pecandu. Adanya penyangkalan terhadap masalah kecanduan adalah bagian dari penyakit adiksi yang bisa dilihat dalam diri setiap pecandu. Seringkali penyangkalan ini terjadi karena kecenderungan moral yang kuat yang mengelilingi (seperti pandangan *Moral Model*) sehingga para penderita penyakit ini juga menjadi takut untuk mengakui masalahnya.

## **Kekuatan dan Kelemahan dari *Disease Model of Addiction***

(Diambil dari *Thombs, 1999, hal 70-71*)

Dalam bidang adiksi dimana berbagai teori masih menyesuaikan diri dan bahkan diperdebatkan keunggulannya, paradigma adiksi sebagai penyakit tentu tidak ketinggalan dalam menerima berbagai kritik atau serangan dari berbagai pihak yang mempertanyakan keabsahannya. Kelemahan yang utama dan sering menjadi persoalan yang cukup sukar untuk dijawab oleh kubu *Disease Model* adalah banyak dari komponen-komponen model ini yang kurang didukung oleh bukti empiris dari sebuah percobaan ilmiah. Dua hal yang paling sering dipersoalkan adalah konsep adiksi sebagai "penyakit progresif" dan konsep "*Loss Of Control*" yang sukar untuk dibuktikan dengan metode percobaan ilmiah. Seperti sudah disinggung di Pembukaan di atas, bagi mereka yang datang dari latarbelakang ilmiah apabila menelaah konsep 12 langkah dengan mengharapkan adanya statistik, hasil data percobaan, atau prosedur ilmiah lainnya, maka akan berhadapan dengan kenyataan mengenai langkanya faktor-faktor pendukung seperti ini. Kebanyakan klaim dari kubu ini atas integritas teori mereka didasari oleh "hasilnya", yaitu banyaknya orang yang telah menikmati manfaat dari program ini, bukan dari keunggulan teori ini apabila diuji secara ilmiah. Kekurangan lain yang cukup signifikan adalah kurangnya penekanan pada faktor luar seperti psikososial sebagai salah satu penyebab terbentuknya kepribadian seorang pecandu. Dengan tidak mengindahkan faktor ini, para penganut paham ini tetap akan berada dalam resiko terhadap kembalinya ia ke kecanduannya.

Tetapi, paradigma ini juga bukan tanpa kekuatan yang membuatnya sebagai dasar dari suatu program pemulihan yang terbesar di dunia, yaitu AA dan NA. Yang pertama sekali adalah bagaimana sudut pandang ini telah mengangkat adiksi keluar dari daerah "moralitas" dalam pemikiran publik. Terbukti dengan semakin kuatnya pandangan masyarakat yang menganggap seorang pecandu sebagai korban atau pasien yang harus ditolong dan bukannya seorang kriminal yang harus dihukum. Pusat rehabilitasi menjadi semakin berperan sebagai sarana dalam masyarakat untuk mengatasi masalah korban Narkoba. Ini semua berkat dari semakin diterimanya paradigma adiksi sebagai penyakit. Dan faktor ini jugalah yang menyebabkan sebagian besar komunitas praktisi rehabilitasi dan bekas pecandu menyukai pandangan ini, karena martabat mereka dikembalikan sehingga setara dengan anggota masyarakat manapun. Mereka diperlakukan sebagai seseorang yang sakit dan perlu pertolongan,

bukan sebagai sampah masyarakat yang harus “dikembalikan ke jalan yang benar”. Konsep ini juga membebaskan sistem pendukung disekeliling seorang pecandu seperti keluarga dan teman-teman dari proses saling salah-menyalahkan. Tidak ada yang salah dalam hal ini karena si pecandu memang mengidap suatu penyakit yang dengan tidak disengaja telah berada dalam dirinya. Dan yang terakhir dan mungkin terpenting adalah; kesederhanaan dari konsep ini sehingga mudah dicerna oleh mereka-mereka yang baru memasuki pemulihan pada tahap awal. Hal ini tentunya memudahkan kerja si pembimbing dalam mengajarkan berbagai teori mengenai kecanduan kepada pasiennya. Si pasien juga akan lebih mudah menyerap informasi yang diberikan karena *Disease Model* ini membantu mereka mengurangi perasaan bersalah dan malu yang biasanya sangat kuat ketika baru memasuki rawatan untuk pertama kalinya, satu alasan lagi mengapa para praktisi rehabilitasi sangat menyukai model ini. Dengan “menganggap” adiksi atau alkoholisme sebagai penyakit, para pecandu dapat mengurangi perasaan bersalah karena telah menghancurkan hidup mereka sendiri dan berkonsentrasi atas hal-hal lain yang ia harus perkuat dalam hidupnya. Meskipun sekilas terlihat sebagai suatu bentuk dari manipulasi diri, bagi mereka yang telah merasakan manfaatnya, yaitu timbulnya suatu kemampuan yang dianggap luar biasa untuk bertahan dalam kebersihan dari Narkoba dan zat adiktif lainnya, paradigma ini akan tetap digunakan selama itu bekerja. Seperti salah satu dari slogan NA yang mengatakan..“*It Works...If You Work It*”.

## SEJARAH PROGRAM 12 LANGKAH

Sejarah proses perkembangan konsep 12 langkah menjadi sebuah metode pemulihan yang diterapkan di seluruh dunia pada hari ini dapat ditelusuri kepada satu orang sebagai titik awal dimana semuanya bermula. Orang ini adalah Bill Wilson, atau lebih dikenal sebagai Bill W., sesuai dengan kebiasaan di AA yang menyingkat nama keluarga sebagai simbol dari anonimitas. Bill sendiri adalah seorang alkoholik yang berasal dari Amerika Serikat, dan ialah penulis utama dari buku *Alcoholics Anonymous*, dimana 12 langkah dan penjelasannya tertulis. Salah satu kekuatan dari program 12 langkah adalah kenyataan bahwa program ini ditulis oleh seseorang yang juga mempunyai masalah dengan perilaku kecanduan dan telah mengalami berbagai konsekuensinya, sehingga memungkinkan adanya proses identifikasi pada pembacanya dan membuatnya lebih terbuka terhadap apa yang diusulkan didalamnya. Seperti juga banyak pecandu lainnya, Bill pun telah merasakan jatuh bangunnya kehidupan karena alkoholismenya. Kehilangan pekerjaan,

bangkrut, dan kehilangan kepercayaan keluarga semua telah dialaminya, seperti yang diceritakan dalam buku *Alcoholics Anonymous*. Setelah melakukan berbagai upaya untuk menyembuhkan dirinya seperti rumah sakit, pendeta, pembinaan fisik dan banyak yang lainnya, ia sampai pada satu titik keputus-asaan yang ternyata kemudian malah menjadi permulaan dari pemulihannya, dan terciptanya konsep 12 langkah.

### **Terbentuknya *Alcoholics Anonymous* (AA), Komunitas 12 Langkah yang Pertama**

(Dari Seppala, 2001, hal.43-50)

Bill Wilson sedang menjalani perawatan untuk ketiga kalinya dalam usahanya untuk melepaskan diri dari genggaman alkoholismenya di sebuah rumah sakit yang bernama Charles Towns pada bulan Desember tahun 1934 ketika ia dikunjungi oleh seorang teman yang bernama Ebby T., juga seorang alkoholik yang baru berhasil menyembuhkan dirinya. Ketika ditanya oleh Bill bagaimana ia akhirnya bisa berhasil melepaskan diri dari alkoholisme, Ebby menjawab, "ia telah menemukan Tuhan". Kebetulan, dokter yang merawat Bill pada waktu itu, Dr. William Silkworth, adalah salah satu pionir yang memelopori gerakan yang mendefinisikan adiksi sebagai penyakit, atau *Disease Model*, di Amerika Serikat pada waktu itu. Ia menggambarkan kondisi alkoholisme sebagai "suatu patologi, obsesi dari pikiran seseorang untuk terus minum dan alergi dalam tubuh yang mendorongnya kearah kematian". Dr. Silkworth percaya bahwa alkoholisme adalah suatu penyakit kronis, dan dari Dokter ini jugalah Bill mempelajari bahwa seseorang yang mempunyai penyakit ini, atau disebut alkoholik, tidak akan pernah bisa mengkonsumsi alkohol seperti orang "normal" yang tidak mempunyai penyakit ini.

Sekeluanya dari rumah sakit, Ebby mengajak Bill untuk bergabung dalam Oxford Group, sebuah sekte kristen yang menekankan pada persaudaraan dan nilai religius yang ketat. Dari group inilah Ebby mendapatkan kekuatan untuk tidak kembali minum, dan Bill pun mendapatkan banyak pengalaman yang menunjukkan padanya bagaimana kehidupan spiritual yang terjaga sangat membantunya untuk bertahan bersih. Bill kemudian tergerak untuk mengajak lebih banyak lagi alkoholik untuk bergabung dengan gerakan Oxford Group ini agar dapat melepaskan diri dari cengekeraman alkoholisme seperti dirinya. Pada bulan May, 1935, Bill dipertemukan oleh seorang alkoholik lain yang juga telah berulang kali gagal untuk berhenti mengkonsumsi alkohol di sebuah kota

bernama Akron. Setelah mereka berbincang-bincang mengenai pergumulan mereka dengan alkoholisme, ternyata pertemuan mereka menjadi sumber kekuatan bagi Dr. Bob untuk tidak kembali minum. Inilah titik permulaan terbentuknya gerakan AA. Bermodalkan pengalaman ini, Bill dan Dr. Bob kemudian bersama-sama mencari lebih banyak alkoholik lain untuk ditolong. Resep mereka pada waktu itu adalah, dua alkoholik berbagi pengalaman dan penerapan prinsip spiritual yang mereka dapat dari Oxford Group. Kelompok mereka lama kelamaan makin membesar, dan kemudian menimbulkan masalah dalam Oxford Group karena Bill lebih tertarik untuk menolong alkoholik, bukan membawa pesan kristiani seperti yang diminta oleh kelompok itu. Pada akhirnya, Bill dan teman-teman alkoholiknya memisahkan diri, dengan tetap meminjam sebagian dari prinsip-prinsip spiritual dari group itu, tetapi hanya untuk satu tujuan: mempertahankan kebersihan dari alkohol. Pada tahun 1938, Bill mulai menuliskan pengalamannya dan teman-temannya, yang kemudian dibukukan dengan maksud agar lebih mudah untuk disebar. Buku ini diberi judul, *Alcoholics Anonymous*, nama yang dipakai untuk gerakan ini juga sampai sekarang. Perkumpulan ini menjadi semakin besar, dengan jangkauan yang semakin luas, sampai ke dunia internasional, dimana buku *Alcoholics Anonymous* sudah diterjemahkan ke berbagai bahasa. Prinsip-prinsip spiritual yang telah mereka pelajari dari Oxford Group tetap tertuang dalam buku ini, hanya Bill menuliskannya dalam bentuk yang bisa diterima oleh umum dan menghilangkan simbol-simbol agama kristen, karena ia berniat untuk menolong semua alkoholik tanpa melihat latarbelakang kepercayaan dan sosial. Dalam buku ini jugalah Bill menuliskan "Langkah-langkah yang diusulkan sebagai upaya untuk bertahan bersih dari alkohol", berjumlah 12.

Bill menyebutkan tiga pengaruh utama dalam penulisan Dua Belas Langkah dan buku *Alcoholics Anonymous*: 1) Oxford Group, 2) Konsep Alkoholisme sebagai penyakit yang dipelajarinya dari Dr. Silkworth, 3) Buku *The Varieties of Religious Experience* karya filosof Amerika William James, dimana didalamnya dikatakan bahwa suatu proses pertumbuhan spiritual baru bisa dimulai setelah adanya penderitaan yang sangat berat dan kemudian membentur titik dasar yang berupa keputus-asaan. Setelah melalui proses perdebatan dan penggodokan yang cukup panjang antara para anggota (pada masa itu jumlahnya baru sekitar 100 orang), buku ini akhirnya diterbitkan pada tahun 1939 dan masih menjadi panduan program AA sampai sekarang.

## PROGRAM 12 LANGKAH DALAM APLIKASINYA

Fokus dari Program 12 Langkah adalah penerapan langkah-langkah itu dalam kehidupan sehari-hari. Disinilah penggunaan istilah Falsafah menjadi lebih relevan, karena langkah-langkah ini menjadi panduan untuk menjalani kehidupan sebagai seorang pecandu yang ingin mempertahankan kebersihannya dan membina perjalanan spiritualnya. Jadi, lebih dari sekedar peraturan, 12 Langkah menjadi "Falsafah Hidup" seorang pecandu, untuk diamalkan ketika menjalani kehidupan kesehariannya. Dan, berdasarkan paradigma Disease Model of Addiction, penyakit kecanduan mempunyai potensi untuk kambuh sewaktu-waktu apabila tidak diredam oleh program pemulihan yang berkesinambungan. Dengan pengamalan atau praktek dari langkah-langkah inilah para pecandu akan dapat meredam penyakitnya agar tidak kambuh, sepanjang hayatnya.

Pada penjelasan ini, setiap langkah akan diuraikan secara singkat maknanya dan karena setiap langkah di targetkan untuk mengatasi setiap aspek spesifik dalam penyakit kecanduan, uraian ini akan mencakup fungsi klinikal yang dapat diterapkan baik dalam kondisi didalam atau diluar institusi/rehabilitasi.

Berikut ini adalah contoh 12 Langkah seperti yang tertera dalam program NA:

### 12 LANGKAH NARKOTIK ANONIMUS

1. *Kita mengakui bahwa kita tidak berdaya terhadap adiksi kita, sehingga hidup kita menjadi tidak terkendali.*
2. *Kita menjadi yakin bahwa ada kekuatan yang lebih besar dari kita sendiri yang dapat mengembalikan kita kepada kewarasan.*
3. *Kita membuat keputusan untuk menyerahkan kemauan dan arah kehidupan kita kepada kasih Tuhan sebagaimana kita memahaminya.*
4. *Kita membuat inventaris moral diri kita sendiri secara penuh seluruh dan tanpa rasa gentar.*
5. *Kita mengakui kepada Tuhan, kepada diri kita sendiri dan kepada seorang manusia lainnya, setepat mungkin sifat dari kesalahan-kesalahan kita.*
6. *Kita siap sepenuhnya agar Tuhan menyingkirkan semua kecacatan karakter kita.*

7. Kita dengan rendah hati memintanya untuk menyingkirkan semua kekurangan-kekurangan kita.
8. Kita membuat daftar orang-orang yang telah kita sikiti dan menyiapkan diri untuk menebusnya kepada mereka semua.
9. Kita menebus kesalahan kita secara langsung kepada orang-orang tersebut bilamana memungkinkan, kecuali bila melakukannya akan justru melukai mereka atau orang lain.
10. Kita secara terus menerus melakukan inventaris pribadi kita dan bilamana kita bersalah, segera mengakui kesalahan kita.
11. Kita melakukan pencarian melalui doa dan meditasi untuk memperbaiki kontak sadar kita dengan Tuhan sebagaimana kita memahaminya, berdoa hanya untuk mengetahui niatnya atas diri kita dan kekuatan untuk melaksanakannya.
12. Setelah mengalami pencerahan spiritual sebagai hasil dari langkah-langkah ini, kita mencoba menyampaikan pesan ini kepada para pecandu dan untuk menerapkan prinsip-prinsip ini dalam segala hal yang kita lakukan.

### **Langkah Pertama**

*"Kita mengakui bahwa kita tidak berdaya terhadap adiksi kita, sehingga hidup kita menjadi tidak terkendali."*

Langkah pertama adalah pernyataan masalah. Sebuah pengakuan atas adanya suatu masalah, dimana pengakuan ini diperlukan untuk memulai proses pemulihan. Suatu penerimaan didalam diri yang memerlukan pengkajian diri yang jujur dan dipatahkannya penyangkalan harus mendahului pengakuan ini. Langkah ini adalah satu-satunya langkah yang menyebutkan adiksi, alkoholisme, atau perilaku kecanduan yang lain. Perlu dicatat bahwa Langkah Satu tidak mengatakan, "berhenti melakukan ini, setelah itu lakukan ini." Si pecandu diharapkan sudah mencapai titik maksimal dalam kehancurannya, lalu mencari jawabannya dalam program ini. Dua hal yang dibicarakan dalam langkah ini adalah ketidakberdayaan dan ketidakterkendalian. Kedua hal ini tidak sama; ketidakberdayaan berarti kecanduan itu sendiri, ketidakmampuan untuk mengatur perilakunya, sementara ketidakterkendalian dilihat dari akibat atau konsekuensi dari perilaku kecanduan itu. Ini adalah langkah yang sukar untuk diambil, karena, siapa yang suka untuk mengaku kalah? Untuk mencapai titik ini, seorang pecandu harus sudah mencapai tahap yang disebut "Hit Bottom" (mencapai dasar), dimana dampak dari

kecanduan itu sudah begitu banyak menghasilkan penderitaan sehingga si pecandu mulai berpikir untuk merubah hidupnya, atau bahkan mulai mencari pertolongan. Sebelum mereka mencapai tahap ini, para pecandu akan tetap berpikir bahwa dengan membuat perubahan-perubahan kecil dalam hidupnya maka masalah akan terselesaikan. Konselor harus berhati-hati agar tidak terperangkap dalam membantu si pecandu menyelesaikan masalah-masalah ini. Si pecandu akan terus mencari alasan dari kecanduannya, apakah itu orangtua, lingkungan, pergaulan, dsb. Seringkali terdengar mereka mengeluh, "kalau saja masalah ini selesai, saya tentu tidak akan pakai Narkoba lagi". "Masalah ini" adalah masalah yang menggecohkan dari permasalahan yang sebenarnya, yaitu adiksi itu sendiri. Konselor harus bisa membantu si pecandu untuk melewati rintangan yang berupa penyangkalan ini, yang memang merupakan masalah utama yang dihadapi dalam pemahaman Langkah Pertama.

### **Langkah Kedua**

*"Kita menjadi yakin bahwa ada kekuatan yang lebih besar dari kita sendiri yang dapat mengembalikan kita kepada kewarasan."*

Pada langkah inilah unsur spiritual dari program 12 langkah mulai nampak. Langkah kedua mewakili pemikiran para pendahulu AA yang meyakini bahwa satu-satunya solusi dari masalah kecanduan ini terletak di aspek spiritual dari seorang pecandu. Ketika di Langkah Satu si pecandu berhadapan dengan keadaan yang tidak memberikan banyak harapan, dan pada akhirnya terpuruk dan menyerah kalah, di Langkah Dua harapan mulai bersinar lagi. Di Langkah kedua inilah juga dijelaskan penekanan atas perbedaan antara proses spiritual dan proses keagamaan. Pembinaan spiritual bermakna mengakui ketidakberdayaan pada diri sendiri dan menemukan kekuatan di luar diri sendiri, suatu proses yang bisa dilakukan melalui program keagamaan atau tidak. Karena 12 Langkah ditetapkan untuk semua pecandu, program ini menjauh dari membela atau mementingkan agama tertentu. Konselor yang bekerja menolong orang yang sedang menjalani Langkah ini, harus memberikannya banyak ruangan agar ia dapat menemukan sendiri konsep Kekuatan yang lebih besar yang ia rasa paling nyaman baginya.

### **Langkah Ketiga**

*" Kita membuat keputusan untuk menyerahkan kemauan dan arah kehidupan kita kepada kasih Tuhan sebagaimana kita memahaminya"*

Langkah ketiga lebih mengembangkan lagi konsep Kekuatan yang Lebih Besar, atau *Higher Power* yang bisa juga disebut Tuhan oleh mereka yang mempercayainya. Langkah ini membawa kepada tindakan yang konkrit untuk pertama kalinya, yaitu menyerahkan seluruh kehidupan seorang pecandu kepada *Higher Power* yang diyakininya. Disinilah seorang konselor berperan untuk membantu si pecandu menemukan konsep *Higher Power* yang paling bisa diterima dan di percaya olehnya. *Program 12 langkah bukanlah program keagamaan*. Program ini diperuntukkan kepada semua pecandu, apapun latarbelakang agamanya, atau tidak beragama sekalipun. Langkah ini mendorong si pecandu untuk menyerahkan kendali atas hidupnya, karena seperti dibuktikan di Langkah Pertama, ia tidak dapat lagi mengendalikannya. *Higher Power* tidak perlu menyerupai konsep Tuhan seperti dalam agama formal, tetapi apa saja yang dapat mendatangkan rasa "penguatan" pada diri si pecandu, dan disinilah konselor dapat membantu untuk menemukannya.

### **Langkah Keempat dan Kelima**

*" Kita membuat inventaris moral diri kita sendiri secara penuh seluruh dan tanpa rasa gentar."*

*" Kita mengakui kepada Tuhan, kepada diri kita sendiri dan kepada seorang manusia lainnya, setepat mungkin sifat dari kesalahan-kesalahan kita."*

Ketiga langkah pertama, apabila diserap dengan baik, akan menjadi fondasi spiritual yang kokoh, memungkinkan proses analisa diri yang lebih mendalam dan memerlukan lebih banyak lagi kejujuran dan keberanian. Kedua Langkah ini bertalian karena keduanya membentuk suatu proses tertentu yang sangat penting didalam proses pengerjaan 12 langkah. Keduanya membentuk satu ritual yang khusus, yaitu membuka diri secara total, mendokumentasikannya, dan menceritakannya kepada paling sedikit satu orang lain. Dalam konsep 12 langkah, "penyembuhan luka-luka lama" tidak akan terjadi apabila luka-luka tersebut tidak dibawa kepermukaan dan diakui keberadaannya. Baru setelah itulah proses penyembuhan bisa dimulai. Ketiga kategori utama yang biasanya diminta untuk dituliskan adalah kebencian, ketakutan, dan sex. Karena ketiga topik ini begitu berkaitan dengan dua issue utama yang selalu menghantui pecandu, yaitu perasaan malu dan perasaan bersalah. Menyembunyikan atau memendam pengalaman-pengalaman hidup yang berhubungan dengan ketiga topik tersebut akan menjadikannya beban spiritual yang tidak memungkinkan proses perubahan dan pertumbuhan yang positif.

Untuk meringankan beban itu dan memulai adanya perbaikan rohani dalam diri seorang pecandu, ia harus bisa menerima kenyataan itu mengenai masa lalunya untuk kemudian bisa memaafkan. Oleh sebab itu, setelah berbagai hal yang menyakitkan tersebut terangkat ke permukaan dan tidak lagi ditutup-tutupi, si pecandu diminta untuk berbagi mengenai cerita itu dengan satu orang lagi yang bisa ia percayai. Bisa dibayangkan tentunya kedua langkah ini adalah langkah yang cukup sulit dan seringkali bahkan menakutkan, terutama bagi mereka yang baru mencobanya untuk pertama kali. Disinilah peran konselor menjadi sangat penting untuk membantu si pecandu untuk mendapatkan kekuatan untuk menyelesaikan langkah ini. Si pecandu harus dapat melihat bahwa kejujuran menjadi modal utama, dan tugas konselor jugalah untuk memupuk sifat yang baik ini dalam pecandu yang ditioingnya.

### **Langkah Keenam dan Ketujuh**

*"Kita siap sepenuhnya agar Tuhan menyingkirkan semua kecacatan karakter kita."*

*"Kita dengan rendah hati memintanya untuk menyingkirkan semua kekurangan-kekurangan kita."*

Kedua Langkah ini adalah esensi dari proses perubahan diri dalam 12 Langkah. Lima langkah pertama telah mendapatkan masalah utama, mencari solusi spiritual, dan mencari dan mengangkat berbagai beban dan kesulitan yang memperberat masalah utama. Setelah itu, kedua Langkah ini, enam dan tujuh, menawarkan kepada si pecandu apabila ia ingin meneruskan proses perubahan memasuki tahap yang baru dan memerlukan taraf kepercayaan dan keyakinan yang lebih mantap lagi. Kedua Langkah inilah yang membawa proses ini melampaui lebih dari hanya berhenti menggunakan narkoba atau kecanduan lainnya. Di titik inilah menjadi semakin jelas bahwa 12 langkah akan membawa si pecandu kepada perbaikan diri yang terus-menerus. Si pecandu akan sadar bahwa dengan hanya berhenti menggunakan narkoba atau zat adiktif lainnya, tetapi perilaku hidupnya, kondisi mental dan spiritualnya, masih menyerupai ketika ia aktif dalam kecanduannya, ia tetap tidak akan mendapatkan kebahagiaan. Kedua Langkah ini menjadi papan loncatan untuk suatu proses kedepan yang akan memakan masa dan tenaga yang cukup banyak. Setelah mengetahui dengan jelas semua kerusakan yang ada pada diri si pecandu, ia diharapkan untuk bertanya pada dirinya, apakah ia sudah siap untuk merubahnya? Dan apakah ia sudah sampai pada

titik kerendahan hati dimana ia tidak akan merasa selalu mampu untuk menyelesaikan semua masalah, tetapi meminta kepada Higher Power untuk melakukannya untuk dia? Peran konselor adalah membantu si pecandu melewati rasa "serba mampu" yang datang dari ego yang besar dan menumbuhkan kerendahan hati, yang merupakan prinsip spiritual yang diperlukan untuk kedua langkah ini.

### **Langkah Delapan dan Langkah Sembilan**

*"Kita membuat daftar orang-orang yang telah kita sakiti dan menyiapkan diri untuk menebusnya kepada mereka semua."*

*"Kita menebus kesalahan kita secara langsung kepada orang-orang tersebut bilamana memungkinkan, kecuali bila melakukannya akan justru melukai mereka atau orang lain."*

Sampai pada langkah ketujuh, fokus dari proses 12 langkah ini masih ditujukan kepada diri si pecandu yang menjalani proses ini sendiri. Memasuki langkah kedelapan, tahap perkembangan dan kematangan spiritual si pecandu sudah dianggap cukup mantap untuk mulai melihat keluar dirinya kepada kerusakan-kerusakan yang ditimbulkan dalam hubungannya dengan orang-orang lain. Ada tiga tugas utama yang diminta disini: membuat daftar (berbeda dengan daftar pada Langkah Empat), menyediakan diri, dan memperbaiki kesalahan secara langsung. Pada kedua langkah ini, usaha untuk menyelesaikan perasaan malu dan perasaan bersalah ditingkatkan intensitasnya. Dengan mengadakan perbaikan langsung, apakah itu meminta maaf, memperbaiki kerusakan, atau membayar hutang atau barang yang pernah dicuri, proses ini membebaskan si pecandu secara total dari belenggu perasaan malu, takut, dan bersalah, dan akan lebih meringankan lagi beban mental si pecandu dan memungkinkan untuk pertumbuhan spiritual yang lebih sehat lagi. Daftar yang dibuat tidak sepenuhnya sama dengan daftar yang telah dibuat di Langkah Empat, tetapi berdasarkan apa yang telah dicapai di langkah itu. Setelah itu, kesediaan diperlukan untuk menyiapkan diri sebelum membuat perbaikan langsung. Kesediaan juga memudahkan si pecandu untuk mulai belajar memaafkan. Memaafkan orang lain, dan yang terpenting adalah memaafkan diri sendiri, sesuatu yang sering sulit bagi seorang pecandu. Kemudian, keberanian yang luar biasa diperlukan untuk mengambil Langkah Sembilan, dimana tindakan yang sebenarnya akan dilakukan. Kecenderungan utama dari seorang pecandu adalah untuk memusatkan perhatiannya kepada rasa ketakutan, malu, dan

bersalahnya. Disinilah peran konselor menjadi sangat penting untuk mempersiapkan si pecandu. Diperlukan bimbingan yang tepat untuk menilai kesiapan yang sesungguhnya. Langkah ini ditempatkan pada nomor sembilan karena untuk mencapainya harus melalui proses pematapan spiritual yang prima, agar tidak menimbulkan kerugian atau menyakiti orang lain dan diri sendiri. Perlu pertimbangan yang benar-benar matang untuk memutuskan perbaikan mana yang harus didahulukan dan yang mana mungkin belum sampai pada saatnya. Bayangkan, bagaimana misalnya susahny mendatangi orangtua dari seseorang yang pernah dibunuh dan mengakui sebagai pembunuhnya dan meminta maaf?

### **Langkah Sepuluh**

*"Kita secara terus menerus melakukan inventaris pribadi kita dan bilamana kita bersalah, segera mengakui kesalahan kita."*

Langkah ini adalah permulaan dari apa yang disebut langkah-langkah pemeliharaan. Dari Langkah Satu sampai Sembilan dasar yang kuat telah semakin diperkokoh, masa lalu yang buruk telah dengan jujur di ditelusuri dan dibersihkan, dan kerusakan-kerusakan baik pada diri sendiri atau yang berhubungan dengan orang lain telah diperbaiki, lalu bagaimana mempertahankan semua pencapaian ini? Langkah-langkah sepuluh, sebelas dan duabelas adalah langkah-langkah khusus untuk tujuan itu. Di Langkah Kesepuluh si pecandu diminta untuk terus-menerus mengawasi dirinya sendiri, memonitor kehidupannya sehari-hari, dan dengan jujur mengakui apabila berbuat kesalahan atau berperilaku seperti pola lama ketika masih aktif dalam kecanduannya. Konselor dapat membantu si pecandu dalam proses analisa diri yang diminta dalam langkah ini. Dari setiap hasil dari pengawasan atau inventaris yang secara rutin dilakukan, sesuatu hal yang baru akan dapat dipelajari, dan dalam proses pembelajaran ini peran konselor menjadi sangat penting. Mereka yang telah mencapai tahap ini biasanya akan lebih pro-aktif dan mempunyai tingkat kesediaan yang tinggi untuk menjalani program, membuatnya mudah untuk dibimbing dan diajak bekerjasama. Pada tahap ini jugalah seringkali banyak perubahan kepribadian yang bisa disaksikan dengan nyata.

## Langkah Sebelas

*"Kita melakukan pencarian melalui doa dan meditasi untuk memperbaiki kontak sadar kita dengan Tuhan sebagaimana kita memahaminya, berdoa hanya untuk mengetahui niatannya atas diri kita dan kekuatan untuk melaksanakannya."*

Langkah Kesebelas berfungsi sebagai jembatan menuju *Higher Power* sebagai sumber kekuatan, dan bagaimana memastikan bahwa kekuatan itu terus ada dengan membina hubungan yang terus menerus juga dengan *Higher Power* itu. Di Langkah ini meditasi dan doa dianjurkan untuk terus dilakukan dan disebutkan secara bersamaan, menunjukkan bahwa keduanya adalah praktek yang lazim digunakan dalam Langkah Sebelas untuk berhubungan dengan *Higher Power*. Sekali lagi perlu dicatat, *program 12 Langkah bukanlah program keagamaan*. Artinya, tidak ada anjuran untuk menjadi pemeluk agama tertentu untuk bisa menjalani 12 Langkah. Tetapi yang dianjurkan adalah, meyakini akan adanya kekuatan lain selain diri sendiri yang dapat membantu, apapun bentuk dari sumber kekuatan tersebut, dan untuk terus berhubungan melalui doa dengannya. Program 12 Langkah adalah program spiritual khusus bagi mereka yang mempunyai penyakit adiksi, dan harus bisa mengakomodasi kepentingan dari semua pecandu dari latarbelakang kelompok apapun. Penekanan atas pentingnya berdoa adalah bagian yang cukup sentral dari program 12 Langkah, karena dengan berdoa artinya si pecandu menjangkau kekuatan yang ada diluar dirinya, yang berarti ia sudah memahami bahwa dalam dirinya ini ada suatu kondisi yang tidak terelakkan dan tidak akan hilang, yaitu adiksi. Dan satu-satunya cara untuk meredam adiksi ini agar tidak kambuh atau relapse adalah dengan membina pertumbuhan spiritual dalam kehidupan sehari-hari. Dengan menerapkan apa yang disarankan oleh metode 12 Langkah, seorang pecandu memastikan pertumbuhan spiritual dalam hidupnya tetap terjaga.

## Langkah Duabelas

*"Setelah mengalami pencerahan spiritual sebagai hasil dari langkah-langkah ini, kita mencoba menyampaikan pesan ini kepada para pecandu dan untuk menerapkan prinsip-prinsip ini dalam segala hal yang kita lakukan."*

Pada Langkah ini, hasil dari kerja keras seorang pecandu mempelajari

dan mengamalkan kesebelas langkah sebelumnya akhirnya dapat diraih. "Pencerahan Spiritual" yang dimaksud adalah perubahan yang menyeluruh dalam jiwa si pecandu sehingga ia mencapai keterbukaan, keyakinan, dan kepercayaan yang begitu dalam terhadap Tuhan dalam bentuk yang dipercayainya. Pada tahap ini perubahan terjadi pada semua level, baik spiritual, mental, dan emosional. Kemudian, si pecandu akan diminta untuk menyampaikan anugerah yang sudah didapatnya ini kepada pecandu lain yang masih menderita. Berdasarkan kejadian pertama ketika Bill Wilson berbagi kepada Dr. Bob mengenai alkoholismenya dan setelah itu keinginan untuk minum sirna, begitu jugalah para anggota program 12 langkah diminta untuk dengan murah hati berbagi mengenai cerita kehidupannya dalam pemulihan dengan pecandu yang masih menderita. Dan ini bukan saja baik bagi si pendengar atau pendatang baru, tetapi inilah tulang punggung dari program 12 Langkah, yaitu seorang pecandu hanya bisa tetap menyimpan kekuatan yang ia miliki untuk bertahan bersih apabila ia membagikannya pada orang lain.

#### ILUSTRASI APLIKASI 12 LANGKAH TERHADAP PERMASALAHAN INTI (CORE ISSUE) PENYAKIT ADIKSI



## THE STEPS IN ADDRESSING CORE ISSUES OF ADDICTION

STEPS	SPIRITUAL PRINCIPLES	CORE ISSUE OF ADDICTION
<b>FOUNDATION</b>	1 Honesty	Denial
	2 Reaching Out	Hopelessness
	3 Turning Over Life to Higher Power (GOD)	Self-Centeredness

STEPS	SPIRITUAL PRINCIPLES	CORE ISSUE OF ADDICTION
<b>ACTION</b>	4 Courage	Fear of facing true selves
	5	
	6 Humility	False Pride or Shame
	7	
8 Making Amends	Burdens of Guilt and Resentments	
9		

## **Penjelasan dalam Bahasa Indonesia**

*Tiga Langkah pertama adalah Langkah-Langkah Dasar :*

**Langkah Satu** : Nilai yang terkandung didalamnya adalah Kejujuran.

Langkah Satu diterapkan untuk mengatasi Penyangkalan

**Langkah Dua** : Nilai yang terkandung didalamnya adalah Menjangkau Keluar.

Langkah Dua diterapkan untuk mengatasi Keputusan-asaan

**Langkah Tiga** : Nilai yang terkandung didalamnya adalah *Penyerahan Kepada Higher Power/Tuhan atau Trust (Percaya)*.

Langkah Tiga diterapkan untuk mengatasi *Penuhanan Diri Sendiri*

*Enam Langkah berikutnya adalah Langkah-Langkah Action atau tindakan konkrit :*

**Langkah Empat & Lima :**

Nilai yang terkandung didalamnya adalah *Keberanian*.

Kedua Langkah ini diterapkan untuk mengatasi *Ketakutan. Menghadapi diri sendiri yang sebenarnya*.

**Langkah Enam & Tujuh :**

Nilai yang terkandung didalamnya adalah *Kerendahan Hati*.

Kedua Langkah ini diterapkan untuk mengatasi *Perasaan malu*.

**Langkah Delapan & Sembilan :**

Nilai yang terkandung didalamnya adalah *Perbaikan*.

Kedua Langkah ini diterapkan untuk mengatasi beban rasa bersalah dan kebencian yang dipendam.

*Ketiga Langkah berikutnya adalah Langkah-Langkah pemeliharaan:*

**Langkah Sepuluh:** Nilai yang terkandung didalamnya adalah Pengkajian Diri

**Langkah Sebelas:** Nilai yang terkandung didalamnya adalah *Kontak*

sadar dengan *Higher Power*/Tuhan

**Langkah Duabelas** : Nilai yang terkandung didalamnya adalah *Membawa pesan kepada Pecandu lain yang masih menderita*

Ketiga langkah ini diterapkan untuk mengatasi *Kecenderungan untuk mengasingkan diri*

## **Beberapa Komponen Penting Dalam Aplikasi 12 Langkah**

### **12 Tradisi**

Ketika *Alcoholics Anonymous* sebagai perkumpulan tumbuh menjadi semakin besar, berbagai masalah muncul, terutama yang berhubungan dengan *management group-group* itu sendiri. Untuk itulah kemudian 12 tradisi disusun di tahun 1946, sebagai panduan dalam mengusahakan agar keutuhan dan fungsi *group-group AA* yang ada tetap berjalan baik.

### **Meeting (Pertemuan)**

Dimulai dari pertemuan pertama antara dua orang alkoholik, yaitu Bill Wilson dan Dr. Bob, resep utama dari program 12 Langkah adalah ketika dua orang pecandu atau lebih berkumpul dan berbagi kisah pengalaman, kekuatan, dan harapan. Pertemuan adalah menu utama dalam program 12 Langkah, dan menghadirinya dan berpartisipasi didalamnya akan memberikan kekuatan dan menjamin terpeliharanya kondisi spiritual yang baik. Pertemuan biasanya berlangsung satu atau dua jam, dimana para anggota yang berkumpul bergantian berbagi cerita. Menghadiri pertemuan terus dilakukan secara rutin, meskipun seseorang sudah lama sekali tidak menggunakan Narkoba atau alkohol, berdasarkan pemikiran bahwa penyakit kecanduan tidak akan hilang, dan bisa kambuh sewaktu-waktu.

### **Sponsorship**

Setiap pecandu yang ingin mempelajari dan menerapkan 12 Langkah dalam hidupnya dianjurkan untuk meminta bantuan seorang *sponsor*. *Sponsor* ini tidak lain adalah anggota lain yang sudah lebih lama menerapkan 12 Langkah dan lebih matang dalam pemulihannya, dan bisa dipercaya untuk menjadi "pembimbing". *Sponsor* juga bisa

menjadi tempat untuk mendapatkan dukungan dalam masa-masa sulit dalam pemulihan.

### ***Stepwork (Pengerjaan Langkah)***

Setiap langkah perlu untuk dipelajari, diselami, dan kemudian diterapkan dalam kehidupan sehari-hari. Dalam program AA, sebuah buku telah ditulis untuk menjadi panduan dalam mengerjakan langkah-langkah ini, berjudul *12 Steps and 12 Traditions*. Dalam NA, buku dengan fungsi serupa berjudul *It Works, How and Why*. Pengerjaan Langkah idealnya dikerjakan bersama seorang sponsor.

### ***Spirituality (Pertumbuhan Rohani)***

Tidak bisa dipungkiri, Bill Wilson mendapatkan inspirasi dari gerakan Oxford Group, yang merupakan bagian dari agama kristen. Tetapi Bill mempunyai visi yang lebih luas, dan ia beranggapan bahwa program 12 Langkah harus bisa menolong siapa saja, apapun bentuk kepercayaannya, atau tidak beragama sekalipun. Karena itu, dalam menuliskan 12 Langkah ia mengangkat tema-tema spiritual yang universal seperti kejujuran, kerendahan-hati, dll tanpa menggunakan simbol agama tertentu. Ia bahkan memperluas definisi Tuhan sebagai *Higher Power* (kekuatan yang lebih besar), dan menyerahkan batasan *Higher Power* itu kepada pendapat masing-masing. Pemulihan, dalam konsep 12 Langkah, adalah sebuah perjalanan spiritual, dan lebih dari sekedar berhenti dari perilaku kecanduan. Dan perlu digarisbawahi, 12 Langkah bukanlah program keagamaan.

### ***Sebagai Solusi Atas Semua Perilaku Adiktif/Kecanduan***

Mulai pada tahun 1940an, AA mulai didatangi oleh mereka yang bukan saja alkoholik, tetapi juga kecanduan dengan Narkoba. Setelah itu, mulai terbukti bahwa penerapan metode 12 langkah juga efektif untuk menolong mereka yang merupakan pecandu Narkoba. Segmen ini menjadi semakin besar sehingga akhirnya mereka membentuk perkumpulan sendiri dengan menamakan diri *Narcotics Anonymous* (NA) pada tahun 1953, yang menggunakan 12 Langkah yang sama. NA kemudian berkembang dengan menerbitkan buku panduan dan literatur sendiri. Perkumpulan-perkumpulan lain menyusul, sehingga hari ini terdapat banyak sekali komunitas bantu diri yang menggunakan 12 Langkah untuk mengatasi berbagai masalah kecanduan, seperti judi (*Gambler's Anonymous/GA*), seks (*Sex Addicts Anonymous/SA*), makanan (*Overeaters Anonymous/OA*), kokain (*Cocaine Anonymous/*

CA), dan banyak lagi perilaku kecanduan yang lain. Seberapa luaskah jangkauan dan keefektifan dari program 12 Langkah ini? Pada saat ini, buku *Alcoholics Anonymous* sudah diterjemahkan kedalam 43 bahasa, dan pertemuan AA tersebar di 180 negara di seluruh dunia. Jumlah keanggotaan yang rutin menghadiri pertemuan diperkirakan mencapai dua juta orang (sumber: [www.aa.org](http://www.aa.org), situs resmi AA). Untuk NA, jumlah pertemuan yang terdaftar melebihi 20,000, tersebar di 108 negara di seluruh dunia. Buku-buku dan literatur NA sudah diterjemahkan kedalam 23 bahasa (dan pada tahun 2006, bahasa Indonesia) (sumber: [www.aa.org](http://www.aa.org), situs resmi NA). Bisa dikatakan, komunitas 12 Langkah adalah komunitas pemulihan yang terbesar di dunia.

## ASIMILASI PROGRAM 12 LANGKAH DALAM REHABILITASI

Di atas sudah dijelaskan bagaimana komunitas 12 Langkah seperti AA dan NA berbeda dari pusat rehabilitasi. Tetapi bagaimana apabila ada pusat rehabilitasi yang ingin menjadikan program 12 Langkah sebagai program pokoknya? Artinya, bukan "bekerjasama" dengan AA atau NA, karena hal itu tidak diperbolehkan oleh tradisi 12 langkah, tetapi mengajarkan konsep 12 langkah kepada para kliennya dan mendorong mereka untuk percaya pada program AA atau NA, sehingga ketika mereka selesai, ada kesediaan untuk mengikuti program AA atau NA diluar guna mempertahankan kebersihan mereka? Inilah dasar pemikiran dari *Minnesota Model of Treatment*, suatu metodologi rehabilitasi yang membawa 12 Langkah "masuk" kedalam ruang lingkup program rawatannya. Dinamakan demikian karena model ini pertama kali dikembangkan di pusat-pusat perawatan di negara bagian Minnesota, Amerika Serikat. Salah satu pusat rehabilitasi yang memainkan peranan penting dalam proses pengembangan metode ini adalah Hazelden Foundation, yang memulai pelayanannya pada tahun 1949, dan sekarang adalah pusat riset dan penelitian *Minnesota Model, Disease Model*, dan 12 Langkah sekaligus masih merupakan pusat rehabilitasi untuk kecanduan Alkohol dan Narkoba.

Hazelden didirikan oleh beberapa anggota AA yang menginginkan adanya tempat yang terlindung bagi mereka-mereka yang baru saja berhenti minum dan masih menunjukkan ketidakstabilan emosional dan intelektual. Pada awalnya, fasilitas Hazelden hanyalah merupakan sebuah bangunan rumah pertanian dimana para alkoholik yang baru berhenti dapat "berlabuh" dengan diawasi oleh konselor yang juga anggota AA yang sudah lebih lama bersih.

Setelah menjalani proses perkembangan yang panjang, Hazelden kini menjadi salah satu pusat rehabilitasi yang paling prestisius di dunia. Asas dasar dari program yang diterapkan tetap sama, yaitu bagaimana pesan 12 Langkah dapat dipelajari dan diresapi dalam suatu lingkungan yang aman dibawah bimbingan konselor profesional.

### **Sekilas Uraian Mengenai Program Minnesota Model**

*(Disadur dan diterjemahkan dari tulisan Patricia Owen, PhD, Direktur dari Butler Research Center, Hazelden Foundation)*

*Minnesota Model* umumnya mempunyai karakteristik adanya *assessment* atau penilaian awal yang menyeluruh terhadap semua aspek kehidupan klien dan melibatkan berbagai teknik dan pendekatan dalam program terapinya. Contohnya, terapi individu, terapi kelompok, program keluarga, dll. Tim staf terdiri dari berbagai ahli dari disiplin ilmu yang beragam (*multidisciplinary staff team*), dan tim ini akan membantu setiap klien dalam proses perawatannya. Klien akan berhubungan dengan setiap anggota tim staf sesuai dengan kebutuhan, dan setelah itu staf bertemu sebagai tim untuk menyusun rancangan rawatan yang komprehensif, dan menentukan target dan tujuan yang disesuaikan dengan kebutuhan klien (*individualized treatment plan*). Target utama adalah abstinsi total dari semua zat yang bersifat mood-altering dan partisipasi dalam program AA atau NA setamatnya klien dari rawatan.

### **Target atau Objektif Program**

Target dari program ini adalah bagi klien untuk :

- Mengenali sifat penyakit adiksi (menurut *Disease Model*)
- Menyadari akan perlunya pertolongan.
- Mengenali kekuatan/kelemahan, *dukungan/ancaman* terhadap pemulihannya.
- Mengetahui bagaimana penerapannya dalam kehidupan sehari-hari.

Kesimpulannya, target umum adalah berpantang penuh dari semua zat adiktif dan mencapai peningkatan dalam kualitas kehidupan. Target ini tercapai melalui penerapan program 12 langkah. Perubahan diri adalah perubahan pada pola berpikir, perasaan, dan tindakan. Dalam model ini disebut sebagai "perubahan spiritual".

## **Agen Perubahan**

Sarana pembantu proses perubahan yang utama adalah interaksi dan kedekatan dengan dukungan dalam bentuk group, dan dengan mempraktekan perilaku yang sesuai dengan program 12 langkah. Berbagai tugas dalam rawatan yang diberikan konselor bertujuan untuk menolong klien untuk mampu memanfaatkan dukungan dari group di sekelilingnya dan memberikan kesempatan untuk mempraktekan perilaku yang baru.

## **Paradigma Dasar Mengenai Adiksi**

Klien akan diajarkan mengenai *Disease Model of Addiction*, yang merupakan paradigma adiksi yang digunakan dalam *Minnesota Model*.

## **Strategi Terapi**

Komponen-komponen utama program dalam *Minnesota Model* adalah:

- ❖ Assessment
- ❖ Pendekatan *Multi-Disciplinary*
- ❖ Keterlibatan dalam program 12 langkah
- ❖ Terapi Kelompok
- ❖ *Individual Treatment Plan* (rancangan rawatan individu)
- ❖ Kebugaran
- ❖ Keterlibatan Keluarga

## **Assessment**

Pada saat kontak pertama dengan klien dibuat, *assessment* awal akan segera dilakukan, untuk menentukan kecocokan klien dengan pelayanan yang diberikan (*Eligibility*). Pada tahap awal rawatan akan ada *assessment* yang meliputi latarbelakang sosial, seperti *Family of Origin*, dan latarbelakang penggunaan Narkoba, antara lain untuk menentukan kriteria Dependence (ketergantungan) menurut DSM IV. Tes lain yang juga diberikan adalah MMPI, Shipley, Hartford, dan Beck. Menjelang akhir program, *assessment* akhir dibuat untuk menentukan rawatan lanjutan (*Continuing Care Plan*).

## **Staf yang Multi-Disciplinary**

Untuk menghadapi penyakit adiksi yang mempunyai banyak sisi, setiap bagian dari kepribadian klien yang mungkin memerlukan

pertolongan akan dibantu oleh seorang staf yang memang ahli di bidang tersebut. Contoh komposisi dari tim staf:

*Mental Health* : klien mungkin menunjukkan gejala Dual Diagnosis dimana kondisi psikologis berdampak dengan kondisi kecanduannya. Atau klien mungkin menunjukkan gangguan yang lain, seperti *ADHD* atau trauma, maka untuk ini akan hal-hal seperti ini seorang psikiater dan psikolog akan menolong klien.

*Physical Health* : Kondisi kesehatan fisik klien mungkin ada yang mengalami gangguan dan perlu terus menerus di monitor, maka dokter dan perawat yang akan membantunya

*Rekreasi* : Rekreasi merupakan bagian dari program *Minnesota Model*, dan seorang ahli khusus kegiatan fisik seperti olahraga dan rekreasi luar akan bertanggungjawab untuk bagian ini.

*Special Track/Interest* : Ada beberapa klien yang memerlukan bimbingan khusus, misalnya bimbingan agama, atau bimbingan belajar karena kemampuan membaca yang kurang, dsb. Untuk setiap kebutuhan ini akan ada staf yang berkeahlian khusus untuk menanganinya.

*Chemical Dependency* : Semua staf yang diatas tergabung dalam satu tim. Tim ini dikepalai oleh *Chemical Dependency Counselor*, atau konselor adiksi. Assessment dan rancangan rawatan yang diberikan oleh setiap anggota tim akan dirangkum dan dijadikan satu rancangan rawatan komprehensif yang disusun oleh konselor adiksi. Jadi pada akhirnya, tetap konselor yang berperan paling banyak dalam proses rawatan klien.

#### **Keterlibatan dalam Program 12 Langkah :**

Selagi masih dalam program, klien akan dikondisikan untuk menggunakan sarana pertemuan 12 Langkah. Tujuannya agar klien menjadi terbiasa untuk mendapatkan dukungan dan kekuatan dari pertemuan-pertemuan ini sehingga mereka mau untuk meneruskannya ketika sudah tamat dan keluar dari program.

Dalam rancangan dan tugas rawatan yang diberikan klien juga akan mendapatkan pengerjaan langkah. Fungsinya adalah membantu klien memperdalam pengetahuan mengenai 12 Langkah dan bahkan

mulai untuk menerapkannya selagi masih didalam program rehabilitasi. Ketika klien akan tamat dari program, klien akan dicarikan sponsor di tempat dimana ia kembali, guna memastikan partisipasi dalam program 12 Langkah di tempat asalnya.

### **Terapi Kelompok (*Group Therapy*)**

Kira-kira 80 persen dari kegiatan klien akan dilakukan dalam bentuk group bersama klien lain. Berbagai macam jenis dari terapi group yang dijalankan, seperti misalnya *Psychoeducational Group*, *Process Group*, atau group yang lebih spesifik lagi seperti *Anger Group* untuk membahas kemarahan, *Survivor's Group* bagi mereka yang pernah menjadi korban kekerasan anak, dsb. Maksud dari penekanan atas orientasi kedalam group adalah membiasakan klien untuk berinteraksi secara sehat dengan orang lain, dan untuk membiasakan mereka untuk mencari dukungan dari group, suatu hal yang akan dilakukan nanti ketika mereka keluar dan bergabung dengan komunitas 12 Langkah. Group bisa difasilitasi oleh konselor adiksi, terapis, atau psikolog yang tergabung dalam tim staf.

### **Rancangan Rawatan Individu**

Pendekatan bimbingan yang digunakan di *Minnesota Model* adalah pendekatan *Client-Centered*, atau terfokus kepada apa yang dibutuhkan oleh klien. Otomatis ini membuat adanya program yang berorientasi kepada kebutuhan individual, sehingga sedikit berlainan satu dengan yang lainnya. Rancangan rawatan ini berupa hasil suatu kolaborasi, atau kerjasama antara konselor dan klien. Jadi klien harus diikutkan dalam proses penyusunan rancangan rawatannya. Program rawatan akan didasari oleh temuan dari *assessment* awal, pertemuan langsung secara individu antara klien dan konselor, dan hasil dari pertemuan antara anggota tim staf. Bentuk sarana terapi yang diberikan antara lain adalah dalam bentuk tugas tulis-menulis dan membaca (*bibliotherapy*) mengenai permasalahan tertentu yang sedang dihadapi, interaksi dengan sesama klien, dan pengerjaan langkah.

### **Kebugaran (*Wellness Program*)**

Program ini diadakan untuk memperlihatkan dan mengajarkan kepada klien bagaimana mereka dapat menikmati hidup tanpa bantuan Narkoba atau alkohol. Penekanan pada rekreasi *outdoor*/ luar dan aktifitas yang mendorong perkembangan fisik, seperti

olahraga. Meditasi dan yoga juga termasuk dalam *program Wellness*. Staf khusus *Wellness* bertanggungjawab untuk mendesain program yang paling sesuai dengan keadaan klien dan apa yang ia butuhkan untuk perkembangan fisiknya.

### **Keterlibatan keluarga**

*Minnesota Model* sangat mementingkan faktor keluarga sebagai potensi untuk mendukung atau mengancam pemulihan. *Codependency* dikenal sebagai penyakit keluarga dan untuk itu mereka juga memerlukan pertolongan. Untuk memenuhi keperluan ini, diadakan *Family Week* dimana anggota keluarga diminta berpartisipasi untuk menjalani program selama beberapa hari, agar mendapatkan bantuan dalam menghadapi kondisi mereka. Para anggota keluarga akan tinggal didalam satu fasiliti khusus, dan akan dibantu oleh konselor khusus keluarga dalam menjalani berbagai sesi dan seminar, termasuk sesi dengan anggota keluarga yang menjalani rawatan.

### **Jangka masa Program**

Umumnya, program-program *Minnesota Model* menetapkan jangkamasa 28 hari untuk program utamanya yang berupa rawat inap, disebut juga *Primary Care*. Apabila terkesan waktu ini sangat pendek, perlu diingat bahwa tujuan/obyektif dari program bukanlah perubahan total atas kepribadiannya, sebab proses seperti ini memang akan memakan waktu lama. Dalam model ini, proses perubahan terjadi justru setelah keluar dari rehabilitasi, ketika si klien melibatkan dirinya didalam program 12 Langkah, baik AA ataupun NA. Perubahan akan terus terjadi, karena perubahan adalah pertumbuhan spiritual yang akan terus dibina melalui penerapan 12 langkah. Fungsi *Primary Care* pusat rehabilitasi hanyalah sebagai titik menghentikan kehidupan pecandu yang berputar-putar tanpa henti pada saat aktif menggunakan. Setelah mencapai titik ini, apabila si klien sudah dapat menerima kondisi dirinya sebagai seorang pecandu, sadar bahwa ia perlu pertolongan, dan mau untuk meraih pertolongan itu dengan menjalani program 12 Langkah, maka obyekatif program sudah tercapai. Oleh karena itu, tidak diperlukan waktu yang terlalu panjang.

Setelah *Primary Care*, konselor mungkin merekomendasikan program fasa *Halfway House* bila perlu. Program ini lebih berkurang intensitasnya dan klien diharapkan sudah mempunyai kegiatan rutin diluar seperti

pekerjaan atau pendidikan. Atau, apabila rawatan di fasa *Primary* dinilai kurang oleh konselor, maka klien mungkin akan direkomendasikan untuk mendapat masa tambahan atau *Extended Care*. Jangkamasa *Extended Care* biasanya antara 2-3 bulan, sementara untuk *Halfway House* mulai dari satu bulan keatas.

### Target Populasi

Pada pendahuluan tulisan ini, telah dijelaskan bahwa program 12 langkah tidak pernah mengklaim sebagai solusi untuk semua pecandu dan alkoholik. Dan tentunya batasan ini berlaku juga bagi *Minnesota Model* yang menggunakan 12 langkah sebagai inti programnya. Model ini terbukti paling efektif untuk:

- ❖ Orang Dewasa atau anak muda/adolescents (15-21thn) yang belum mengalami kerusakan intelektual yang terlalu parah
- ❖ Mereka yang berkemampuan intelektual paling sedikit cukup dan paling sedikit tamat SD
- ❖ Mereka yang menunjukkan adanya kemauan untuk berubah (apabila menunjukkan resistensi secara berterusan maka klien dirujuk ke program lain).

Sebaliknya, mereka yang kurang cocok dengan model ini adalah yang kurang baik daya intelektualnya, atau yang masih belum menunjukkan kemauan untuk berterus terang dan berkomitmen untuk berubah.

### Keterbatasan Dari Minnesota Model of Treatment

Seperti terlihat diatas, karena program dalam model ini banyak menggunakan medium tulis-menulis dan membaca, maka bagi mereka yang mempunyai keterbatasan dalam daya intelektual model ini tidak akan bisa banyak menolong. Interaksi dalam proses group, membaca dan memahami pamflet dan literatur 12 langkah, serta seminar yang diberikan akan menjadi terlalu berat bagi klien yang datang dari latarbelakang pendidikan yang rendah.

Karena *Multidisciplinary staff team* adalah bagian yang sangat penting, fasiliti yang ingin menerapkan model ini harus mempekerjakan banyak ahli dari berbagai bidang. Ini tentunya memakan banyak biaya dan logistik yang lain seperti ruang kerja, dsb. Berarti diperlukan kapital

yang tidak sedikit untuk membiayai operasi seperti ini, dan tentu akan berdampak pada biaya perawatan yang menggelembung. Pusat rehabilitasi yang menggunakan model ini memang terkenal sebagai program yang sangat mahal, dan akhirnya hanya bisa menolong mereka yang datang dari kalangan mampu.

Karena keterikatan yang sangat erat dengan komunitas 12 Langkah seperti AA atau NA, ini juga membatasi tempat dimana pusat rehabilitasi bisa didirikan. Sebagai contoh, bagaimana apabila ada daerah yang mempunyai banyak pecandu untuk ditolong, tetapi tidak mempunyai pertemuan NA atau AA sama sekali? Program tidak akan bisa dijalankan dengan efektif tanpa adanya pertemuan dekat fasilitas, sehingga klien tidak bisa menghadiri pertemuan 12 Langkah.

Berdasarkan ketiga argumen diatas, masih banyak pihak yang menganggap model seperti ini bersifat "elitis", alias hanya bisa berguna untuk lapisan masyarakat tertentu. Ini tentunya menjadi tantangan bagi praktisi Minnesota Model untuk membuktikan bahwa metode ini bisa digunakan untuk menolong siapa saja, seperti cita-cita Bill Wilson pada awalnya ketika mendirikan AA.

### **Tantangan Untuk Menerapkan Model ini di Indonesia**

Pada saat ini di Indonesia belum banyak pusat rehabilitasi yang telah mencoba *Minnesota Model* sebagai program utamanya. Yayasan Bali Nurani yang berlokasi di Denpasar, Bali adalah salah satu dari pusat rehabilitasi yang sudah menerapkan model ini dalam bentuk yang paling sederhananya. Dikatakan begitu tentunya karena keterbatasan sumber biaya sehingga tidak memungkinkannya bagi yayasan tersebut untuk mengadopsi model ini secara total. Biaya untuk menggaji beragam profesional dan fasilitas bagi mereka akan membengkakkan pengeluaran yang tidak sesuai dengan kemampuan finansial yayasan itu. Sepertinya kendala ini yang akan menjadi penghalang utama dalam berkembangnya *Minnesota Model* di Indonesia.

Kendala berikutnya adalah langkanya komunitas 12 Langkah yang prima dan mampu menopang berdirinya sebuah pusat rehabilitasi di daerahnya. Yayasan Bali Nurani didirikan di Bali dengan maksud itu. Bali memiliki komunitas 12 Langkah yang paling besar dan bermutu di Indonesia, dikarenakan banyaknya warganegara asing yang tinggal disana. Tetapi coba kita bayangkan apabila ada pusat rehabilitasi di

daerah lain yang tertarik untuk menerapkan Minnesota Model, seperti di Medan, Surabaya, atau Cirebon misalnya? Bahkan kota Jakarta pun mengalami pasang surut dalam perkembangan komunitas 12 Langkahnya. Jadi dengan terkatinya sebuah pusat rehabilitasi Minnesota Model dengan pengumpulan 12 langkah, untuk mengatasi masalah ini, harus diadakan sosialisasi dan penyebaran informasi yang lebih intens agar masyarakat lebih mengerti akan program 12 langkah dan pentingnya program tersebut.

## PENUTUP

Di Amerika Serikat, diperkirakan 13% dari penduduknya telah pernah menghadiri paling sedikit satu pertemuan 12 Langkah, dan 90% dari praktisi rehabilitasi mempercayai 12 Langkah adalah program pemulihan yang terbaik (Volpicelli & Szalavitz, 2000, hal 145). Program 12 Langkah memang tidak bisa menjamin bahwa akan ada solusi yang manjur untuk setiap orang. Tetapi, tidak bisa disangkal, bahwa program ini adalah program yang paling banyak tersebar di seluruh penjuru dunia, jauh melebihi kelompok *self-help* yang lain. Sangat disayangkan, kita di Indonesia yang mempunyai problem yang cukup besar dalam menanggulangi korban Narkoba dan alkohol, belum dapat memanfaatkan program ini dalam skala yang juga besar. Faktor utama yang menyebabkan terjadinya hal ini adalah kurangnya pengetahuan dan informasi mengenai konsep 12 Langkah dan *Minnesota Model* di masyarakat. Semoga tulisan ini bisa menyumbangkan sedikit usaha ke arah perubahan atas kondisi tersebut.



## BAB III

---

# COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY (CBT)

Jesse A. Monintja  
Diah Setia Utami

## PENDAHULUAN

*Cognitive Behavioral Therapy* (selanjutnya disingkat CBT) merupakan pendekatan psikososial yang paling banyak dievaluasi dan dibandingkan dengan pendekatan lain mempunyai dukungan yang kuat dalam penatalaksanaan pasien adiksi zat psikoaktif (American Psychiatric Association, 1995 ; General Accounting Office 1996 ; Holder et al.1991). Sampai saat ini, terdapat lebih dari 24 penelitian secara Randomized Controlled Trials (RCT) diantara pengguna tembakau, alkohol, kokain, marijuana, opiat dan zat psikoaktif jenis lain (Caroll 1996).

Ulasan dari beberapa penelitian (Carroll 1996), menyatakan bahwa CBT cukup efektif untuk berbagai jenis zat akan tetapi terbukti paling efektif untuk perokok/pengguna tembakau dibanding dengan kontrol tanpa pemberian terapi. Dengan evaluasi yang ketat pemberian terapi yang minimal atau tanpa terapi akan lebih baik bila diberikan CBT. Perbandingan-perbandingan yang dilakukan seringkali kurang konsisten ; beberapa penelitian menunjukkan CBT unggul dalam efektifitas terapinya, penelitian lain menunjukkan CBT sebanding atau kurang efektif dibanding dengan pendekatan lainnya. CBT lebih menjanjikan untuk mengurangi timbulnya kekambuhan/relapse, menambah ketahanan terhadap efek zat (*Craving*), dan kesesuaian dalam terapi khususnya bagi pasien yang mempunyai hendaya yang lebih tinggi bersamaan dengan masalah lain seperti masalah psikologis atau ketergantungan yang berat.

CBT mencoba untuk membantu pasien untuk mengenali, menghindari dan mengatasi masalah yang terkait dengan kondisinya. Pasien akan **mengenali** situasi yang menyebabkan ia menggunakan zat psikoaktif/Narkoba, **menghindari** situasi yang menimbulkan sugesti/craving, dan **mengatasi** setiap masalah dan perilaku yang terkait penggunaan narkoba dengan lebih efektif.

## Pendekatan Biopsikososial

Menanggulangi dan menatalaksana masalah ketergantungan narkoba harus dengan pendekatan terhadap sebuah *penyakit* yang berdampak biologis, psikologis dan sosial, atau disebut sebagai pendekatan **biopsikososial**. Pendekatan ini memerlukan dukungan disiplin yang sangat luas (*eclectic*) dari segi medis, psikologis dan sosial dengan keterampilan dan kemampuan intervensi yang khusus, karena penyakit ini memang khusus; yaitu keterampilan khusus penyakit otak yang meliputi sistem-sistem *neuronal*, *endokrin* dan *immune* tubuh yang mempengaruhi sistem mental pasien yaitu kognisi, afeksi dan perilaku. Pendekatan simtomatik yang selama ini dilakukan tidak memiliki efektifitas yang tinggi, sehingga sangat rentan untuk kambuh kembali, sesuai dengan sifat penyakit ini yang kronis dan relapsing (mudah kambuh).

Selain keterampilan dalam intervensi, pendekatan biopsikososial memerlukan alat-alat ukur dan instrumen yang akurat baik secara medis maupun psikologis. Kebanyakan terapis melupakan alat-alat ukur (*tools*) dan instrumen dan secara gampang mengambil kesimpulan berdasarkan apa yang dilihat dari artikulasi dan perilaku pasien. Instrumen dan tools seperti DSM IV, mengukur *depresi* dan *anxiety*, motivasi, *brain mapping*, fMRI, *brain scan*, dan alat test untuk HIV, hepatitis, narkoba dalam berbagai jenis, sering diabaikan dan tidak termasuk dalam protokol perawatan atau pemulihan. Dalam pengalaman saya di Indonesia, alat-alat diatas sering diabaikan oleh para terapis sehingga dalam banyak hal memang tidak terkontrol dalam jangka panjang, setelah proses *after care* atau *re-entry* (TC). Dalam uraian ini, saya akan mencantumkan beberapa instrumen dan tools yang berhubungan dengan ukuran-ukuran psikoterpi sebagai konsekuensi dari intervensi yang diberikan oleh para terapis, yang dipakai sebagai bagian yang penting dari intervensi psikoterapi CBT.

## Mengapa Cognitive-Behavioral Therapy?

*Cognitive Behavioral Therapy* atau yang lebih dikenal dengan CBT adalah sebuah psikoterapi yang mulai banyak digunakan oleh para profesional dan terapis dalam menghadapi berbagai persoalan-persoalan psikologis individual, bahkan sampai kepada penggunaan dalam manajemen perusahaan dalam meningkatkan kinerja dan produktifitas yang berkesinambungan dan berdaya ungkit. CBT sebagai sebuah bentuk psikoterapi digunakan oleh para profesional karena:

1. CBT adalah jangka pendek, sangat kompatibel dengan berbagai sumber daya yang tersedia bagi pasien.
2. CBT telah teruji secara klinis dan didukung oleh percobaan empirikal yang solid.
3. CBT terstruktur, goal-oriented (berorientasi pada sasaran perawatan yang telah dirancang), fokus pada masalah yang dihadapi saat ini yang bergumul untuk mengatasi problem narkoba yang dialami pasien.
4. CBT sangat fleksibel, pendekatan sangat individual tetapi dapat disesuaikan dengan berbagai bentuk perawatan (inpatient, outpatient) demikian juga formatnya (kelompok dan perorangan).
5. Sangat cocok dikombinasikan dengan berbagai terapi seperti MET, MI, Medis, dll.

Dengan dasar diatas, maka para ahli yang menggunakan CBT mengembangkan apa yang disebut kompetensi CBT untuk berbagai gangguan yang didasari oleh meta-analisa diatas. Asumsi yang dipakai adalah, setiap bentuk gangguan sifatnya sangat khusus, terhadap pribadi yang khusus, lingkungan yang khusus, dan sasaran individu (penderita gangguan) yang juga khusus. Maka untuk setiap gangguan, harus dilakukan studi yang mendalam sehingga dapat diterapkan secara efektif dan efisien, sesuai dengan nature (sifatnya) CBT.

## Dasar Teori CBT

Setiap model dan metoda intervensi, apapun pendekatannya, memerlukan dasar teori yang sudah terbukti (*evidence based*) dan teruji secara klinis. CBT menggunakan dua teori, yaitu teori **terapi kognitif** dan teori **terapi perilaku** yang telah ada dalam dunia terapi selama ini. Untuk menghemat waktu dan mengejar efektifitas, maka dalam praktik, telah digunakan sekitar 80% terapi kognitif; khususnya bagi pasien remaja dan dewasa.

**Terapi kognitif**, bertujuan untuk membangun pikiran dan tindakan yang lebih rasional, dengan mengidentifikasi keyakinan-keyakinan inti dan asumsi-asumsi yang tidak rasional yang mengakibatkan atau menjadi kebiasaan (otomatis) dan bekerja kearah mengkoreksinya. Sedangkan muatan **terapi perilaku**, lebih menekankan teori pembelajaran sosial berupa *modeling* dan *conditioning* sebagaimana pasien belajar menggunakan narkoba.

Didasari atas kedua terapi diatas, CBT dikembangkan sesuai dengan kondisi dan latar belakang pasien, lingkungan hidupnya, dan budaya lingkungannya. Semakin luas pengetahuan terapis, maka akan sangat efektif bagi terapis dalam mengaplikasikan CBT terhadap pasien. Jadi CBT didasari atas meta-analisa, maka dari itu efektifitasnya sangat tinggi yang akibatnya memiliki efisiensi atau waktu perawatan yang relatif singkat dibanding dengan cara pendekatan tradisional.

## “CBT untuk Adiksi Narkoba”

CBT adalah perawatan yang bersifat sangat individual, spesifik dan seluruh rancangan perawatan terstruktur khusus untuk pasien tertentu, dengan protokol yang dipakai sesuai dengan kondisi dan bentuk tempat perawatan bersangkutan. Maka dari itu CBT hanya akan efektif bila dilakukan oleh tenaga terapis yang profesional dan terlatih. Terapis CBT akan terjun secara langsung kepada kegiatan pasien dan bahkan menjadi ‘pelatih’ dari setiap tugas yang harus dijalankan pasien.

Terminologi yang perlu diketahui terlebih dahulu sebelum membaca dan menerapkan CBT kepada pasien adiksi:

- ❖ **Sugesti** ; atau para profesional menyebutnya **urge** dan **craving**, adalah rangsangan yang timbul mendahului penggunaan narkoba meski tidak berkeinginan untuk memakainya; biasanya dirangsang oleh situasi, tempat tertentu, keadaan mood atau perasaan seseorang, benda-benda tertentu yang biasanya berhubungan dengan penggunaan narkoba sipenderita, dan berbagai faktor yang dapat menimbulkan ingatan pengguna akan kenikmatan atau kesakitan. Bagi pengguna narkoba, suges memberikan tanda untuk segera menggunakan, dan biasanya mereka tidak mampu mengontrolnya; inilah yang menjadi faktor ketagihan mereka. Sugesti biasanya berlangsung dalam waktu yang tidak terlalu lama, dan dapat dialihkan.
- ❖ **Sakaw** ; atau gejala **withdrawal**, adalah gejala-gejala somatis (yang dirasakan tubuh) bila penggunaan narkoba dihentikan. Rasa sakit yang ditumbuhkan oleh sakaw inilah yang ditakuti oleh penderita (khususnya pengguna putaw, heroine, opiate), sehingga menimbulkan ketergantungan pada narkoba tersebut yang bertujuan menghilangkan rasa sakit, sudah bukan untuk merasakan kenikmatannya lagi. Kesakitan yang begitu besar tidak dapat dikontrol oleh penderita, bahkan tidak ada obat mampu yang dapat mengatasinya, dan hal inilah yang menimbulkan perilaku kompulsif untuk mencari narkoba

tersebut dengan cara apapun, bahkan dengan tindakan kriminal sekalipun mereka tidak peduli.

- ❖ **Abstinence** ; berhenti menggunakan narkoba.
- ❖ **Primary care** ; perawatan penggunaan narkoba dengan melakukan intervensi secara medis dan psikologis yang bertujuan mengatasi masalah penggunaan narkoba yang kompulsif; merupakan perawatan utama yang harus tersedia oleh setiap tempat pelayanan perawatan baik rumah sakit, panti rehab, klinik, maupun pondok pesantren yang umum dilakukan di Indonesia. *Primary care* memerlukan standar perawatan biologis dan psikologis yang memadai dan sesuai dengan kriteria perawatan yang gunanya adalah meningkatkan efektifitas dan bertahan lama.
- ❖ **After care** ; perawatan lanjut merupakan bentuk perawatan lanjutan setelah *primary care* yang muatannya lebih kepada aspek sosial (dari pendekatan biopsikososial) yang menjadi ajang melatih diri dalam dunia nyata dengan keterampilan yang telah didapat pada *primary care*. Keterampilan berupa *life* dan *social skills*.
- ❖ **Life skills** ; adalah keterampilan yang dikuasai individu untuk menghadapi dunia nyata yang berhubungan dengan bagaimana menguasai diri (*controlled*) dan kembali kepada kebiasaan fungsi hidup normal. Perawatan yang baik harus mampu mengidentifikasi *life skills* apa saja yang diperlukan setiap individu penderita (yang masing-masing individu berbeda) dan menekankan pelatihan keterampilan tersebut dalam *primary care* sehingga penderita atau pasien dapat menggunakan sebagai senjata pribadi untuk menghadapi situasi dan keadaan berisiko didunia luar nantinya. Contohnya, mengatasi sugesti, motivasi, ketegasan (*assertiveness*), *problem solving*, *decisionmaking*, dll.
- ❖ **Social skills** ; adalah keterampilan menerapkan hubungan interpersonal dengan orang lain serta keterampilan yang berhubungan dengan produktifitas, dengan tujuan mengatasi faktor-faktor stimulus (*trigger*) dari luar sehingga tidak menimbulkan tekanan (*dipresein*) yang mungkin saja belum dapat diatasi oleh penderita dalam periode pemulihannya – khususnya dalam jangka 1-3 tahun pertama. Contohnya, menghadapi keluarga, pekerjaan, sekolah, teman bergaul, kehidupan romantisnya, dll.

- ❖ **Assessment** ; test dan penilaian terhadap pasien secara saksama akan latar belakang; kondisi saat ini baik secara fisik, psikologis dan sosial; keberfungsian sebagai pribadi, dalam keluarga dan tempat kerja/sekolah, biasanya dilakukan dengan cara tertulis mengisi jawaban dari beberapa pertanyaan dan dilanjutkan dengan interview secara langsung dengan didasari oleh hasil jawaban tertulis.
- ❖ **Learning – pembelajaran** ; proses terbentuknya kebiasaan menggunakan narkoba, merasakan kenikmatan (*operant conditioning*), sehingga otak merekamnya dan cenderung untuk mengulangi kebiasaan tersebut – disebut kompulsif. Penggunaan dan penyalahgunaan narkoba dikatakan sebagai suatu proses pembelajaran di otak.
- ❖ **Gangguan psikiatrik** ; gangguan psikologis berat yang dialami penderita narkoba karena penggunaan yang berkepanjangan, seperti dipresi, anxiety (kecemasan), halusinasi, paranoia, gangguan mood (perasaan – bipolar), *obsesive-compulsive*.
- ❖ **Dual diagnosis** ; diagnosa ganda, istilah yang digunakan terhadap penderita narkoba yang mengalami 2 gangguan: gangguan adiksi berupa ketergantungan narkoba dan gangguan psikiatrik. Profesional perawatan adiksi harus memiliki kemampuan diagnosa ganda diatas agar dapat menentukan tingkat keparahan penderita dan intervensi yang bagaimana perlu diterapkan.
- ❖ **Outpatient – rawat jalan** ; perawatan pasien yang tidak memerlukan panti atau rumah sakit karena diperlukan untuk melaksanakan kegiatan sehari-hari seperti sekolah, kerja mengurus keluarga.
- ❖ **Inpatient – rawat inap** ; seperti panti dan dirumah sakit.
- ❖ **Afek** ; keadaan emosi, perasaan yang dialami diri, suasana hati, temperamen.
- ❖ **Ambivalensi** ; pikiran, sikap dan perilaku yang mendua, dilain pihak ingin dirawat tetapi secara bersamaan masih ingin meneruskan penggunaan narkoba. Dalam MET hal ini di bahas secara khusus dalam tingkat motivasi pasien.

## Kesiapan Terapis CBT

CBT untuk adiksi didasari atas asumsi pendekatan biopsikososial. Dengan demikian para terapis harus mengembangkan pemikiran yang komprehensif terlebih dahulu sebelum melakukan perawatan; pertanyaan-pertanyaan dibawah ini harus menjadi bagian dari asumsi-asumsi terapis sebelum menghadapi pasien; yang akan ditanyakan dan dieksplorasi :

- ❖ Apakah pasien memiliki gangguan penyakit tertentu sebelum menggunakan narkoba dan sebagai akibat dari penggunaan narkoba; kemana saya harus merujuknya bila hal ini ada?
- ❖ Apakah pasien memiliki gejala dual diagnosis? Kemana merujuk psikiater yang mengerti masalah adiksi dan gangguan psikiatrik yang berhubungan dengan adiksi.
- ❖ Gangguan psikologis apa saja yang diderita pasien? Perangkat assessmen dan analisa apa yang harus dipakai untuk mengetahuinya?
- ❖ Kemudian dari hasil-hasil diatas apakah tingkat keparahannya si pasien? Tingkat perawatan apa yang berguna dan harus dilaksanakan bagi sipasien bersangkutan?
- ❖ Apa saja faktor-faktor berisiko bagi pasien bila dia harus menjalani perawatan (outpatient maupun inpatient)?
- ❖ Sampai dimana tingkat motivasi pasien untuk berhenti menggunakan narkoba? Apa faktor-faktor penentu motivasi tersebut sehingga sipasien datang keperawatan atau dipaksa menjalankan keperawatan.
- ❖ Apa kekuatan dan kelemahan yang dimiliki pasien sehingga dia mampu bertahan dengan keadaan emosional dan perilaku sampai saat ini ? Latar belakang sosial dan individual perlu diperhatikan.
- ❖ Dan beberapa pertanyaan yang spesifik yang timbul ketika berhadapan dengan pasien secara langsung; termasuk alat assessmen apa yang nanti akan digunakan, siapa yang akan menjadi pendamping (*peer counselor*), siapa yang menjadi manager kasus, dan terakhir apakah fasilitas yang dimiliki terapis sudah memadai dalam menjawab pertanyaan-pertanyaan yang diatas ini.

Keberhasilan menjawab sebanyak mungkin pertanyaan diatas akan menentukan langkah-langkah intervensi selanjutnya apakah menjadi gampang atau sulit. Terapis harus melengkapi diri dengan pertanyaan-pertanyaan diatas yang akan dilakukan pada pasien pada tahap awal perawatan primer.

## Prinsip-Prinsip Dasar CBT

CBT adalah terapi yang bersifat kolaboratif. Pasien dan terapis bersama-sama mempertimbangkan dan memutuskan tujuan perawatan yang sesuai, jenis dan waktu dari latihan ketrampilan.

Tujuan Perawatan adalah menolong pasien **mengenali** situasi dimana kemungkinan besar dia akan menggunakan narkoba, **menghindari** situasi ini bila dimungkinkan dan **mengatasi** secara lebih efektif akan rangkaian permasalahan dan masalah perilaku yang berhubungan dengan penggunaan narkoba - berdasarkan Manual Terapi dengan pendekatan CBT yang diterbitkan oleh *Center for Substance Abuse Treatment (CSAT)* Depkes Amerika. Serta mempersiapkan pasien untuk belajar kembali keterampilan-keterampilan hidup dan sosial agar dapat mengembangkan *keberfungsian* secara individu, dalam keluarga dan tempat kerja atau sekolah, kemudian berperilaku *produktif*.

## Komponen CBT

Ada dua komponen kritis yang perlu dan harus dilakukan oleh terapis :

### A. Functional Analysis/Analisa Keberfungsian

Sering disebut sebagai *konseptual kognitif*, yang gunanya adalah mengidentifikasi pikiran, perasaan, dan keadaan atau kejadian-kejadian sebelum dan sesudah penggunaan narkobanya setiap saat, sehingga baik terapis maupun pasien nantinya akan mampu menilai situasi-situasi berisiko tinggi yang perlu dihindari atau diatasi pasien. Analisa keberfungsian harus dilakukan berkala pada setiap saat terapis memerlukannya dalam episode terapi (baik tertulis maupun dengan *interview*).

Alat-alat *assessment* yang sering digunakan dalam praktik:

- ❖ *Assessment Awal* – menjadi *Intake Assessment* yang menguraikan data demografis, sosial, psikologis dan medis secara umum.
- ❖ Indeks Keparahan – *Addiction Severity Index*, dipergunakan secara efektif dalam praktik terapi *outpatient* selama ini.
- ❖ *Beck Depression Inventory* – untuk meneliti tingkat depresi pasien, juga dipergunakan pada tahap-tahap awal sesi.

- ❖ *Change Assessment Scale* – untuk meneliti tingkat motivasi pasien saat ini.
- ❖ *The Treatment Attitude and Expectation Form*, merupakan laporan pribadi pasien yang diadaptasi dari *National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Programme* yang telah dimodifikasi untuk pengguna narkoba khususnya kokain. Alat bantu ini akan mensesuaikan antara harapan dari terapi yang dijalankan dan keyakinan tentang penyebab pasien menggunakan narkoba.

Dalam penerapan analisa fungsional pencatatan dari pola penggunaan narkoba pasien sangat diperlukan, untuk mendapatkan informasi tersebut dapat dengan menanyakan pertanyaan yang meliputi 5W (*When?, Where?, Why?, With/from Whom?, What Happened?*)

- ❖ Waktu- **Bilamana** klien menggunakan zat
- ❖ Tempat- **Dimana** klien menggunakan dan membeli zat
- ❖ Petanda eksternal dan status emosi internal yang dapat memicu 'nagih' (**Mengapa**)
- ❖ Teman yang menyertai- **dengan siapa** klien menggunakan zat atau orang dari **siapa** ia membeli zat
- ❖ Efek zat yang didapat klien \_ keuntungan fisiologik dan psikologik (**apa yang terjadi**)

Untuk melengkapi *assessment* awal, bila memungkinkan gunakan diagnosa dan gejala psikiatrik yang dilakukan oleh dokter psikiater yang menggunakan: *DSM IV* atau *MMPI*.

## B. Latihan Keterampilan

Latihan keterampilan merupakan kekuatan dari CBT yang membedakan dengan model psikoterapi lainnya. Terapis harus memberikan keterampilan individual maupun sosial dalam mengatasi atau menghindari situasi berisiko tinggi diatas. Saat normal mungkin pasien mampu mengatasi masalah pribadi maupun sosial yang menyimpannya seperti menghadapi stress, tantangan dalam pekerjaan atau sekolah, toleransi frustrasi yang rendah (LFT), pemecahan problem keluarga dan individu yang rumit. Tapi setelah penggunaan narkoba yang berkepanjangan, pasien lupa dengan keterampilan diatas, ditambah saat ini dia menghadapi masalah atau gangguan yang berhubungan dengan penggunaan narkoba seperti sugesti

(*craving*), sakaw, teman-teman pengguna, keluarga yang tidak menerima, paradigma masyarakat dan lainnya.

### **Strategi Pembelajaran dari Terapi Perilaku**

Dalam mempraktikkan latihan keterampilan, CBT menggunakan teori pembelajaran sosial dari terapi perilaku. CBT beranggapan bahwa setiap individu belajar menggunakan narkoba melalui cara modeling dan conditioning yang dipelajari, maka pasien diajarkan kembali (*re-learn*) dengan cara yang sama, yaitu:

*Modeling*, digunakan untuk membantu pasien belajar perilaku baru dengan melakukan bermain-peran bersama terapis dalam perawatan, dimana diajarkan kembali cara menolak tawaran menggunakan narkoba atau bagaimana memutuskan atau membatasi hubungan dengan para pengguna. Sedangkan dalam konsep *operant conditioning*, pasien diajarkan untuk menilik secara saksama biasanya perilaku apa yang ditunjukkan pasien sebelum menggunakan atau ditawarkan narkoba dan konsekwensi apa yang diakibatkan darinya. Dan konsep *classical conditioning*, ditunjukkan khusus dalam menghadapi sugesti. Terapis membantu pasien untuk mengerti dan mengenali suges yang dikondisikan, dengan mengidentifikasi apa pemicu awal yang menimbulkan suges dan berusaha menghindarinya.

### **Keterampilan-Keterampilan Yang Khusus**

Karena CBT merupakan psikoterapi singkat, maka dalam latihan-latihan pekerjaan rumah seperti yang diuraikan diatas dan hasil analisa keberfungsian, akan memperlihatkan keterampilan-keterampilan mana yang sebenarnya sudah dikuasai pasien dan mana yang belum. CBT secara khusus mengajarkan kembali keterampilan yang belum dikuasai yang tidak atau belum dikuasai, dan terapis harus memiliki keterampilan untuk membaca situasi perasaan pasien dalam menerapkan keterampilan. Atensi untuk belajar kembali sangat diperlukan, kalau tidak maka pasien akan merasa bosan dan akibatnya justru akan membangkitkan suges yang tidak diharapkan.

### **Gunakan Pengulangan**

Untuk belajar keterampilan baru, diperlukan waktu dan pengulangan. Pada saat pasien datang dalam perawatan maka kebiasaan yang berhubungan dengan penggunaan narkoba telah mengakar atau tertanam. Mereka umumnya telah menggunakan narkoba dalam jangka panjang

dan periode waktu yang lama sehingga hal itu akan mempengaruhi kemampuan atensi (perhatian), konsentrasi dan daya ingat berarti menyangkut kemampuan untuk mengerti akan bahan-bahan yang baru. Maka pengulangan dalam menerapkan keterampilan sangat diperlukan khususnya pada minggu-minggu awal dari sesi.

### **Mempraktikan Penguasaan Keterampilan**

Sesuai dengan sifat pembelajaran maka keterampilan akan sering dilupakan bila pasien tidak mahir. Dalam CBT, pasien diajarkan kembali, diulang, berbuat kesalahan, mengidentifikasi kesalahan dan mencoba lagi sehingga akhirnya dikuasai dan menjadi tertanam dan dipergunakan sewaktu-waktu secara otomatis. Dalam CBT mempraktikkan keterampilan baru merupakan hal yang pokok dan menjadi komponen yang penting dalam perawatan, jadi melatih berulang-ulang sangatlah penting. Salah satu bentuk adalah pekerjaan rumah yang diberikan dan perlu dilatih – mengetahui dan mengerti melalui penjelasan yang rasional dan jelas, kemudian mempraktikkan dan setelah dia sering berhasil, maka timbul keyakinan bahwa pelatihan ini memang bermanfaat dan mengeluarkan hasil yang nyata – Mengerti, melakukan dan mengalami, dan akhirnya yakin. Siklus ini harus diulang-ulang sehingga mahir.

## **Tugas-Tugas Kritis**

Selain kedua komponen diatas, CBT menghadapi beberapa tugas kritis yang sangat penting dikuasai terapis yang akan dipakai pasien melampaui episode perawatan, seperti:

- ❖ Membantu mengembangkan kemampuan untuk abstinens atau berpantang dengan seperti menggunakan teknik keuntungan dan kerugian bila tetap menggunakan narkoba dan bila berhenti menggunakan narkoba.
- ❖ Mengajarkan keterampilan-keterampilan untuk mengatasi problem penggunaan narkoba yang berhubungan dengan kejadian-kejadian yang dapat mendorong penggunaan narkoba seperti problem keluarga, pekerjaan dan sekolah, gejala situasi berisiko tinggi, faktor-faktor pemicu.
- ❖ Merubah Keyakinan-Inti yang tidak rasional dengan menggunakan teknik-teknik REBT (*Re-Emotive Behavioral Therapy*) yang dikembangkan Dr. Albert Ellis.

- ❖ Mengembangkan pengelolaan efek-efek yang menyakitkan seperti suges dengan mengatasi masalah yang dapat menimbulkan depresi dan kemarahan.
- ❖ Keterampilan dalam memperbaiki fungsi-fungsi hubungan dengan orang lain seperti orang tua, teman hidup, teman kerja, teman sekolah dan orang-orang dilingkungan tempat tinggal, dengan meningkatkan hubungan yang sehat (bebas narkoba).

## Batasan-Batasan CBT

### Bentuk

Bentuk atau format yang paling efektif adalah individual atau perorangan karena memungkinkan untuk merancang rencana perawatan yang bersifat individual karena setiap individu pasien berbeda latar belakang, masa penggunaan, lingkungan, faktor pemicu, daya tahan tubuh, reaksi emosional, pikiran. Kepribadian dan jenis narkoba yang digunakan.

### Waktu

Biasanya CBT dilaksanakan antar 12 – 20 sesi, dalam pengalaman untuk program primer dilaksanakan sekitar 12-16 minggu. Tujuan utamanya kembali pada tujuan perawatan diatas yaitu pasien mengenali problemnya, mempraktikan cara menghindari sehingga timbul keyakinan bahwa dia dapat berpantang (*abstinens*) dan selanjutnya belajar keterampilan untuk mengatasi problemnya. Kurun waktu diatas dapat memberikan bekal untuk kemudian mengembangkan diri sendiri dalam mencapai keberfungsian kembali dan produktif.

### Setting

CBT disiapkan untuk perawatan outpatient karena alasan-alasan tertentu:

- ❖ Karena CBT fokus pada pengertian pada faktor-faktor penentu dari penggunaan narkoba, maka akan lebih baik bila dilakukan dalam konteks kehidupan sehari-hari pasien. Dengan demikian terapis akan lebih akurat dalam elaborasi analisa keberfungsian dengan umpan balik yang sesuai dengan kenyataan hidup pasien.
- ❖ Latihan ketrampilan akan lebih efektif apabila pasien mendapat kesempatan untuk mempraktikannya dalam kegiatan rutin pasien; mereka belajar keterampilan mana yang efektif dan mana yang tidak,

sehingga dapat langsung mendiskusikan strategi-strategi baru dengan terapis dalam sesi berikutnya.

### **Jenis Pasien Yang Tidak Mampu Diatasi Dengan CBT**

Dibawah ini adalah pasien-pasien yang tidak dapat dilakukan dengan intervensi CBT secara efektif:

- ❖ Pasien yang memiliki gangguan psikotik atau bipolar dan tidak distabilkan dengan medikasi, atau dikenal sebagai dual diagnosis berat.
- ❖ Pasien yang tidak tetap tempat tinggalnya.
- ❖ Pasien yang masih menderita penyakit medis, sesuai dengan diagnosa medis, kecuali masalah ini dapat diselesaikan terlebih dahulu.
- ❖ Pasien yang menggunakan berbagai jenis narkoba atau dikenal dengan poli drugs.

Dengan demikian diagnosa penyakit sangat dibutuhkan sebelum menjalankan perawatan psikologis.

### **Struktur Dari Sesi Terapi**

Salah satu faktor keberhasilan perawatan ditentukan oleh struktur psikoterapi yang tertuang dalam sesi-sesi konseling. CBT menggunakan struktur yang sifatnya mendidik, pembelajaran, latihan keterampilan, pengulangan, praktik dan umpan balik (*feedback*).

Terdapat 8 elemen penting dalam struktur setiap sesi:

1. **Menentukan agenda**, agar dapat menggunakan waktu yang efisien dan fokus prioritas pasien, biasanya mengatasi kekurangan dari keterampilan dan penguasaannya. Agenda ditetapkan dan didiskusikan bersama sesuai dengan prioritas kebutuhan pasien.
2. **Mengecek keadaan perasaan pasien**. Kondisi depresi, kecemasan, dan putus asa merupakan stimulus atau rangsangan dari dalam (*intrinsic*) yang menjadi faktor potensial pemicu untuk terus menggunakan narkoba ataupun relapse (kambuh), maka sangat penting untuk memonitornya. Monitor dapat dilakukan dengan wawancara maupun dengan instrument pemeriksaan psikologis lain seperti *Beck Depression Inventory (BDI)* atau *Beck Anxiety Inventory (BAI)*

3. **Menghubungkan dengan sesi sebelumnya.** Pengguna narkoba biasanya memiliki kehidupan yang kacau, tidak teratur. Sangatlah penting bagi terapis untuk menjaga kelangsungan sesi, khususnya dalam penguasaan keterampilan sehingga materi yang telah dibahas pada sesi sebelumnya perlu diingatkan dan diulang kembali sebelum melanjutkan dengan topik materi yang baru.
4. **Menggunakan pertanyaan Socratic.** Cara bertanya metode Socratic sebenarnya adalah rangkaian pertanyaan yang berkesinambungan, yang mendukung pasien untuk merenungkan setiap jawaban, mengevaluasi, serta mengklarifikasinya. Teknik Socratic juga dapat dipelajari dan didownload dari internet.
5. **Simpulkan hasil pembelajaran setiap sesi.** Terapis dan pasien selalu harus menyimpulkan hasil pembelajaran atau topik pelatihan keterampilan yang telah dilakukan pada setiap sesi, dan memastikan bahwa kesimpulan tersebut diterima dan dimengerti oleh pasien dan akan digunakan sebagai jembatan pada sesi berikutnya sehingga dapat dibangun penguasaan keterampilan nantinya pada akhir perawatan.
6. **Tugas pekerjaan rumah.** Pekerjaan rumah memegang peranan penting dalam terapi CBT. PR merupakan kesempatan untuk mempraktikkan keterampilan yang telah diterima dalam setiap sesi pembelajaran dan konseling. Terapis harus selalu memberikan penugasan untuk membuat PR sebagai bagian dari penguasaan keterampilan dan membiasakan pasien untuk mengikuti proses pembelajaran kembali. Kendala yang dihadapi adalah kengganannya pasien dalam melaksanakan PR, khususnya pada tahap-tahap awal perawatan, sehingga terapis selalu harus membantunya menyelesaikan dalam sesi berikut agar pasien terbiasa dan dapat melakukannya sendiri.
7. **Umpan balik atau feedback.** Setiap saat terapis dan pasien harus sering tukar menukar feedback pada setiap sesi. Terapis harus selalu menanyakan kembali apakah pasien mengerti apa yang dikatakan dan arah yang dimaksud terapis. Dengan demikian dapat dihindari ketidak-pengertian dan miskomunikasi. Pada umumnya pasien narkoba memiliki daya tangkap yang kurang sehingga terapis harus menjelaskan dengan cara yang sederhana dan harus dapat ditangkap dan dimengerti oleh pasien. Rasa bosan sering melanda pasien pada minggu-minggu pertama karena ketidak-mampuan mereka untuk konsentrasi. Sering pasien menjawab bahwa dia mengerti hanya untuk menghindari

perdebatan, sehingga terapis harus benar-benar teliti menilik gejala bahasa tubuh dan respons pasien dan segera mengganti pembicaraan dan mengembalikan fokus pasien.

**8. Setiap sesi dilaksanakan dalam waktu 60 menit dengan aturan 20/20/20.**

**20 menit pertama**, melakukan assessment mengenai penggunaan narkoba, situasi berisiko tinggi yang dialami sejak sesi sebelumnya hingga datang pada sesi ini. Terapis mendengarkan keprihatinan pasien. Mengulangi kembali dan mendiskusikan bagaimana hasil latihan praktik yang diberikan sebagai PR.

**20 menit kedua**, memperkenalkan dan mendiskusikan topik materi. Menghubungkan topik materi dengan apa yang menjadi keprihatinan pasien.

**20 menit ketiga**, jelajahi sejauh mana pasien mengerti akan topik yang diberikan dan bagaimana reaksinya. Berikan tugas PR latihan untuk sesi berikutnya. Antisipasi situasi berisiko tinggi yang potensial dan ingatkan untuk mempraktikkan keterampilan yang telah diberikan.

## Topik-Topik Keterampilan Pokok

Dalam CBT untuk adiksi terdapat 8 topik keterampilan pokok yang perlu diberikan kepada pasien dalam proses pemulihan (NIDA – CBT untuk Adiksi). Kedelapan topik ini tidak harus diberikan secara berurutan. Dapat ditambahkan topik-topik tertentu yang dianggap perlu oleh terapis sesuai dengan faktor-faktor risiko tinggi dalam kondisi lingkungan kehidupan pasien, dan hal ini sangat spesifik sehingga tidak diberikan sebagai topik pokok; biasanya dapat diberikan secara khusus dalam model pendekatan lainnya, seperti MDFT, MET, dll.

### Ke 8 topik keterampilan tersebut adalah:

#### **Topik 1: Mengatasi Sugesti (*Craving*)**

**Tujuan** dari sesi ini adalah:

- ❖ Mengerti pengalaman sugesti pasien.
- ❖ Menyampaikan bahwa sugesti merupakan hal yang normal bagi

pengguna narkoba, dan merupakan pengalaman yang dibatasi oleh waktu.

- ❖ Mengidentifikasi tanda-tanda yang mengawali dan pemicu sugesti.
- ❖ Mempraktikkan teknik-teknik mengontrol sugesti.

### ***Mengerti tentang pengalaman sugesti (craving)***

Pengguna narkoba selalu mengalami sugesti atau craving dan pengalaman ini merupakan hal yang normal dan wajar terjadi, dan menjadi bagian dari penyakit adiksi yang diidap pasien.

Sugesti melanda pengguna narkoba, datang dan akan menghilang bagaikan deburan ombak di pantai, pada awalnya besar dan begitu mendekati pantai akan mengecil dan akhirnya hilang. Tetapi dalam pengalaman pengguna narkoba (khususnya putaw) sugesti selalu diikuti dengan sakaw, sehingga bagi mereka sugesti adalah tanda awal akan terjadinya sakaw, karena sakaw sangat menyakitkan maka perlu menggunakan narkoba untuk menghindari sakaw.

Berbagai tanda sugesti adalah pengalaman *somatis* (yang dirasakan oleh tubuh), rasa mual, jantung berdebar keras, merasa mencium bau tertentu; pengalaman kognitif (dalam pikiran) seperti pikiran yang membutuhkan, imajinasi dan halusinasi, tidak dapat dikeluarkan dari pikiran, selalu memanggil manggil; pengalaman emosional seperti bosan, BT, nervous, dll.

### ***Mengidentifikasi pemicu dan menghindari tanda-tanda yang mengarah ke suges***

Terapis harus mengembangkan pengertian yang menyeluruh mengenai faktor pemicu sugesti, dan apa saja tanda-tanda yang mendahuluinya. Fokus pada pemicu dan tanda-tanda yang paling mengganggu dan menjadi problem bagi pasien.

### ***Latihan PR***

Buat daftar pemicu dan tanda-tanda dalam sebuah formulir yang disusun bersama, minta pasien mengisinya setiap kali mengalami sugesti dengan cara mengingat apa pemicu dan tanda-tanda yang mendahului sampai timbul sugesti. Catat waktu-waktu (jam) timbulnya

sugesti, apakah pagi hari, siang, sore dan malam dan jam berapa. Dalam skala 1 sampai 10, pasien diajarkan memberikan angka sesuai dengan besarnya intensitas sugesti yang dialami. Daftar ini harus dibuat sejak sesi pertama dan menjadi tugas bagi pasien sebagai PR yang harus diisi setiap hari.

Dari hasil latihan harian ini maka terapis akan mengetahui kapan suges yang paling besar sering dialami pasien. Biasanya sugesti – sugesti kecil dapat diatasi pasien sendiri, maka terapis mengajarkan bagaimana mengatasi sugesti-sugesti besar yang sering diikuti oleh pemakaian narkoba.

### ***Teknik- teknik mengatasi sugesti***

Teknik mengatasi sugesti merupakan beberapa keterampilan yang dapat dipergunakan pasien. Pasien akan memilih teknik mana dari teknik yang dipaparkan dibawah ini. Apabila telah dipilih satu atau dua teknik yang dirasakan mampu dikuasi maka terapis akan membantu pasien menjadi mahir dengan metode mengulang.

### ***Mengalihkan***

Salah satu strategi yang efektif adalah mengalihkan (distraction), dengan melakukan kegiatan secara fisik seperti keluar rumah dan jalan ketempat lain seperti bioskop, mal, toko, pantai, gunung, lapangan olah raga, melakukan latihan relaksasi, dll. Buatlah daftar dan biarkan pasien memilih yang mana yang paling disukai dan paling mungkin dilaksanakan dan latihlah dan kuasai sampai mahir.

### ***Membicarakan masalah sugesti***

Beberapa pasien lebih suka membicarakan nya dengan teman, terapis, orang tua atau teman hidupnya sehingga secara tidak langsung tidak fokus pada sugesti saja tetapi pada hal-hal lain.

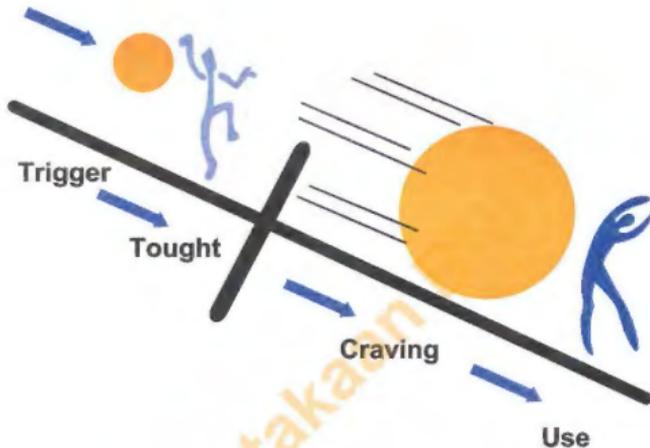
### ***Mengikuti sugesti***

Beberapa pasien tertentu yang mengerti bahwa sugesti akan berlangsung singkat (sekitar 30 menit sampai 2 jam), maka mereka menikmati sugesti tersebut dan mengikutinya. Khusus bagi pasien yang telah mampu mengatasi dengan teknik lain, sehingga intensitas suges menurun dan berlangsung lebih cepat dari sebelumnya,

sehingga memungkinkan bagi pasien untuk mengikutinya.

### **Bicara sendiri**

Berbicara dengan diri sendiri juga merupakan teknik yang sering dipakai pasien dan biasanya bila mereka telah mahir dengan teknik lain sehingga



### **Topik 2: Memelihara Motivasi dan Komitmen untuk Berhenti**

Setelah pasien mendapat gambaran umum mengenai CBT dan pengertian mengenai situasi risiko tinggi bagi dirinya, banyak pasien yang mampu mengurangi penggunaannya; artinya pengetahuan dan pengertian mengenai penyakit adiksi yang diderita pasien membuka wawasan dan pengertian sehingga secara otomatis atau bawah sadar berusaha mengurangi penggunaan narkobanya. Hal ini disebut sebagai telah mengembangkan motivasi dari dalam diri sendiri tanpa disadarinya. Terapis harus selalu menjaga agar motivasi ini dipertahankan dan dikembangkan menjadi komitmen untuk berhenti menggunakan narkoba.

**Tujuan** sesi ini:

- ❖ Meninjau dan klarifikasi tujuan perawatan.
- ❖ Mengenali dan membahas masalah ambivalensi yang sering timbul.
- ❖ Belajar mengidentifikasi dan mengatasi pikiran mengenai narkoba.

### ***Klarifikasi tujuan perawatan***

Pada sesi awal setelah pasien peraya terhadap terapis, yang artinya telah terjalin hubungan terapeutik, maka sangat penting bagi terapis untuk menjelajahi komitmen pasien untuk abstinens. Cek kembali bagaimana pandangan pasien mengenai perawatan yang akan diberikan dalam periode *primary care* ini.

Dari diskusi dalam sesi ini terapis akan mendapatkan gagasan yang jelas mengenai: kesiapan pasien untuk mengubah diri, sikapnya mengenai abstinens dan merasakan apa yang menjadi tujuan pasien dalam perawatan dan problem apa yang dialami yang perlu diprioritaskan untuk diatasi.

Pasien selalu diberikan pilihan untuk menentukan sikap, bukan ditentukan oleh terapis, sehingga pasien tidak merasa dipaksa untuk melakukan perawatan tetapi harus dibangun rasa kebutuhan akan perawatan ini agar masalah-masalah yang timbul karena penggunaan narkoba yang berkepanjangan dapat diatasi. Pasien bersama terapis membuat sasaran-saran jangka pendek, menengah dan jangka panjang yang ingin dicapai dan bekerja untuk mencapainya dalam proses perawatan ini.

### ***Atasi ambivalensi mengenai abstinens***

Ambivalensi mengenai perawatan dan khususnya abstinens sangat sering terjadi pada pasien adiksi. Maka pada tahap awal hal ini harus segera diatasi. Dukung pasien untuk menguraikan alasan-alasan penggunaan narkobanya dan bantu mereka untuk memiliki rasa tanggungjawab mengatasinya dan berhenti menggunakan narkoba melalui metode untung – rugi menggunakan dan tidak menggunakan.

### ***Mengidentifikasi dan mengatasi pikiran-pikiran mengenai narkoba***

Ambivalensi sering dimanifestasikan melalui pikiran mengenai penggunaan narkoba. Pikiran bahwa dia akan terlibat dalam proses mengelola penggunaan narkoba sehingga berhenti, dimana narkoba merupakan faktor yang penting dalam kehidupannya dan harus dihentikan, menimbulkan pikiran-pikiran yang negatif dan sekaligus positif; maka disebut berada dalam posisi ambivalensi.

Mengenali pikiran-pikiran otomatis mengenai penggunaan narkoba



## Teknik keterampilan

Keterampilan yang diajarkan dalam sesi ini adalah cara mengidentifikasi pikiran dan perasaan melalui Catatan Pikiran Harian seperti contoh dibawah ini.

Tanggal	Situasi	Perasaan atau Pikiran Otomatis yang Timbul	Tingkat Suges (1-10)	Respons atau Cara Mengatasinya
3-11	Dimarahin orang tua	Merasa esal. Pikiran: saya perlu pakai	5	Saya harus mengatasinya dan Sebaiknya tunggu saja setengah jam lagi, toh sugesnya akan hilang.
8-11	Teman-teman ke pesta di diskotik	Tidak apa ikut dengan mereka - sekarang saya sudah bisa mengatasi. Perasaan exited.	5	Pergi kediskotik dan berpikir ulang "Ah sebaiknya cukup setengah jam, saya tidak akan sanggup terlalu berat, tetapi tidak sekarang saja saya pergi"
20-11	Diputusin pacar	Sakit hati. Pikiran: saya harus balas dendam	9	Tidak seharusnya dia perlakukan saya seperti ini. Saya tidak taban dengan perasaan yang menekan, sebaiknya saya pakai saja dulu, toh sekarang sudah dapat saya kontrol.

Dengan mengidentifikasi situasi, pikiran dan perasaan, skala suges dan cara mengatasinya, terapis akan dapat mengetahui apa faktor-faktor berisiko tinggi, apa yang dapat ditangani oleh pasien sendiri dan apa yang masih belum dapat diatasnya seperti kejadian tanggal 20 bulan november. Dengan mengetahui ini maka terapis dapat melakukan langkah intervensi yang tepat. Apabila pasien merasa bahwa terapis mampu mengatasi problem beratnya, maka akan timbul kepercayaan terhadap terapis yang berdampak pada apa yang dilatih menimbulkan keyakinan baru yang akan mendorong pasien mengulangi latihan diatas.

### **Topik 3: Keterampilan Menolak - Ketegasan**

Memang problem utama lainnya adalah ketersediaan narkoba saat ini yang sangat mudah diakses oleh pengguna, sehingga hal ini juga menjadi faktor ambivalensi.

Banyak pasien lemah dalam ketegasan untuk menolak tawaran narkoba atau mencegah tawaran dikemudian hari.

**Tujuan** sesi ini:

- ❖ Mengassess ketersediaan narkoba dan langkah-langkah mengurangnya.
- ❖ Mengembangkan strategi memutus kontak dengan pengedar.
- ❖ Belajar dan mempraktikan keterampilan menolak.

#### **Menilik ketersediaan narkoba**

Terapis dan pasien bersama-sama membicarakan strategi untuk membatasi ketersediaan narkoba. Terapis menanyakan apakah pasien selain menggunakan juga menjadi penjual, apakah ada teman sekolah, teman kerja atau anggota keluarga yang juga menggunakan narkoba dan bagaimana mereka mendapatkannya. Bila pasien masih berada dalam lingkungan yang juga menggunakan narkoba maka akan sulit baginya memenuhi proses pemulihan.

#### **Bagaimana mengatasi supplier/pengedar dan menolak dengan tegas**

Penolakan yang tegas terhadap supplier bagi orang normal tentunya mudah; tidak demikian dengan pengguna. Suplier adalah bagian dari mata rantai penggunaan narkobanya. Jadi lakukan pelatihan penolakan dengan melatih ketegasan terlebih dahulu. Dengan memiliki keterampilan mengenai ketegasan akan lebih mudah bagi pengguna untuk mengapalikasikannya terhadap suplier.

#### **Latihan menolak**

Yang dilakukan pertama kali adalah membuat daftar sumber-sumber supply yang selama ini ada dan bicarakan dengan pasien

bagaimana menolak mereka. Terapis harus berasumsi sebenarnya pasien tau dan mengerti bagaimana menolak karena mereka mengetahui sifat-sifat para supplier tersebut. Diskusikan dan catat bagaimana cara menolak terbaik, dan latihlah pasien untuk secara tegas mengaplikasikannya.

**Contoh Lembar kerja untuk latihan:**

Sumber – Orang yang mungkin menawarkan saya narkoba	Langkah-langkah yang akan saya ambil untuk mengurangi ketersediaan narkoba – apa yang akan saya katakan kepada mereka
Dari teman pengguna:	
Teman sekolah atau sekerja:	
Pasangan(pacar, suami/istri):	
Dipesta:	

**Topik 4: Kelihatannya Keputusan yang Tidak Relevan**

Dengan kemajuan perawatan, pasien merasa telah mampu mengatasi situasi berisiko tinggi, tetapi sebenarnya beberapa situasi yang tadinya dianggap tidak berisiko tinggi atau tidak ada lagi hubungan dengan penggunaan narkoba sehingga dapat menimbulkan keinginan dan suges, dapat saja terjadi.

Banyak sekali kejadian dimana pasien bahkan mereka yang telah abstines dalam periode tertentu terjebak dalam keputusan yang sepertinya tidak ada hubungan dengan keinginan yang dapat menimbulkan suges sehingga akhirnya menggunakan (slip atau relapse) kembali.

**Tujuan** sesi ini:

- ❖ Mengerti tentang keputusan yang tampaknya tidak relevan dan hubungannya dengan situasi berisiko tinggi.

- ❖ Mengidentifikasi beberapa contoh nyata.
- ❖ Mempraktikkan latihan pengambilan keputusan yang aman.

### **Mengerti tentang Keputusan yang tampaknya tidak relevan**

Yang dimaksud dengan tampaknya seperti keputusan yang tidak relevan atau tidak berarti, adalah yang berhubungan dengan keputusan pribadi, rasionalisasi, bahkan usaha untuk meminimalkan risiko, bahkan lebih mendekati pasien kearah situasi yang berisiko tinggi (high risk situation), meskipun kelihatannya tidak ada hubungan dengan drugs. Seperti:

- ❖ Menggunakan alkohol, ganja, dan lainnya.
- ❖ Menyimpan alkohol di rumah.
- ❖ Tidak membuang perengkapannya untuk menggunakan drugs (bong, alat suntik, dll).
- ❖ Berinteraksi dengan pemakai aktif lainnya.
- ❖ Bekerja sangat keras bahkan stres.
- ❖ Tidak berterus terang pada keluarga tentang penggunaan drugs.
- ❖ Pacaran dengan orang yang masih menggunakan drugs atau ketergantungan.
- ❖ Tidak melakukan sesuatu dan membuang waktu percuma (BT), dll.

Tugas yang sangat kritis bagi terapis adalah bagaimana mengajar pasien untuk mengenali seluruh hal diatas dan mencoba untuk memutus mata rantai keputusan yang tampaknya tidak relevan itu sebelum keinginan untuk memakai drugs atau pengantinya timbul.

Jadi sangat perlu untuk mengajar pasien bagaimana untuk mendeteksi keputusan yang biasanya timbul pada saat awal dari mata rantai, dimana risiko, craving, dan ketersediaan drugs meskipun sedikit. Terapi biasanya melibatkan pasien dengan pengenalan dengan *distorsi of thinking* / penyimpangan dari pikiran (rasionalisasi, denial/penyangkalan) agar dapat dideteksi dan digunakan sebagai sinyal untuk meningkatkan kewaspadaan (*vigilance*).

### **Mengidentifikasi contoh-contoh pribadi**

Terapis harus dapat mendorong pasien menceritakan contoh-

contoh mata rantai terakhir yang berhubungan dengan keputusan yang tampaknya tidak relevan.

*"Coba pikirkan bagaimana sejarah relapse anda"*

*"Sekarang mari kita bicarakan hal itu dan tunjukkan dimana tempat-tempat anda membuat keputusan yang berisiko, apa yang anda katakan pada diri sendiri, dan bagaimana anda samapai bisa kesana padahal anda tidak melakukan apa-apa"*

### **Mempraktekan pembuatan keputusan yang aman**

Terapis harus menekankan gagasan untuk membuat keputusan yang aman.

Kaji semua keputusan yang terkecil sekalipun yang dibuat dalam kehidupannya sehari-hari, dan berpikir secara aman ketimbang kensekwensi yang berisiko untuk keputusan-keputusan tersebut; hal ini merupakan latihan untuk bagaimana justru membuat keputusan yang aman selanjutnya.

Bila mengambil keputusan selalu lakukan hal-hal dibawah ini:

- ❖ Pertimbangkan seuruh pilihan (opini) yang anda punya/miliki.
- ❖ Pikirkan semua akibat untuk setiap pilihan, baik positif maupun negatif.
- ❖ Pilih salah satu dari pilihan, ambil keputusan yang memperkecil risiko untuk relapse.
- ❖ Awasi pikiran seperti: "Saya harus ....."atau "Saya dapat mengatasi .....", atau "Sebenarnya tidak ada masalah bila ....."

Tanamkan pikiran-pikiran diatas dan latih agar menjadi pikiran otomatis.

### **Topik 5: Rancangan Mengatasi Masalah Secara Menyeluruh**

Kejadian-kejadian yang bisa berdampak risiko tinggi sering terjadi meskipun telah dilakukan perawatan yang sukses, seperti kematian anggota keluarga atau orang dekat, anak atau pasangan yang sakit, menemukan bahwa pasien menderita HIV positif, kehilangan pekerjaan, tidak naik kelas, dll. Demikian juga kejadian yang positif dapat menimbulkan situasi berisiko seperti menerima uang dalam jumlah

yang banyak atau mendapat pacar baru. Maka pasien dianjurkan untuk mengembangkan rancangan mengatasi masalah secara menyeluruh.

**Tujuan** sesi ini:

- ❖ Mengantisipasi situasi-situasi berisiko tinggi
- ❖ Mengembangkan rancangan mengatasi masalah secara individual.

### **Antisipasi Situasi berisiko tinggi**

Hidup sangat tidak dapat diprediksi, maka bagi pasien meskipun sudah menguasai CBT, maka perlu untuk mengatasi situasi high-risk.

- ❖ Terapis perlu menanyakan pasien untuk memikirkan setidaknya tiga atau empat stresor utama yang mungkin saja terjadi dalam beberapa bulan kedepan, dan bagaimana reaksi mereka sekiranya hal itu terjadi.
- ❖ Setiap situasi dan keadaan, perlu dikembangkan rencana mengatasi masalah yang konkrit

### **Mengembangkan rancangan mengatasi masalah**

Bila pasien yang stress akan kembali ke strategi lama yang mereka familiar, mereka lupa dengan strategi yang diajarkan selama sesi. Mereka dalam keadaan terdesak dan harus mengambil sikap dan cara lama sudah mendarah daging, sedangkan strategi baru masih dilatih.

*Langkah strategi yang perlu di kembangkan termasuk:*

- ❖ Telpon penting dan beberapa orang yang mereka percaya dan mudah dicapai.
- ❖ Mengingatkan kembali konsekwensi negatif bila menggunakan narkoba lagi.
- ❖ Satu set dari pikiran positif yang dapat menggantikan pikiran high-risk dari penggunaan.
- ❖ Satu set pengalihan yang dapat diandalkan.
- ❖ Daftar tempat yang aman bagi pasien bila krisis datang (rumah teman dekat, keluarga dekat, termasuk tempat terapi).

## **Topik 6: Problem solving –Mengatasi Masalah**

Bagi pasien pengguna narkoba, menggunakan merupakan satu-satunya keterampilan untuk mengatasi problem mereka; dan ini dilakukan selama bertahun-tahun. Banyak pasien yang tidak sadar bila problem itu timbul bahkan mereka cenderung mengabaikan sampai menjadi krisis.

Banyak dari mereka berpikir bahwa mereka dapat memiliki keterampilan untuk mengatasi problem, padahal bila dikonfrontasikan dengan problem tersebut, mereka bahkan bereaksi secara berlebihan (impulsive). Untuk itu, melakukan praktek dalam sesi ini dalam hal keterampilan mengatasi problem sangatlah penting.

Pasien yang telah menjalankan program CBT akan merasa peningkatan percaya diri sehingga mereka mempunyai fantasi bahwa hidup akan lebih mudah karena mereka tidak menggunakan narkoba, padahal mereka belum mahir dalam menerapkan keterampilan yang diajarkan. Bila menghadapi problem, maka mereka masih membutuhkan dukungan atau bantuan secara konkrit.

### **Perkenalkan Langkah-Langkah Dasar (Basic)**

Terapis harus menyakinkan bahwa setiap orang akan mengalami problem dari waktu ke waktu dan banyak orang mampu mengatasinya secara efektif. Menghadapi problem secara impulsive (berlebihan) adalah sangat tidak efisien, maka keterampilan mengatasi problem membutuhkan waktu dan konsentrasi.

### **Langkah-langkah dasar yang perlu diamati adalah sebagai berikut:**

- ❖ Mengenali problem (apakah ada persoalan?)
- ❖ Identifikasi dan uraikan problem tersebut (apa persoalannya?)
- ❖ Pertimbangan beberapa pendekatan untuk mengatasi problem (Apa yang dapat saya lakukan untuk mengatasinya?)
- ❖ Pilih pendekatan yang paling menjanjikan (Apa yang terjadi bila.....)
- ❖ Evaluasi keberhasilannya atau efektifitasnya dari pendekatan yang dipilih (Apa yang akan terjadi bila saya .....)

Bagi pasien yang impulsif, adalah sangat penting untuk mencatat persoalan dan pendekatan yang diambil, maka langkah-langkah tersebut tidak akan dilupakan bila tiba waktunya untuk dilaksanakan.

### **Mempraktekkan Keterampilan Problemsolving**

Pasien diminta untuk mengemukakan dua problem akhir-akhir ini, satu yang berhubungan langsung dengan penggunaan narkoba dan yang satu lagi kurang berhubungan. Lalu, bahas dan laksanakan langkah problem solving secara bersama.

Terapis harus mampu menguasai agar pasien tidak terlalu tergesa-gesa, secara cermat *mengidentifikasi problem*, lakukan *daftar brainstorming*, dan *pertimbangkan alternatif terbaik*.

## **Topik 7: Manajemen Kasus**

Kebanyakan pasien masuk dalam perawatan dengan membawa problem psikososial bersama mereka.

Problem ini dapat ditinjau pada saat perawatan atau juga setelah program primer atau perawatan berakhir. Tetapi bila problem dirasakan akan menghalangi usaha perawatan, maka terapis harus meninjau lebih dini; berarti harus dilakukan modifikasi dengan **manajemen kasus**.

Terapis melakukan manajemen kasus dalam sesi bukan diluar sesi. Yang diluar sesi harus diatur bersama dengan orang tua atau guru atau pihak ketiga yang berhubungan dengan si pasien, atau menyerahkan pada Pekerja Sosial.

Terapis harus menguasai sistem sosial dalam masyarakat setempat dan informasi mengenai bagaimana sistem tersebut bekerja. Nantinya dalam rancangan perawatan dapat dicantumkan rencana pelayanan manajemen kasus tersebut.

### **Identifikasi Problem**

Dalam awal perawatan terapis harus dapat mengidentifikasi problem yang mungkin dapat menjadi penghalang proses perawatan.

Informasi tersebut dapat diambil dari assessment yang dilakukan diawal perawatan.

### **Tetapkan Sasaran**

Bersama pasien harus dapat diidentifikasi dan menetapkan tiga atau empat problem utama yang harus dipecahkan dalam manajemen kasus (seperti sekolah, tempat tinggal dimana, pekerjaan, dll).

### **Menetapkan Rencana**

Terapis dan pasien harus membicarakan bagaimana memecahkan masalah tersebut dan satu persatu dicarikan solusinya. Setelah itu tentukan bersama rencana dukungan, yang dapat dilaksanakan sipasien atau pihak ketiga yang telah disepakati untuk dihubungi dan melaksanakan rencana ini.

### **Monitor Progress**

Dalam pelaksanaan rencana meski dilaksanakan oleh pasien, terapis harus tetap memonitor sampai dimana dan bagaimana hasilnya. Dalam monitoring dapat dimasukan dalam sesi awal 20 menit pertama atau sebelum masuk ke sesi .

## **Topik 8: Mengurangi Risiko HIV**

Penggunaan jarum suntik bergantian meningkatkan penularan HIV dan Aids. Untuk itu terapis harus benar-benar waspada mengenai hal ini, karena selain jarum suntik juga dapat terjadi penularan karena hubungan sex yang tidak sehat. Mengingat pentingnya sesi ini, dalam perawatan yang dilakukan secara profesional tentunya diperlukan rujukan kepada mereka yang ahli. Atau dengan pendekatan biopsikososial, maka masalah ini dapat ditangani secara profesional.

## **Langkah – Langkah Terapi CBT**

### **1. Assesmen Awal**

Langkah pertama yang harus dilakukan adalah menjawab sebanyak mungkin pertanyaan pada paragraf sebelum ini. Saya menyebutkan sebagai **Assesmen Awal (lihat Appendix B)** yang menyangkut

penilaian kondisi dan latar belakang biopsikososial.

*Assesmen* awal inilah yang menjadi tolok ukur dalam primary care (perawatan utama atau primer); yang akan menentukan langkah-langkah atau prosedur selanjutnya. Saya menganjurkan agar setiap tempat perawatan memiliki prosedur perawatan, kriteria perawatan dan tentunya menggunakan protokol yang ilmiah sehingga dapat dijamin keberhasilannya (efektif) dalam jangka panjang. Setelah *assesmen* awal maka terapis akan menentukan prosedur dan protokol mana yang akan dipakai secara khusus kepada pasien bersangkutan.

### ***Interview Orang Tua, Wali atau Teman Hidup***

Setelah *Assessment* awal, pendekatan kepada orang tua, wali atau teman hidup ataupun orang penting dalam kehidupan pasien yang selalu dideengar dan dikuti, seperti bibi, paman, kakak, induk semang, atasan, guru sangat menentukan kelanjutan perawatan nantinya. Mereka juga harus mengetahui apa dan bagaimana peran CBT dalam proses perawatan ini. Pada dasarnya mereka akan menjadi konselor pasien selama tidak dalam sesi perawatan (khususnya dalam setting outpatient). Beberapa program parenting dan konseling dapat diterapkan. Yang paling sering saya gunakan adalah program *Multidimensional Family Therapy*, yang diberikan oleh tenaga profesional lainnya yang ahli.

## ***2. Interview Dengan Dasar Assessment Awal***

Dari *assessment* awal, selanjutnya dengan menggunakan *Change Assessment Scale* (dapat dilihat dalam terapi MET), terapis dapat melihat bagaimana posisi motivasi untuk perawatan dan pemulihan pasien. Setelah itu baru dilakukan interview.

Interview awal ini, merupakan tahap *membangun hubungan* (*rapport*) sebelum masuk ke sesi perawatan, sehingga tahap ini harus dilakukan secara tepat dan hati-hati. Biasanya dalam interview ini dikemukakan beberapa hal penting mengenai perawatan, khususnya mengenai intervensi CBT. Pada umumnya yang diangkat dalam interview ini adalah:

- ◆ Menjelaskan gangguan adiksi yang diderita pasien dari pendekatan penyakit bukan moral, sehingga dia mengerti bahwa penyakit memerlukan perawatan.

- ❖ Menjelaskan apa itu CBT dan apa yang ingin dicapai dengan intervensi atau psikoterapi CBT, khususnya tentang peranan konselor adiksi (terapis) dalam membantu pasien menolong diri sendiri.
- ❖ Menegaskan bahwa pemulihan merupakan tanggungjawab pasien bukan terapis, sehingga dia harus menentukan sikap tentang perawatan setelah dijelaskan penyakitnya dan mendapatkan persepsi yang jelas mengenai peranan terapis.
- ❖ Uraikan sesi-sesi yang akan diberikan dengan seluruh topik yang akan dibahas dalam sesi, serta pekerjaan rumah yang akan menjadi tugas pasien.
- ❖ Menjelaskan setting apakah outpatient atau inpatient dan kenapa demikian.
- ❖ Struktur sesi dan durasi setiap sesi, meskipun fleksibel tetapi tetap diperlukan komitmen agar sasaran perawatan dapat tercapai semaksimal mungkin.
- ❖ Apa itu latihan keterampilan dan kegunaannya.

Tunggu feedback pasien dan biarkan pasien berbicara; gunakan sikap reflektif dalam bereaksi atas pernyataan pasien yang mungkin tidak sesuai dengan prinsip dan pengetahuan terapis. Jangan memotong pasien kecuali dibutuhkan pelurusan sehingga terhindar penyimpangan pembicaraan.

### **3. Membangun Hubungan Terapatik**

Membangun hubungan terapatik antara terapis dengan pasien sangatlah mutlak apapun metode pendekatan yang dipakai dalam psikoterapi. Terapis yang tidak profesional cenderung mendikte kehendak bahkan dalam banyak setting perawatan diterapkan keharusan-keharusan dan ketentuan yang tidak ada hubungannya dengan proses pemulihan pasien adiksi. Hal ini mengakibatkan gagalnya perawatan sejak dari awal, atau perawatan yang berlangsung terus tetapi kehilangan arah jauh menyimpang dari tujuan perawatan itu sendiri. Banyak pasien menjalankan episode perawatan yang lengkap tetapi tidak mampu mempertahankan abstenensi sehingga mudah sekali relapse.

CBT mengutamakan hubungan terapatik dibangun sejak dari awal karena tugas dari terapis adalah menolong pasien mengatasi masalahnya

yang sering dianggap sebagai bukan masalah. Dalam rangka mentransfer pengetahuan yang dimiliki terapis dalam membantu pasien, harus terjalin rasa percaya pasien terhadap terapis.

#### **4. Menganjurkan Pemeriksaan Medis**

Setelah terbangun hubungan terpatik, terapis harus menganjurkan agar dilakukan pemeriksaan medis, apakah di rumah sakit, puskesmas, maupun klinik, apabila dalam setting yang dimiliki terapis tidak memiliki fasilitas bersangkutan.

Pentingnya pemeriksaan medis khususnya yang berhubungan dengan penyakit-penyakit yang berkaitan dengan penggunaan narkoba jangka panjang seperti, paru-paru dan saluran pernafasan, ginjal, jantung, hati (hepatitis) dan tentunya penularan HIV bila dimungkinkan. Asumsi dasar yang digunakan dalam pendekatan biopsikososial adalah penyakit phisis yang diderita dapat menjadi faktor pemicu penggunaan narkoba yang bila tidak diselesaikan terlebih dahulu, akan berdampak negatif terhadap proses perawatan atau sesudah perawatan nantinya.

#### **5. Masuk Ke Sessi-Sessi Topik Keterampilan.**

Setelah melampaui 4 langkah diatas, maka terapis dapat melakukan rancangan atau rencana perawatan psikoterapi besama dan disepakati, lalu masuk ke sesi-sesi topik. Sessi-sesi topik tidak harus selalu berurutan karena harus disesuaikan dengan keprihatinan pasien dan kalau perlu kembali kesesi topik sebelumnya dalam rangka meningkatkan kemahiran atau kalau perlu mengulang kembali karena lupa.

## **Appendix**

### **13 Prinsip Perawatan Adiksi Penggunaan dan Ketergantungan Narkoba**

#### **Diterbitkan oleh NIDA**

1. Tidak ada metode perawatan yang dapat digunakan secara sendiri yang pantas atau efektif bagi semua pasien.
2. Perawatan harus tersedia bila pasien ingin dirawat.
3. Perawatan yang efektif meliputi berbagai kebutuhan dari pasien bukan hanya penggunaan narkobanya.
4. Selama dalam perawatan, kemungkinan pasien membutuhkan perawatan medis, terapi keluarga, rehabilitasi vocational, dan pelayanan sosial dan legal.
5. Tetap berada dalam kurun waktu yang cukup lama akan sangat menentukan hasil perawatan, primer dan sekunder serta monitoring seumur hidup.
6. Terapi individual dan kelompok dan terapi perilaku merupakan komponen yang pokok dalam sebuah perawatan adiksi yang efektif.
7. Medikasi dibutuhkan oleh banyak pasien khususnya bila memerlukan kombinasi antara konseling dan terapi perilaku.
8. Pasien dengan gejala psikotik ataudual diagnosis memerlukan perawatan gangguan mental dan adiksi secara bersamaan.
9. Detoksifikasi medis merupakan langkah awal dari perawatan adiksi.
10. Perawatan yang efektif tidak perlu harus secara suka rela.
11. Kemungkinan penggunaan narkoba selama perawatan harus selalu dimonitor.
12. Setiap program perawatan harus memiliki assessment untuk HIV/AIDS, hepatitis B dan C, TBC dan penyakit menular lainnya.
13. Pemulihan memerlukan waktu yang lama dan sering membutuhkan episode perawatan yang berlipat ganda (multiple).

## ANALISIS FUNGSI ATAU PENCATATAN SITUASI RISIKO TINGGI

SITUASI YANG JADI SEBAB	PIKIRAN	PERASAAN DAN SENSASI	PERILAKU	KONSEKUENSI
<i>Dimana saya?</i>	<i>Apa yang saya pikirkan?</i>	<i>Bagaimana perasaan saya?</i>	<i>Apa yang saya lakukan?</i>	<i>Apa yang terjadi estela itu?</i>
<i>Siapa yang bersama anda?</i>		<i>Sinyal apa yang anda dapat dari tubuh anda?</i>	<i>Apa yang saya gunakan?Seberapa banyak yang saya gunakan?Parapernalia apa yang saya pakai?</i>	<i>Bagaimana perasaan saya setelah menggunakan?</i>
<i>Apa yang terjadi?</i>			<i>Apa yang dilakukan orang-orang disekitar saya saat itu?</i>	<i>Bagaimana reaksi orang terhadap perilaku saya?</i>  <i>Adakah konsekuensi lain?</i>

**CATATAN SITUASI RISIKO TINGGI / ANALISIS FUNGSI 1**

SITUASI (DIMANA SAYA?)	PIKIRAN-PIKIRAN (Apa yang saya pikirkan?)	PERASAAN-PERASAAN (Apa yang saya rasakan?)	PERILAKU (Apa yang saya lakukan?)	KONSEKUENSI (Apa yang terjadi?)
<p>Saya merasa kesepian dan kemudian saya menelfon Erika untuk mengetahui pekerjaannya di kantor. Dia sangat marah karena sedang dalam rapat. "berhenti mengganggu Mam" katanya</p>	<p>Saya akan merasa kesepian</p> <p>Saya harus bekerja. Jika saya selesai sekolah menengah, saya akan hidup lebih baik hari ini.</p> <p>Saya ibu yang buruk</p> <p>Erika membenci saya</p> <p>Erika berpikir bahwa saya tidak bisa mengurus diri saya sendiri</p>	<p>Kesepian</p> <p>Bosan</p> <p>Putus asa</p> <p>Bersalah</p> <p>Tertekan</p> <p>Marah</p> <p>Saya merasa sakit kepala</p>	<p>Saya pergi ke dapur. Menyalakan alat pembuat kopi. Saya ingin minum kopi. Saya melihat gelas kesukaan saya...Saya tidak jadi sarapan setelah itu</p> <p>Saya memasukkan es batu ke dalam gelas saya...</p> <p>Saya pergi ke ruang keluarga dan membuka bar. Saya masukkan cognac ke dalam gelas.</p> <p>Saya minum di ruang keluarga.</p> <p>Saya melakukan itu lebih 3 kali</p>	<p>Setelah minum saya mulai merasa lebih baik. Mood saya menjadi lebih baik dan sakit kepala saya hilang.</p> <p>Erika menelfon saya beberapa jam kemudian. Saya katakan padanya kalau saya merasasdh baik. Dia bertanya "Ibu, kamu minum lagi...., bagaimana saya bisa percaya ibu". Saya menyangkal kalau minum lagi. Saya hanya minum sedikit. Hanya itu. Ditambah, saya tidak pernah mabuk. Dia tidak percaya saya dan berkata bahwa tidak dapat untuk makan malam.</p>

**LEMBAR KERJA RENCANA PERUBAHAN**  
(Diadaptasi dari Miller, Zweben, DiClemente & Rychtarik, 1999)

Perubahan-perubahan yang saya akan lakukan adalah :

- 
- 
- 

Alasan yang sangat penting mengapa saya mau melakukan perubahan ini adalah :

- 
- 
- 

Langkah-langkah yang saya rencanakan untuk melakukan perubahan ini adalah:

- 
- 
- 

Orang-orang yang dapat membantu saya dalam perubahan ini adalah :

<b>Personal/Orang</b>	<b>Cara yang mungkin membantu</b>

Saya akan mengetahui bahwa program saya berjalan jika :

- 
- 
- 

Sesuatu yang akan mempengaruhi rencana saya adalah :

- 
- 
- 

Tanda Tangan oleh :

Saksi :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Rencana ini akan di kaki ulang \_\_\_\_\_ hari dari hari ini : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**Pentingnya  
Jadwal  
Kegiatan**

Penjadwalan mungkin sulit dan membosankan jika anda tidak membutuhkan menggunakan itu. Hal ini, bagaimanapun merupakan bagian yang penting dalam proses pemulihan. Orang yang menggunakan Napza tidak menjadwalkan waktu mereka. Menjadwalkan waktu anda akan membantu anda untuk bertahan abstinen.

### **Mengapa penjadwalan diperlukan?**

Jika anda mulai proses pemulihan anda di rumah sakit, anda akan mempunyai jadwal yang terstruktur untuk membantu anda berhenti menggunakan Napza. Sebagai pasien rawat jalan, anda harus berusaha yang terstruktur untuk membantu mendukung anda melanjutkan fungsi anda di dunia. Jadwal anda adalah struktur anda.

### **Apakah saya perlu menuliskan jadwal saya?**

Pasti. Jadwal yang ada di pikiran anda mudah sekali untuk direvisi. Jika anda menuliskan jadwal anda sewaktu pikiran rasional di otak anda dalam kontrol selanjutnya anda akan mengikuti jadwal, anda akan melakukan apa yang anda pikir anda harus melakukan apa yang memang anda rasa harus lakukan.

### **Bagaimana jika saya bukan orang yang teratur?**

Belajar untuk teratur. Belilah buku agenda kegiatan dan bekerja dengan konselor anda. Jadwal yang menyeluruh dari kegiatan anda sangat penting untuk pengobatan gangguan penggunaan Napza anda. Ingatlah, pikiran rasional anda yang merencanakan jadwal. Jika anda mengikuti jadwal, anda tidak akan lagi menggunakan Napza. Pikiran adiktif anda akan keluar dari otak anda. Jika anda tidak menjalankan jadwal, pikiran adiktif anda akan membuat anda kembali menggunakan Napza.

### **Siapa yang menentukan jadwal saya?**

Anda yang melakukan! Anda bisa mempertimbangkan usulan-usulan yang dibuat oleh konselor atau anggota keluarga, tetapi penentuan akhir pada anda. Yakinkan apa yang anda tulis anda kerjakan. Ikuti jadwal anda; coba untuk tidak membuat perubahan.

Banyak orang membuat jadwal dalam periode 24 jam dan megikutinya. Jika anda bisa, anda berada di alur untuk mengontrol hidup anda. Jika anda tidak bisa, mungkin anda perlu mempertimbangkan perawatan dengan tingkat yang lebih tinggi.

## Jadwal Harian/Jam

TANGGAL	
06.00 :	Berapa jam Anda tidur? _____ dari _____ sampai _____
07.00 :	
08.00 :	Catatan Penting :
09.00 :	
10.00 :	
11.00 :	
12.00 :	Hal - hal yang perlu diingat
13.00 :	
14.00 :	
15.00 :	
16.00 :	
17.00 :	
18.00 :	
19.00 :	
20.00 :	
21.00 :	
22.00 :	

# Kuesioner "Internal Triggers"

Selama pemulihan perasaan-perasaan atau emosi seringkali menjadi pencetus otak untuk berpikir menggunakan Napza lagi. Bacalah daftar perasaan-perasaan atau emosi dibawah ini, dan beri tanda rumpuk pada kotak disebelahnya yang dapat menjadi pencetus anda menggunakan Napza kembali. Beri angka 0 bila hal tersebut tidak tidak berhubungan dengan penggunaan Napza anda :

<i>Ketakutan</i>	<i>Dikritik</i>	<i>Sgt Gembira</i>	<i>Terangsang</i>
<i>Frustasi</i>	<i>Tdk mampu</i>	<i>Cemburu</i>	<i>Dendam</i>
<i>Diabaikan</i>	<i>Tertekan</i>	<i>Bosan</i>	<i>Khawatir</i>
<i>Marah</i>	<i>Depresi</i>	<i>Kelelahan</i>	<i>Berduka</i>
<i>Bersalah</i>	<i>Tdk aman</i>	<i>Kesepian</i>	<i>JEngkel</i>
<i>Gelisah</i>	<i>Relaks</i>	<i>Dengki</i>	<i>Berlebihan</i>
<i>Rasa yakin</i>	<i>Malu</i>	<i>Deprivasi</i>	<i>Slh mengerti</i>
<i>Gembira</i>	<i>Teriritasi</i>	<i>Dihina</i>	<i>Paranoid</i>
<i>Bernafsu</i>	<i>Sedih</i>	<i>Cemas</i>	<i>Lapar</i>

Kondisi emosional apa yang tidak terdaftar diatas yang dapat menjadi pencetus penggunaan Napza anda?

---

---

Apakah anda menggunakan Napza seminggu sebelum masuk program terapi ini ;

\_\_\_\_\_ Terutama terkait erat dengan kondisi emosional?

\_\_\_\_\_ Rutin dan otomatis tanpa banyak dicetuskan oleh kondisi emosi saya.

Pada waktu dimana anda dalam kondisi tidak menggunakan Napza dan ada perubahan mood yang spesifik yang pasti menyebabkan anda ingin menggunakan Napza (misalnya, anda bertengkar dengan seseorang dan ingin menggunakan Napza sebagai respon marah anda)? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Jika ya, jelaskan :

---

---

### **BAGAN "INTERNAL TRIGGERS"**

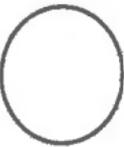
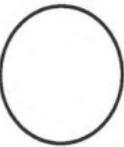
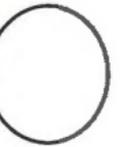
Nama : \_\_\_\_\_ Tanggal : \_\_\_\_\_

**Petunjuk :** Tulislah kondisi emosional dibawah ini menurut tingkatan yang berhubungan dengan penggunaan Napza.

0%  
Perubahan utk Gunakan  
Napza

100%  
Perubahan utk Gunakan  
Napza

<i>Tidak pernah Gunakan</i>	<i>Hampir tidak pernah Gunakan</i>	<i>Tidak pernah Gunakan</i>	<i>Selalu Menggunakan</i>

<i>Emosi pada Bagan ini 'Aman'</i>	<i>Emosi pada Bagan ini Risiko rendah, tetapi perlu berhati - hati</i>	<i>Emosi pada Bagan ini risiko tinggi</i>	<i>Pada bagan emosi ini pasien teguh untuk tetap ketergantungan. Menghindr secara total</i>
--	--	---	---

<i>Tidak pernah Gunakan</i>	<i>Hampir tidak pernah Gunakan</i>	<i>Tidak pernah Gunakan</i>	<i>Selalu Menggunakan</i>
---------------------------------	--	---------------------------------	-------------------------------

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____



_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

<i>Situasi 'Aman'</i>	<i>Situasi ini risiko rendah, tetapi perlu perhatian khusus</i>	<i>Situasi ini risiko tinggi, Tetap berada pada situasi ini sangat berbahaya</i>	<i>Pada bagan emosi ini pasien teguh untuk tetap ketergantungan. Menghindar secara total</i>
---------------------------	---	--	--

# KUESIONER "EXTERNAL TRIGGERS"

Berikan tanda silang pada aktivitas, situasi, atau setting dimana anda seringkali menggunakan Napza ; berikan angka 0 pada aktifitas, tempat atau situasi dimana anda tidak pernah menggunakan Napza.

Di rumah sendirian	Selama kencan	Sblm makan malam
Di rumah dg teman	Sblm aktifitas seks	Sblm sarapan
Di rumah teman	Selama aktifitas seks	Saat makan siang
Pesta	Sesudah aktifitas seks	Selagi makan malam
Kegiatan olahraga	Sebelum bekerja	Setelah bekerja
Bioskop	Bila bawa uang	Melewati jalan khusus
Bar/club	Lewat rumah bandar	Sekolah
Pantai	Mengemudi	Di taman
Konser	Toko Minuman	Di tempat tetangga
Dengan teman 'user'	Selama Bekerja	Akhir minggu
Bila berat badan naik	Bicara di telfon	Bersama keluarga
Liburan/vakansi	Kelomp. Pemulihan	Bila merasa sakit
Bila turun hujan	Sesudah gajian	
Sebelum kencan		

Tulislah aktifitas, situasi, atau setting lain dimana anda seringkali menggunakan Napza.

---

Tulislah aktivitas, situasi, atau setting lain dimana anda tidak akan menggunakan zat

---

Tulislah orang-orang yang bila anda bersamanya tidak menggunakan zat

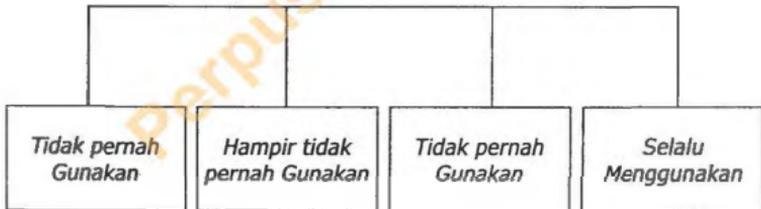
---

## BAGAN "EXTERNALTRIGGERS"

Nama : \_\_\_\_\_ Tanggal : \_\_\_\_\_

**Petunjuk :** Buat daftar orang, tempat, obyek, atau situasi dibawah ini sesuai dengan tingkat hubungannya dengan penggunaan Napza.

0% 100%  
Perubahan utk Gunakan Perubahan utk Gunakan  
Napza Napza



Perpustakaan BNN

## BAB IV

# MOTIVATIONAL INTERVIEWING & MOTIVATIONAL ENHANCEMENT THERAPY

Al Bachri Husin

### DASAR-DASAR UNTUK KETERAMPILAN PROFESIONAL

Selama lebih dari satu dekade tahun terakhir, opsi-opsi terapi adiksi napza mengalami perkembangan pesat dan bermakna. Pendekatan eklektik-holistik terhadap perilaku merupakan satu program terapi yang menyelaraskan antara sasaran terapi dan kebutuhan pasien atau klien adiksi napza (selanjutnya disebut adiksi napza). Umumnya kegagalan terapi disebabkan karena rendahnya nilai ambang motivasi adiksi napza untuk mematuhi program terapi. Karena itu diperlukan sejenis "perekat" agar mereka bersedia dan patuh untuk menyelesaikan program.

Apa yang dimaksud dengan motivasi ? Bagaimana menilai motivasi seseorang ? Apakah motivasi dapat berubah ? Banyak pertanyaan – pertanyaan yang menggelitik mengenai motivasi dan sebagian orang mengatakan dapat "merasakannya" tetapi sukar "mengungkapkan" dengan kata - kata. Motivasi adalah suatu keadaan kesiapan atau keinginan untuk berubah, selalu berfluktuasi dari waktu ke waktu atau dari satu situasi ke situasi lain.

*Motivational Interviewing* adalah salah satu intervensi yang sangat populer terhadap adiksi napza. Intervensi tersebut dapat menjadi dasar awal dari *Motivational Enhancement Therapy* (selanjutnya disebut MET). Konsep MI dikembangkan berdasarkan pengalaman dalam bidang terapi ketergantungan alkohol, pertama kali dilontarkan oleh William R Miller (1983) dan bersama Stephen Rollnick (1991) melalui pendeskripsian suatu prosedur klinis secara detail. Konsep MI yang diilhami oleh Carl Rogers, seorang psikoterapis terkenal. Rogers turut berkontribusi software dari program *Therapeutic Community* yang dikenal sampai saat ini.

*Motivational Enhancement Therapy* (MET) adalah salah satu brief-psychotherapy perorangan yang khusus digunakan untuk adiksi napza,

disamping: *Cognitive-Behavioral Therapy & Relapse Prevention Therapy, Individual Drug Counseling, Supportive Expressive Psychotherapy dan Interpersonal Psychotherapy* (Gallanter & Kleber 2004). MET umumnya terdiri atas sesi penilaian awal yang menggunakan SOCRATES\*) atau URICA\*\*) atau (Darnell 2004) diikuti oleh 2-4 sesi terapi perorangan (Miller et al 2004).

## DARI TEORI DAN RISET KE PRAKTEK KLINIK

Berbagai studi menunjukkan manfaat MET, dengan metoda strateginya. *Motivational Interviewing* (Miller et al 2004, DiClemente 2003) pada Gangguan Diagnosis Ganda, Diabetes, Bulimia, Gambling, Hipertensi, populasi berisiko HIV/AIDS dan penyakit – penyakit kronis lain yang memerlukan terapi jangka panjang (MATCH 1997, MATCH, 1998, Saunders et al 1995, Stephens et al 2000, Daley et al 1998, Woollard et al 1995, Smith et al 1997, Treasure et al 1999). Penggunaan MET adiksi napza memberikan manfaat sama efektifnya dengan penggunaan CBT dan The 12-step *Program Approach* yang dilakukan pada proyek MATCH (Miller et al 1992, Miller 1996). Penggunaan MET dalam bentuk stand-alone approach untuk psikoterapi individual sangat menjanjikan dimasa mendatang.

MET adalah suatu bentuk intervensi adiksi napza yang dilakukan secara sistimatis untuk membangkitkan terjadinya perubahan. Miller & Sanchez (1994) menggambarkan 6 elemen yang diyakininya merupakan *active ingredients* dari *brief intervention* yang dalam studinya menunjukkan kemampuan menginduksi terjadinya perubahan pada adiksi napza. Ke-enam elemen, yang kemudian sering pula disebut dengan istilah *therapeutic elemen* (Miller, 1985 ; Miller & Rollnick, 1991) tersebut dikenal dengan akronim **FRAMES** :

- ❖ **FEEDBACK** of personal risk or impairment
- ❖ **Emphasis on personal RESPONSIBILITY** for change
- ❖ **Clear ADVICES** to change

\*) SOCRATES (*Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale*) adalah suatu instrumen self-questionnaires yang bertujuan untuk menilai kesiapan seseorang untuk merubah kebiasaannya menggunakan napza. Skala mencakup 3 faktor: *Recognition (Re)*, *Ambivalence (Am)* dan *Taking steps (Ts)*. Fokus Socrates hanya kepada perilaku penggunaan alkohol dan napza. Terdiri atas 19 pertanyaan. Waktu: 5 menit.

\*\*) URICA (*University of Rhode Island Change Assessment Scale*), self report, 5-10 menit, 32 pertanyaan. Fokus URICA terutama pada problema pada diri klien akibat penggunaan napza.

- ◆ A **MENU** of alternative change options
- ◆ Therapist **EMPATHY**
- ◆ Facilitation of client **SELF-EFFICACY** or optimism

Seperti telah disebutkan diatas bahwa metoda wawancara yang digunakan dalam MET disebut dengan istilah *Motivational Interviewing (MI)*.

## **MI: BATASAN & PERAN TERAPIS**

MI pada awalnya dikembangkan berdasarkan pengalaman melakukan terapi pasien - pasien dengan problema minuman ber-alkohol. MI diungkapkan pertama kali oleh Miller (1983) pada sebuah artikel yang dipublikasi dalam *Behavioural Psychotherapy Journal*. Uraian tentang konsep dan pendekatan dasar kemudian dikembangkannya bersama dengan Rollnick (1991) menjadi suatu deskripsi prosedur klinis yang lebih detail. Baik Miller, maupun Rollnick sampai saat ini masih mengembangkan MI yang diorganisir secara profesional dengan cakupan internasional. Miller dengan bantuan NIDA melakukan studi klinis dalam bidang MET untuk pasien - pasien adiksi napza. Karena MI merupakan metoda praktis klinis yang digunakan dalam proses terapi MET, maka bagi yang melakukan MET harus memahami lebih dulu dasar - dasar konseling dan MI. MI dianggap sebagai suatu prosedur wawancara klinik. MI merupakan suatu intervensi singkat, sederhana dan metoda sama sekali berdasarkan kepada keterampilan konseling dasar.

*Motivational Interviewing* adalah suatu gaya konseling direktif yang berpusat pada adiksi napza guna merubah tingkah-laku dengan membantu mereka menggali dan mencari penyelesaian terhadap problema ambivalensi yang dialaminya (Rollnick & Miller, 1995). Gaya konseling tersebut berbeda dengan konseling non-direktif lainnya karena MI lebih berfokus dan berorientasi kepada sasaran. Tujuan utamanya adalah memeriksa dan mencari penyelesaian ambivalensi. Terapis atau konselor secara benar - benar ketat mengarahkan wawancara berdasarkan kepada sasaran tersebut. MI tidak sama dengan psikoterapi yang berorientasi psikodinamik, analitik, maupun konfrontatif.

Konsep kunci dari wawancara dengan MI adalah:

- ◆ *Ambivalence*
- ◆ *Reflective Listening*
- ◆ *Open-ended questions*

- ❖ *Affirming*
- ❖ *Summarizing*

#### **A. Ambivalence**

Hampir semua adiksi napza mempunyai perasaan ambivalence (sering disebut dengan istilah ambivalensi) terhadap perubahan sikapnya. Ambivalensi adalah dua atau lebih perasaan yang saling berlawanan dalam satu saat yang sama. Misalnya pada satu saat kita mendengar adiksi napza mengucapkan bahwa berhenti menggunakan putauw adalah suatu ide yang sangat baik, tetapi pada saat yang sama ia menyuruh orang lain untuk mengirimkan satu paket putauw kerumahnya. Pada satu saat seorang pecandu merasa sangat ingin berhenti menggunakan putauw, namun pada saat yang sama ia juga merasakan adanya keinginan besar untuk menggunakan putauw kembali. Contoh lain:

- ❖ Ia sayang kepada ibunya, tetapi pada saat yang sama ia mencuri jam tangan milik ibunya itu
- ❖ Seorang klien ingin masuk ke rehabilitasi secepatnya, namun ia minta untuk melakukan "last call" menggunakan putauw.

Pengertian ambivalensi tidak sama dengan ragu-ragu, tidak sama dengan resisten (keras kepala) atau tidak sama tingkah laku berkarakter ngambang.

MI beranggapan bahwa ambivalensi terhadap perubahan adalah sesuatu yang normal dan justru diharapkan hadir dalam proses terapi. Merubah suatu perilaku yang berproblematis tidak mudah dan mendatangkan rasa cemas atau anxietas. Dan sering mengorbankan kegiatan atau persahabatan yang menyenangkan dirinya selama ini.

Jadi bila orang lain melihat banyak kemungkinan- kemungkinan keuntungan yang diperoleh kalau berhenti menggunakan putauw, sedang bagi seorang adiksi napza melihat hal tersebut sebagai bagian dari orang yang memang ingin berhenti dan bagian dari orang yang tidak punya keinginan untuk berhenti.

Bila terapis atau konselor sedang bekerja dengan seseorang yang mengalami ambivalensi, tugas terapis atau konselor adalah menolong pasien untuk mengungkapkan, mengakui dan mendiskusikan perasaan

- perasaan yang bercampur baur tersebut dengan cara menolong mereka memberikan kemungkinan - kemungkinan adanya keseimbangan sehingga menyetujui perlunya perubahan.

## **B. Reflective Listening**

RL adalah semua pernyataan atau ucapan terapis yang ditujukan kepada adiksi napza untuk menunjukkan bahwa terapis memang betul - betul memahami apa - apa yang diucapkan adiksi napza. RL dapat berupa peng-ulangan sederhana dari pernyataan - pernyataan klien, atau dapat menggambarkan sesuatu makna/maksud/arti atau suatu ekspresi perasaan yang dinyatakan tidak langsung melalui ungkapan kata-kata terapis sendiri. Contoh - contoh berikut menunjukkan bagaimana terapis memberi respons kepada adiksi napza guna menunjukkan beberapa tipe dari RL:

Adiksi napza: *"Bokap dan nyokap gue selalu memperlakukan tentang gua, kapan gua pakauw. Mereka masuk kamar gue dengan alasan yang dicari - cari dengan maksud hanya untuk mendapatkan insulin atau bekas - bekas bungkus pete. Mereka selalu nguping kalau gue sedang ngomong dengan temen-temen gue. Dan bahkan kadang kadang 'ngikuti gue kemana gue pergi".*

Beberapa kemungkinan RL yang diucapkan konselor:

Contoh Terapis I: *"Oh, mereka memata-matai Anda dan mengikuti Anda terus menerus, dong!"* (Ucapan ini yang disebut sebagai **Simple RL** artinya mengucapkan secara sederhana apa-apa yang diucapkan klien, tetapi dengan kata - kata lain).

Soal: coba masing - masing membuat satu contoh **Simple RL**.

Contoh Terapis II: *"Wow, itu berarti mereka sering berprasangka, memikirkan dan menduga- duga kapan dan dimana kamu menggunakan pete!"* (Ucapan ini disebut sebagai **Meaning RL** artinya RL yang diutarakan konselor sebagai mengucapkan makna atau arti dari pernyataan klien dengan bahasa terapis sendiri).

Soal: beri satu contoh untuk menunjukkan **Meaning RL**.

Contoh Terapis III: *"Dari apa yang elu ucapkan, nampaknya elu merasa jengkel karena diperlakukan bokap dan nyokap elu seperti begitu"*

(Terapis mengucapkan kembali pernyataan perasaan klien seperti yang diucapkannya. Kondisi ini yang disebut sebagai **Feeling RL**)

Soal: Anda diminta untuk menggambarkan ucapan terapis dan adiksi napza yang menunjukkan **Feeling RL**.

Terapis dapat menggunakan satu atau lebih dari tipe-tipe RL diatas untuk menyampaikan bahwa ia mengerti dan memahami apa yang diucapkan oleh adiksi napza. Harus diingat bahwa ketika terapis mencoba untuk merefleksikan arti atau feeling yang dikaitkan dengan kata-kata adiksi napza, telah masuk satu elemen yang kita sebut sebagai elemen menebak. Cobalah untuk menjaga agar elemen menebak tersebut erat kaitannya dengan ungkapan adiksi napza. Andaikata adiksi napza tidak setuju dengan tebakan terapis, terapis tidak perlu bersikap defensif atau mencoba untuk menjelaskan dugaan atau tebakannya. Sebagai penggantinya, terapis dapat mengutarakan seperti berikut: *"Anda boleh berceritera lebih banyak lagi, biar saya menjadi lebih memahami persoalan yang Anda hadapi"*. Refleksi yang tepat sangat penting untuk memfasilitasi terjadinya perubahan adiksi napza. Bila adiksi napza benar – benar merasa dirinya sudah dimengerti, dipahami dan diterima oleh terapis, maka ia akan meningkatkan pengungkapan dirinya secara terbuka dan mempertimbangkan dirinya untuk merubah tingkah lakunya. Cobalah secara berkali-kali merefleksikan sebanyak mungkin perasaan-perasaan pasien yang ingin berhenti menggunakan zat adiktif. Terapis dapat juga menggunakan yang disebut *"double side reflections"*. Refleksi yang bersisi ganda tersebut merupakan pengakuan adiksi napza terhadap sisi-sisi yang berlawanan dari ambivalensinya. DSR menunjukkan bahwa terapis cukup empati terhadap perasaan-perasaan adiksi napza. Lihat contoh berikut :

*"Tadi kamu mengatakan bahwa kamu betul-betul menikmati gitting, tetapi sebaliknya kamu sendiri mengatakan bahwa kamu kuatir kalau itu dapat merusak kesehatanmu"*

atau

*"Kamu tidak yakin ingin berhenti menggunakan pete tetapi pada waktu yang sama kamu mengatakan kamu tidak mau kalau kamu satu masa ketangkap polisi"*.

Soal: berilah 2 contoh bagaimana dalam wawancara terapis melakukan DSR.

### C. Open-Ended Questions

*Open-ended questions* mengundang adiksi napza untuk memberikan jawaban yang bersifat menerangkan, sedang untuk *closed-ended questions* akan mendapatkan respons jawaban singkat satu atau dua patah kata saja. Untuk mengembangkan timbulnya motivasi, seorang terapis harus menggunakan *open-ended questions*. Berikut adalah beberapa contoh *open-ended questions* dan *closed-ended questions*.

OEQ: "Coba terangkan pengalaman masa lalu kamu menggunakan ganja."

CEQ: "Berapa umur kamu ketika menggunakan ganja pertama kali?"

OEQ: "Bagaimana reaksi teman-teman kamu, ketika mereka tahu bahwa kamu sudah mau berhenti pakauw?"

CEQ: "Adakah kamu mempunyai teman-teman yang juga sudah tidak pakauw lagi? Berapa orang?"

OEQ: "Apa yang mendorong kamu untuk berhenti?"

CEQ: "Siapa orang yang memaksa kamu untuk berhenti pakauw?"

Bila terapis menggunakan OEQ, terapis akan mendatangkan lebih banyak pikiran-pikiran atau perasaan-perasaan adiksi napza tentang penggunaan zat adiktif-nya, yang benar-benar akan membantu adiksi napza untuk meningkatkan motivasinya untuk berhenti dan merubah tingkah lakunya.

### D. Affirming ('memperkokoh, menegaskan, menguatkan')

Dengan tulus, terapis harus mencari peluang untuk mengucapkan kata-kata yang bersifat menguatkan, menegaskan atau memperkokoh pandangan adiksi. Ungkapan memperkokoh tersebut dapat diucapkan dalam berbagai cara yang dimaksudkan untuk mencapai manfaat:

- ◆ Memperkokoh hubungan kerja
- ◆ Meningkatkan atau menambah sikap bertanggung jawab dan kekuatan diri
- ◆ Memperkuat pernyataan-pernyataan atau upaya-upaya memotivasi diri adiksi sendiri

◆ Mendukung citra-diri adiksi

Sebagai contoh adalah pernyataan-pernyataan berikut:

- ◆ Ternyata kamu memiliki ide-ide bagus untuk mengubah dirimu sendiri
- ◆ Terima kasih karena kamu sudah bersedia mendengarkan pandangan saya hari ini
- ◆ Anda telah melakukan satu langkah maju pada hari ini, saya sangat menghargainya
- ◆ Saya merasakan bahwa kamu telah memiliki pandangan-pandangan maju sampai saat ini, saya bangga karenanya

### E. Summarizing

Sangat bermanfaat membuat pernyataan kesimpulan dalam setiap sesi, terutama dilakukan pada akhir tiap sesi. Kesimpulan tersebut merupakan refleksi dari rangkaian pernyataan-pernyataan yang diutarakan adiksi selama sesi berlangsung. Tidak ada salahnya, dan juga sangat berguna untuk mengulang-ulang pernyataan adiksi yang bersifat *self-motivational statements*. Juga diucapkan dalam kesimpulan elemen-elemen penolakan adiksi dan resistensinya guna mencegah reaksi negatif adiksi terhadap kesimpulan yang terapis buat. Memang didalam kesimpulan tersebut terapis dengan sengaja mengulang-ulang *self-motivational statements* adiksi agar mereka mendengarkan dan memahami reaksi terapis terhadap pernyataan-pernyataan tersebut. Berikut adalah contoh kesimpulan yang dibuat terapis pada akhir sebuah sesi:

*"Saya mencoba membuat kesimpulan atas pertemuan kita hari ini, biar Anda dapat menyebutkan hal-hal yang mungkin hilang dari pengamatan saya sebagai terapis. Saya mulai pertemuan pagi ini dengan menanyakan kepada Anda tentang napza apa saja yang Anda gunakan. Anda menyebut beberapa jenis napza tetapi yang berat Anda lepaskan sampai saat ini adalah putauw. Anda telah banyak kehilangan akibat penggunaan putauw, mulai pacar yang akhirnya meninggalkan Anda, drop-out kuliah, dipecat dari pekerjaan sampai kehilangan kepercayaan orangtua Anda. Anda sudah malang melintang ke berbagai dokter untuk mendapatkan terapi detoksifikasi dan berkali-kali ikut program rehab. Anda telah berusaha untuk*

*menghentikan kebiasaan Anda tersebut, namun berkali-kali gagal dan gagal lagi. Saya sangat menghargai ketulusan Anda yang telah menceritakan semuanya. Barangkali ada yang kurang dari kesimpulan saya ini ?”*

Atau kalau terapis membuat kesimpulan pada saat proses wawancara masih berlangsung sebagai contoh berikut:

Sebagaimana yang Anda sebutkan, akhirnya timbul perasaan ketakutan kalau-kalau nanti anak-anak Anda akan meniru perilaku Anda menggunakan ganja. Apalagi anak Anda yang laki-laki sekarang sudah berusia 17 tahun dan pernah memergoki Anda ketika sedang melinting. Dan Anda juga kuatir-kuatir, jangan-jangan Anda tidak dapat sebagai contoh yang baik untuk anak Anda. Apalagi yang Anda tambah dari kesimpulan saya ini?

## MI: MENU STRATEJI

Miller dan Rollnick (1991) menggambarkan 4 strateji yang merupakan jantung dari MI seperti berikut:

1. Memahami dan mengungkapkan empati (*"express empathy"*)
2. Mengembangkan diskrepansi (*"develop discrepancy"*)
3. Menghindari adu-argumentasi (*"avoid argumentation"*)
4. Menggulung hambatan (*"roll with resistance"*)
5. Mendukung efikasi-diri (*"support self-efficacy"*)

### ❖ **Express Empathy ('memahami dan mengungkapkan empati')**

Ciri khas utama dari *Motivational Interview* adalah konseling atau psikoterapi yang berorientasi kepada *'client-centered'* dan gaya (pola, style) berkomunikasi ber-empati. *"Client-centered orientation"* artinya materi diskusi berfokus hanya pada permasalahan pasien. Problema lain yang sedikit berkait dengan pasien, juga dibicarakan atau didiskusikan, tetapi tidak merupakan fokus utama wawancara. Dapat dianggap bahwa ketrampilan klinis dasar dari MI adalah *'reflective listening'* (atau RL) dan empati yang adekuat (menurut Carl Rogers). Gaya berkomunikasi ber-empati tersebut harus dimulai sejak awal

wawancara dan terus-menerus dilakukan selama proses MI berlangsung.

Pegangan dasar konseling yang ber-prinsip empati adalah apa yang dinamakan dengan istilah 'acceptance.' Dengan 'acceptance', berarti terapis adiksi dapat memahami, memaklumi dan menghargai pandangan klien. Melalui RL, terapis mencoba untuk memahami perasaan dan pandangan pasien tanpa menghakimi, mengkritik, mempersalahkan dan menghujatnya. Penting juga diingat bahwa 'acceptance' tidak berarti menyetujui, mendukung, menyokong atau merestui. Artinya seorang terapis dapat menerima dan memahami pandangan pasien, tanpa perlu menyokong atau menyetujuinya. Sikap 'acceptance' dari seorang terapis tidak berarti melarang terapis untuk mengutarakan perbedaan dirinya dengan pandangan pasien dan mengekspresikan perbedaan tersebut. Seorang terapis harus mampu bersikap mendengarkan dengan penuh hormat dan santun, menghargai pasien, dan berkeinginan untuk memahami pandangan pasien. Beberapa sikap terapis yang kurang terpetik antara lain disatu pihak menerima seperti apa adanya, tetapi sebaliknya terus melanjutkan dengan menuntut 'ketidak-terimaan' terapis, misalnya: "Elu boleh saja enggak setuju, tetapi tampil beda 'kan?" atau "Elu enggak setuju, tetapi elu merasakan enaknye 'kan?" Pernyataan demikian cenderung menghambat proses perubahan dalam diri pasien. Para ahli terapi keluarga menyebutnya dengan fenomena "ironic process." Dalam riwayat Junani Kuno, setiap kegiatan atau aktivitas pasti menimbulkan akibat atau efek samping yang perlu dihindarkan. Dalam proses konseling harus dipertahankan adanya ramalan-ramalan masa mendatang dengan penuh kegembiraan yang saling mengisi. Hindarkan sikap menjelek. Sikap terapis menerima dan menghargai kerjasama pasien-terapis serta mendukung citra diri pasien akan sangat membantu perubahan pasien.

Terapis adiksi yang bersikap empati disebut dengan "emphatic therapist." Seorang 'emphatic therapist' mencoba melakukan respons terhadap pandangan atau perspektif pasien seperti: pemahamannya, keterpaduan pandangannya dan keabsahannya (sekurang-kurangnya sesuai dengan kerangka fikir pasien). Ambivalensi dianggap sebagai suatu bagian yang normal dalam pengalaman dan perubahan manusia, dan jangan dianggap sebagai sesuatu yang patologi atau mempertahankan sesuatu yang merusak diri. Problem perilaku menolak perubahan diri adalah hal yang diharapkan dalam konsultasi dan setting terapi, sebaliknya pasien telah dapat berubah sebelum

mencapai kondisi ini. Tidak perlu memandang klien sebagai seorang unik yang tidak mampu berubah. Terapis melihat lebih kepada situasi pasien yang merupakan salah satu yang menyebabkan pasien menjadi "stuck" melalui pemahaman kepada proses psikologik.

Seorang konselor adiksi mencari dan menemukan suatu cara komunikasi yang saling menghargai pada kliennya. Harus dihindarkan dalam komunikasi tersebut hubungan superior-inferior antara konselor dengan klien. Pendekatan konseling tidak boleh dilakukan secara konfrontatif. Penting menghilangkan adanya impresi bahwa konselor berusaha untuk melakukan pendekatan-pendekatan untuk meyakinkan klien bahwa apa yang dijalankan selama ini adalah merupakan kesalahan. Peran seorang konselor adalah memadukan diri sebagai pendengar yang suportif dan seorang konsultan yang memahami problematika. Dalam MI, sebagian besar adalah mendengarkan dan sedikit menerangkan.

*Emphatic listening* dan *relective listening* yang akurat adalah sesuatu yang krusial untuk memfasilitasi perubahan. Jika seorang klien remaja merasa bahwa dirinya memang telah sungguh-sungguh dimengerti dan dipahami oleh konselornya, mereka akan membukakan diri dan menerima konselornya sebagai seorang konsultan yang absah, valid dan dipercaya untuk proses perubahan dalam dirinya.

Konselor adiksi mengekspresikan empati terhadap adanya ambivalensi pada diri pasien terhadap kemungkinan menghentikan penggunaan opioida (misalnya). Disini, konselor didorong secara akurat untuk merefleksikan perasaan-perasaan klien yang bercampur baur tentang penghentian opioida. Konselor harus menggunakan "double-side refelections" dalam meng-empatisasi perasaan yang bercampur baur dalam diri pasien, sebagai contoh:

*Seperti yang kamu katakan kamu memang betul-betul enjoy ketika gitting menggunakan putauw tetapi dipihak lain kamu merasa khawatir jangan-jangan putauw merusak otak.*

**Atau**

*Kamu tidak yakin mau berhenti pakauw, tetapi pada saat yang sama kamu tidak ingin kalau ketangkap polisi atau masuk bui.*

#### ❖ Develop Discrepancy ('mengembangkan diskrepansi')

Diskrepansi artinya perbedaan. Dalam konseling adiksi, diskrepansi diterjemahkan sebagai "perbedaan antara situasi saat ini dengan situasi mendatang yang sesuai dengan kebutuhan klien." Rasanya tidak tepat bila kita menganggap bahwa tujuan umum dari MI adalah agar klien menerima dirinya "seperti apa adanya", kemudian memelihara dan mempertahankan cara yang telah dia lakukan. Konselor seharusnya tidak menerima begitu saja keinginan klien untuk berbuat apa saja atau pergi kemana dia suka. Dengan RL bukan berarti kita memperturutkan apa maunya. Seorang klien yang menunjukkan kebiasaan yang membahayakan dirinya seperti seorang klien dengan komplikasi HIV positif atau TBC paru sebaiknya disarankan/dipertimbangkan untuk merubah tingkah lakunya secara nyata. Pertanyaannya adalah: bagaimana konselor sebaiknya menerangkan kepada klien tentang adanya suatu realita yang tidak menyenangkan sehingga klien harus menghadapi kenyataan tersebut dan perilaku klien agar realita tersebut dapat berubah.

Dalam tahap ini, konselor memulai MI dengan konseling yang berpusat pada pasien secara klasik ("*classic client centered counseling*"). MI adalah suatu wawancara yang direkayasa dan bersifat direktif (mengarah-kan), terutama mengarah kepada pencarian penyelesaian ambivalensi. Konseling '*client centered*' digunakan juga untuk maksud lain seperti membantu orang untuk meninggalkan pekerjaannya atau kesukaran menentukan beberapa pilihan. MI secara spesifik bertujuan untuk mengeluarkan klien dari kondisi "*stuck*", dan membantu mereka pindah dari ambivalensi masa lalu ke perilaku positif yang efektif.

Bilamana MI berjalan baik, bukan konselor yang menyuarakan perlu adanya perubahan dalam diri klien, tetapi klien. Klien akan mengemukakan sendiri alasannya untuk mengubah diri, efikasi diri dan tujuan kenapa harus berubah.

Motivasi untuk berubah umumnya terjadi bila klien dapat merasakan adanya perbedaan antara dimana mereka berada dan kemana mereka mau pergi. Dalam menjalankan prinsip 'mengembangkan diskrepansi' ini, terapis membantu klien untuk mengakui dan menerima adanya perbedaan atau diskrepansi antar pengaruh heroin yang digunakannya sekarang dan bagaimana hidupnya yang dia inginkan nanti di masa mendatang. Menyadari adanya perbedaan ini dapat menggiring pasien sehingga berkeinginan

untuk merubah perilaku dirinya.

Disini sekali lagi terapis perlu menyampaikan beberapa penghargaan dan empati yang sama kepada klien seperti yang dideskripsikan dibawah ini. Dalam mengembangkan diskrepansi, konselor tidak perlu mengemukakan atau menyampaikan kesan kepada klien bahwa *"Anda telah gagal karena Anda menggunakan heroin"*, tetapi lebih kepada merefleksikan pernyataan klien yang mengungkapkan bagaimana penggunaan heroinnya yang dia gunakan selama ini dapat mengganggu upaya yang akan dia capai sesuai dengan keinginannya. Sebagai contoh :

*"Kata Anda ingin bekerja sebagai staf bagian marketing di perusahaan tersebut, tetapi kebiasaan Anda menggunakan putauw tentu akan menyebabkan Anda gagal ketika tes urin"*

Konselor sering menjumpai banyak kliennya tidak mampu atau tidak mau mengutarakan atau mengungkapkan apa tujuan hidupnya terutama tujuan hidup dalam jangka singkat. Konselor harus mendengarkan apa yang dibutuhkan atau diperlukan oleh pecandu tersebut dalam jangka singkat, misalnya:

*"Di satu sisi Anda mengatakan Anda tidak dapat meninggalkan perasaan gitting yang Anda dapat selama ini dengan menggunakan putauw, tetapi di sisi lain Anda ingin sekali untuk memenuhi keinginan orangtua Anda untuk berhenti menggunakan putauw"*

Bahkan kadang-kadang seorang klien tidak mampu mengungkapkan secara verbal sasaran atau tujuan dari kehidupannya, dan sebagian dari mereka mempunyai keyakinan yang samar-samar tentang kehidupannya yang lebih baik bila mereka berhenti menggunakan heroin. Pada banyak kasus, sangat membantu bila konselor adiksi mencoba merefleksikan ekspektasi atau harapan-harapan positif kembali kepada klien seperti pada contoh berikut:

*"Apakah Elo ingin mempunyai sesuatu yang lebih baik daripada kehidupan Anda sekarang? Apakah Elo berpikir kalau hidup elo jadi lebih baik kalo berhenti pakauw? Apa iya begitu ?"*

Diingatkan bahwa pada contoh sebelumnya, konselor menanyakan klien apakah konselor betul-betul telah memahami klien. Ini memberikan kesempatan kepada klien untuk merubah refleksi yang

tidak akurat dan pada akhirnya akan menyebabkan klien merasa lebih baik pemahamannya.

Bentuk lain dari diskrepansi sangat berguna untuk disadari dalam bekerja dengan klien adalah perbedaan antara pandangannya tentang dirinya sendiri sekarang dan bagaimana ia memandang terhadap dirinya pada masa mendatang. Sebagai contoh konselor dapat merefleksikan sebagai berikut:

*"Kamu mengatakan bahwa hidup kamu telah gagal bila kamu terus-terusan pakauw seperti sekarang ini, dan kamu juga merasa tidak nyaman melihat diri kamu seperti itu. Kamu ingin merasakan sesuatu yang lebih baik untuk diri kamu sendiri. Apa betul begitu?"*

#### ❖ **Avoid Argumentation ('menghindarkan adu argumentasi')**

Bila terjadi adu argumentasi yang mengarah kepada debat terbuka, maka hasilnya adalah *defensi* dan *retensi*. Akibatnya (dari sudut pandang adiksi napza), terapis dianggap tidak mengerti permasalahan napza. Diskusi boleh saja dilakukan, namun timbulkan kesan bahwa terapis harus tetap berada dan mewakili keberpihakan kepada adiksi napza, meskipun sesungguhnya bertentangan dengan sudut pandang adiksi napza. Teknik MI adalah suatu pendekatan persuasi yang "*gentle*", "*subtle*" dan "*non-aggressive*."

Terapis harus bersikap hati-hati terhadap "*perangkap pembicaraan yang menyebabkan masuknya terapis kedalam kondisi debat kusir*". Hindarkan pandangan pribadi yang tidak objektif dan sedapat mungkin menghindarkan pemberian "*semacam fatwa atau nasehat*". Dan disarankan agar terapis tidak perlu membanggakan pengalaman hidupnya didalam wawancara MI.

#### ❖ **Roll with Resistance ('menggulung hambatan')**

Dalam wawancara MI, mungkin saja dapat terjadi resistensi. Resistensi muncul bila terjadi:

- Adiksi napza mengajak bertengkar
- Adiksi napza kerap kali meng-interrupti terapis
- Adiksi napza selalu menyangkal

- Adiksi napza selalu memberi alasan jawaban "tidak tahu".

Terapis harus segera menghindarkan gejala-gejala awal resistensi yaitu ketika adiksi napza telah mengemukakan secara terbuka bahwa mereka menolak untuk mengubah tingkah lakunya. Secepatnya terapis merubah 'style' wawancara yang dilakukan. Sesuaikan style wawancara dengan kondisi proses MI yang berlangsung. Adiksi napza diajak untuk mencari cara-cara atau pilihan-pilihan jalan keluar lain terhadap permasalahan yang ada. Jangan terlalu memaksakan. Tetap diingat bahwa ambivalensi bukan sesuatu yang patologi pada diri adiksi napza, namun perlu mendapat eksplorasi yang mendalam. Usahakan dalam wawancara MI, adiksi napza mengemukakan solusi terhadap masalah yang ada, bukan terapis yang menyediakan macam-macam solusi.

Setiap pasien mencoba '*memancing emosi*' terapis, terapis berusaha menghindarkan perdebatan untuk merubah diri adiksi napza. Resistensi atau hambatan tidak perlu langsung ditantang. Terapis dapat mengemukakan pandangan-pandangan baru tetapi tidak perlu memaksakan diri agar adiksi napza menyetujuinya. Sebab adiksi napza sendiri sebagai sumber pertama untuk mencari jawaban dan solusi. Resistensi atau hambatan adalah sinyal tentang adanya respon terhadap perbedaan.

#### ❖ **Support Self-Efficacy ('mendukung efikasi-diri')**

Seseorang tidak akan mau berubah, bila dia merasa 'disana' ternyata tidak ada harapan untuk sukses. Karenanya terapis harus mendukung persepsi mereka untuk berubah sesuai dengan kapasitas diri yang mereka miliki. Terapis harus mengutarakan dukungan efikasi diri adiksi napza melalui ungkapan-ungkapan yang bersifat optimisme dan suportif. Dan terapis harus tetap yakin bahwa adiksi napza memiliki kemampuan untuk merubah dirinya.

*Self-efficacy* penting karena merupakan faktor kritis yang menentukan untuk terjadinya perubahan perilaku adiksi napza. Jika mereka memiliki hanya sedikit harapan, bahwa sesuatu dapat berubah, maka hanya ada sedikit alasan untuk dapat menghadapi masalah, sehingga akan mengurangi rasa tidak nyaman yang timbul dalam diri adiksi napza.

Keyakinan klien tentang kemungkinan adanya perubahan merupakan motivator penting. Klien, bukan konselor, yang bertanggung jawab menentukan dan menyelenggarakan atau melakukan perubahan. Keyakinan yang dimiliki konselor adalah kemampuan klien untuk mengubah diri dan keduanya merupakan harapan dan ramalan yang saling mengisi untuk masa depan.

## LANGKAH-LANGKAH MI

1. Susun agenda
2. Tanyakan aspek positif dari Penggunaan Napza (atau jenis obat yang digunakan)
3. Tanyakan tentang less good things
4. Tujuan hidup
5. Tanyakan tentang keputusan
6. Menyusun Sasaran

## MI: BERBEDA DENGAN PENDEKATAN KONFRONTASI LAINNYA

Meskipun didalam pendekatannya metoda MI melakukan "konfrontasi" terhadap pasien dengan realita. Namun secara substansial berbeda dengan tipe-tipe pendekatan konfrontasi yang lebih agresif. Lebih spesifik, dalam penggunaan MI kepada terapis tidak dibolehkan beberapa teknik yang dapat merusak esensi spirit dari MI. Teknik-teknik tersebut adalah berikut:

- ❖ Memperdebatkan problema pasien dan kebutuhannya untuk berubah
- ❖ Menawarkan nasehat-nasehat langsung atau menguraikan solusi dari problema tanpa izin pasien atau tanpa secara aktif mendukung pasien agar membuat pilihan-pilihannya sendiri
- ❖ Menggunakan pendapat orang berkuasa atau expert dan membiarkan pasien dalam keadaan pasif
- ❖ Menguasai sebahagian besar pembicaraan yang hanya berupa informasi langsung satu arah
- ❖ Menetapkan satu label diagnostic

- ◆ Melakukan cara-cara dengan paksaan atau menghukum

MI juga berbeda dengan terapi perilaku konvensional seperti tidak adanya nasehat atau perintah langsung kepada pasien atau latihan keterampilan.

## **MOTIVATIONAL ENHANCEMENT THERAPY : Deskripsi & Rasional**

### **Deskripsi Umum MET**

MET mencoba membangkitkan hadirnya motivasi diri adiksi napza untuk mengubah dirinya sendiri, mengkonsolidasi suatu keputusan pribadi dan akhirnya merencanakan suatu perubahan diri. Pendekatan MET secara garis besar lebih bersifat *client centered*, meskipun direncanakan dan diberi pengarahan.

### **Sasaran & Objektif MET**

Dalam aplikasi MET pada adiksi napza, tujuan MET adalah mencoba mengurangi harmful use dari napza. Setiap adiksi napza dalam MET mempersiapkan dan menetapkan masing-masing sasarnya. Sebenarnya tidak ada sasaran absolute dalam MET. Kadang-kadang seorang terapis mempersiapkan suatu sasaran yang lebih spesifik seperti abstinensia total. Suatu kerangka yang lebih luas dari seluruh sasaran kehidupan perlu digali lebih dalam ketika wawancara berlangsung.

### **Rasional Teori & Mekanisme Aksi**

MET berlandaskan prinsip-prinsip psikologi sosial dan kognitif. Terapis mencoba untuk mengembangkan suatu diskrepansi dalam persepsi adiksi napza antara perilakunya sekarang dengan sasaran pribadinya secara signifikans. Konsisten dengan teori persepsi diri Bem, menekankan penempatan dari eliciting dari pasien *self motivational statement* dari keinginannya dan komitmennya kepada perubahan dirinya.

## **Agent of Change**

Adiksi napza, baik sebagai pasien maupun sebagai klien, adalah *agent of change* dengan bantuan terapis.

## **MET: FORMAT SESI DAN KARAKTERISTIK**

Sasaran yang diajukan dalam proses MET tidak bersifat absolut, namun terapis disarankan membuat suatu sasaran spesifik misalnya abstinensia total. Cakupan sasaran yang lebih luas dapat ditawarkan setelah melakukan eksplorasi seksama. Mekanisme proses kegiatan MET terutama mengembangkan deskrepansi dalam persepsi adiksi napza antara perilakunya saat itu dibandingkan dengan perilaku sasaran yang bermakna buat dirinya dimasa mendatang. Penekanan ditempatkan kepada pernyataan-pernyataan pasien tentang keinginan dan komitmen dirinya terhadap perubahan. Sekali lagi diingatkan peran terapis hanya membantu.

MET dapat dilakukan baik dalam setting pasien rawat nginap maupun rawat jalan. Waktu MET cukup singkat yaitu dibatasi antara 4 sampai 5 sesi pertemuan dan masing-masing sesi tidak boleh lebih dari 1 jam. Untuk trampil dalam MET, penting adanya pelatihan khusus. Seorang praktisi MET yang trampil menampilkan proses terapi tampak mudah dan alami, tetapi komponen keterampilan membutuhkan praktek yang substansial dan penajaman.

## **Stages of Change**

Bobot dari tiap sesi MET tergantung kepada motivasi adiksi napza untuk berubah. Kondisi di motivasi mana, mereka berada tergantung stages of change (yang sering pula disebut sebagai *stage of motivation* atau *stages of readiness*). *Stages of change* sering digambarkan dalam bentuk spiral, dimana bila terjadi relaps, adiksi napza bukan tidak mungkin kembali ke stage yang lebih awal. Stages tersebut adalah:

### **◆ Precontemplation Stage**

*"Untuk apa saya harus mencari solusi? Saya sendiri tidak melihat kondisi saya sebagai suatu masalah!"* Seorang adiksi napza yang berada didalam Precontemplation Stage disebut sebagai Precontemplator. Seorang precontemplator sering *"terpaksa"* datang ke terapi karena

mendapat tekanan dari orang lain ---- orangtuanya, pacarnya, teman akrabnya, teman kantornya, atau pihak polisi ----- dan pada akhirnya pun ia tetap merasa tidak perlu berubah. Bila problema datang menimpa dirinya mereka cepat berkilah dan mengganti topik pembicaraan. Mereka menempatkan dan memindahkan tanggung jawab dari problemanya kepada faktor-faktor seperti keturunan, kesalahan keluarga, masyarakat, takdir, polisi dan lainnya. Mereka merasa situasi dirinya tidak ada gunanya untuk berupaya.

#### ◆ **Contemplation Stage**

*"Saya akan benar-benar berhenti bila telah tidak berdaya dan buntu."* Seseorang dalam contemplation stage disebut sebagai contemplator. Contemplator mengakui bahwa mereka memang mempunyai problem karena napza yang digunakannya dan mulai berfikir tentang bagaimana memecahkan permasalahannya. Contemplator berjuang dengan susah payah untuk memahami problemanya, untuk mengetahui apa-apa yang menjadi penyebabnya dan bertanya-tanya terhadap kemungkinan solusi-solusinya. Banyak kontemplator telah mempunyai rencana-rencana yang tidak pasti dan berjanji dalam beberapa bulan mendatang akan berbuat suatu upaya untuk berhenti. Terapis sering mengatakan: *"Anda mengetahui tujuan anda dan bahkan anda memahami bagaimana mencapainya, namun anda belum siap untuk melakukannya."*

Contemplator sering berjanji pada dirinya sendiri bahwa satu waktu nanti mereka pasti akan mengubah perilakunya. Pada saat contemplator mulai berubah ke step berikutnya yaitu preparation stage, pola pikir mereka telah jelas-jelas ditandai dipisahkan oleh adanya 2 tonggak perubahan. Tonggak masa lalu dan tonggak masa mendatang. Pada langkah ini, mereka telah banyak memulai berfikir tentang masa depan daripada memikirkan masa lalunya. Fase akhir dari *contemplation stage* adalah suatu saat dimana mereka telah berfikir untuk mengantisipasi, berbuat sesuatu, cemas dan excitement.

#### ◆ **Preparation Stage**

Sebagian besar mereka yang berada dalam preparation stage berencana untuk melakukan suatu persiapan untuk berbuat dan memulai melakukan penyesuaian diri akhir sebelum mereka memulai mengubah tingkahlakunya. Mereka belum dapat mengalahkan perasaan ambivalensi

yang selalu ada dalam dirinya. Mereka sangat membutuhkan sejumlah alasan untuk memperkuat dan meyakinkan dirinya.

#### ❖ **Action Stage**

Pada stage ini, orang-orang telah melihat adanya perubahan perilaku dirinya dan adaptasi dirinya terhadap lingkungannya. Ia telah menunjukkan perubahan-perubahan perilaku yang selama ini telah dipelajarinya. Namun perilaku tersebut memerlukan waktu dan energi untuk mendapatkan komitmen yang besar. Perubahan perilaku sudah makin tampak terlihat orang lain.

#### ❖ **Maintenance Stage**

Perubahan perilaku tidak hanya berakhir karena telah menunjukkan aktivitasnya. Tanpa suatu komitmen yang kuat, kemungkinan relaps selalu ada, sehingga jatuh kembali lagi menjadi *precontemplation* atau *contemplation stage*. Bila dalam stage ini, adiksi mengalami 'slip', mereka tidak akan panik karena mereka merasa yakin karena sudah dibekali skill untuk mengatasi diri (meskipun banyak orang yang selalu siap untuk menawarkan jasa membantu klien). Adiksi bersedia secara aktif untuk membantu orang lain yang *sependeritaan* dengannya. Adiksi telah mencoba untuk menahan berbagai 'godaan atau tawaran' dari orang-orang lain yang masih 'aktif' menggunakan napza.

## **STRUKTUR MET-SESSIONS**

### **The Initial Session**

- ❖ Mempersiapkan Sesi Pertama
- ❖ Mengutarakan alasan dan lamanya terapi berlangsung
- ❖ Mengakhiri Sesi Pertama
- ❖ Catatan Follow-up

Dalam sesi-1, terapis menjelaskan bahwa ia akan memberikan feedback atas kuesioner yang telah dibuat klien pada penilaian awal. Jelaskan bahwa dengan cara itu terapis dan klien akan lebih jauh memahami kondisi klien.

Wawancara dilakukan dengan berbagai strategi MI, seperti:

- *Eliciting Self-Motivational Statement*
- *Listening with empathy, reflection*
- *Affirming the client*
- *Handling resistance*
- *Reframing*

"Sebelum kita memulai sesi MET, saya perlu beberapa menit untuk menjelaskan kepada Anda bagaimana kita dapat bekerjasama dalam proses terapi ini. Pertama-tama saya ingin mengucapkan terima kasih karena Anda telah menyelesaikan kuesioner-kuesioner ini dalam beberapa menit. Saya ingin mengatakan kepada Anda bahwa terapi ini bertujuan untuk merubah perilaku Anda. Tidak ada orang yang mampu membuat perubahan dalam diri Anda kecuali Anda sendiri...."

Beberapa elemen yang perlu diucapkan:

- "Saya senang Anda dapat hadir bersama isteri.", "Saya gembira Anda dapat meluangkan waktu pada pertemuan ini." (*A joining message*)
- "Anda benar-benar telah mempunyai prakarsa untuk mengatasi masalah.", "Hari ini Anda telah maju satu langkah kedepan." (*Affirmation of the client*)
- Refleksi dari seriusnya penyakit klien
- Membuat summary singkat dari wawancara
- Ucapan optimisme dan harapan
- Mengingatkan kembali waktu sesi berikutnya

### **Follow-Through Session**

Beberapa pointers:

- ◆ Transisi atau rujukan
- ◆ Terminasi
- ◆ Lama dan batasan sesi
- ◆ Konsultasi melalui telepon
- ◆ Intervensi krisis

- Dimulai dengan mengucapkan summary apa yang telah berlangsung pada sesi awal
- Terapis melakukan review terhadap progress yang terjadi setelah sesi awal, memperbarui motivasi, memperkuat komitmen
- Rencana untuk berubah yang sebelumnya telah pernah diutarakan klien, boleh dinegosiasi, diperbaiki atau diganti
- Jangan menganggap bahwa ambivalensi telah hilang pada fase ini! Ambivalensi selalu masih tetap ada dan terapis tetap harus mengatur strategi membangun motivasi pasien
- Topik yang disarankan pada sesi-sesi, yaitu:
  - Situasi ketika klien masih menggunakan napza
  - Situasi ketika klien sudah tidak lagi menggunakan napza

#### Bila klien masih menggunakan napza

- Bicarakan bagaimana kejadiannya
- Terapis tetap empati, hindarkan kata-kata atau nada suara menghakimi
- Diskusikan motivasi baru, datangkan *self-motivational statements* dengan menanyakan pikiran, perasaan, reaksi dan realisasi klien
- Pertanyaan kunci: "*Apa maknanya kejadian tersebut bagi masa depan Anda?*", "*Saya pasti terheran-heran, kalau yang Anda kerjakan pada lain hari jauh berbeda dengan kejadian tadi*"

#### Bila klien sudah tidak menggunakan napza

- Beri ucapan reward, bila dalam satu kejadian klien telah berhasil mengatasi godaan kebiasaannya
- Perkuat efikasi diri dengan menanyakan kejadian 'sukses' tersebut secara detail berkali-kali, tanyakan klarifikasi klien bagaimana dia mampu mengatasi kondisinya
- Tetap klien didukung, meskipun kemajuannya hanya berupa satu langkah kecil

#### Transisi atau Rujukan:

- Tanyakan klien dan SO (Significant Others atau keluarga) apakah mereka masih membutuhkan sesi-sesi lain, bila satu paket

MET telah selesai

- Bila Terapis tidak memiliki waktu yang cukup, dia dapat merujuk ke kolega lain (kontak kolega tersebut dihadapan klien saat itu juga, dan buatlah appointment)
- Bila anda memiliki waktu, tentukan limitasi sesi-sesi berikutnya (jangan lebih dari 12 sesi)

Terminasi: Formal MET berakhir, bila terapis telah membuat rekap final tentang situasi dan progres klien melalui . Elemen rekap tersebut mencakup:

- Ringkasan faktor-faktor motivasi klien untuk mengubah diri dan direkonfirmasi lagi dengan klien
- Ringkasan komitmen dan perubahan yang telah dibuat
- Tegaskan/kokohkan klien (dan SO) tentang komitmennya
- Eksplorasi area-era lain dimana klien dapat melakukannya dimasa mendatang
- Datangkan self-motivational statement untuk menjaga perubahan dan memperbaikinya dimasa-masa mendatang
- Dukung self-efficacy klien dengan penekanan kepada kemampuan klien untuk berubah
- Bicarakan kemungkinan-kemungkinan lain yang akan dihadapi klien
- Kemungkinan untuk melanjutkan wawancara lagi dimasa mendatang guna mempertahankan perubahan diri

## MEMPRAKTEKKAN MET

### ***Fase-1 Membangun Motivasi untuk Berubah***

- ❖ Dalam fase-1, terapis mengembangkan motivasi adiksi untuk mengambil inisiatif atau melanjutkan upayanya mengubah perilakunya. Fase awal MET berfokus pada pengembangan motivasi pasien agar membuat perubahan dalam penggunaan napza
- ❖ Sebagian besar pasien yang datang ada keinginan berubah, dan perlu dieksplorasi yang dalam sejauh mana motivasinya dan mulai untuk konsolidasi komitmen

- ❖ Sebagian lagi bersikap bermusuhan terhadap terapis atau menolak untuk mendapatkan terapi
- ❖ Ada 2 hal penting: *importance* dan *confidence*. Keduanya merupakan komponen intrinsic dari seorang adiksi untuk berubah. Berdasarkan kedua faktor tersebut dapat adiksi napza dibagi atas 4 kelompok :
  - Group A:** *Low importance, low confidence*
  - Group B:** *Low importance, high confidence*
  - Group C:** *High importance, low confidence*
  - Group D:** *High importance, high confidence*
- ❖ Sebagai terapis harus memahami ambivalensi pasien terhadap persepsinya mengenai *importance* dan *confidence*
- ❖ Ada beberapa perangkat yang sukar untuk dihindari pada fase-1 seperti berikut:
  - *Question-Answer Trap* (Perangkap Bertanya Jawab): Hindarkan atas respon pasien menjawab hanya "Ya atau Tidak"
  - *Trap of Taking Side* (Perangkap Mengambil Posisi): Hindarkan mengambil posisi yang berseberangan dengan adiksi
  - *Expert Trap*: Hindarkan diri sebagai Terapis seakan-akan mampu mengatasi semua persoalan adiksi
  - *Labelling Trap*: Hindarkan penggunaan istilah diagnostic label
  - *Premature Focus Type*: Terapis terlalu cepat mengambil fokus problema pasien
  - *Blaming Trap*: Perangkap pasien agar Terapis terjebak untuk mempersalahkan seseorang

### ***Fase-2 Memperkokoh komitmen untuk Mengubah diri***

- ❖ Terapis perlu memahami kesiapan adiksi (*readiness*) untuk berubah dengan mengajukan beberapa pertanyaan kunci
- ❖ Pelajari beberapa tanda-tanda seseorang yang telah siap untuk berubah seperti berikut :
  - Berkurangnya resistensi
  - Berkurangnya diskusi tentang permasalahan
  - Telah menampak pernyataan-pernyataan tentang ketetapan hatinya

- *Change talk*
  - Menanyakan tentang perubahan
  - Daya pandang ke depan ("*evisioning*")
  - Experimenting
- ❖ Mendiskusikan suatu rencana
  - ❖ Mengkomunikasikan beberapa pilihan bebas yang disetujui oleh adiksi yang telah memiliki motivasi tersebut
  - ❖ Menanyakan komitmennya
  - ❖ Mengendalikan resistensi
  - ❖ Rekapitulasi

### ***Fase-3 Memantau perubahan dan mendukung perkembangan***

- ❖ Memantau perkembangan
- ❖ Memperbaiki motivasi
- ❖ Mengulang-ulang komitmen
- ❖ Mempersiapkan terapi lebih lanjut



Perpustakaan BNN

## BAB V

---

# FAMILY THERAPY

Tri Iswardani

### PENDAHULUAN

Terapi Keluarga sudah mempunyai sejarah yang panjang dan efektif dalam bidang kesehatan jiwa. Di bidang terapi dan rehabilitasi ketergantungan narkoba penerapan terapi keluarga berangkat dari suatu paradigma bahwa semua masalah yang terjadi di dalam keluarga merupakan hasil interaksi sosial dalam suatu sistem. Artinya, bila seorang anak menjadi pecandu, maka kondisi ini merupakan reaksi terhadap perilaku anggota keluarga lain, atau sebaliknya, perilaku pecandu akan mempengaruhi anggota keluarga lainnya. Dengan demikian, bila di dalam suatu keluarga ada anggota keluarga yang menjadi pecandu, maka seluruh keluarga juga perlu ditangani.

Keterlibatan keluarga dalam treatment dan rehabilitasi ketergantungan narkoba merupakan suatu keharusan. Pendekatan terapi keluarga berbeda dengan terapi yang konvensional adalah pada fokus terapi. Pada praktek terapi keluarga yang konvensional fokus terapi adalah pada unit keluarga sedangkan pada terapi dan rehabilitasi ketergantungan narkoba fokus terapi adalah pecandu. Keterlibatan keluarga diperuntukkan untuk menunjang keberhasilan terapi.

### TUJUAN FAMILY THERAPY

1. Menyediakan informasi tentang adiksi dan dampak terhadap sistem keluarga.
2. Menciptakan lingkungan yang aman dan dapat diterima oleh keluarga untuk membahas masalah yang dihadapi.
3. Membantu klien dan keluarganya agar dapat lebih terbuka dalam ekspresi bermacam perasaan seperti malu, takut, sedih
4. Membimbing klien dan keluarganya untuk keluar dari perilaku disfungsional

5. Memfasilitasi keluarga untuk menyelesaikan masalah dan memiliki tujuan yang realistis
6. Membantu klien dan keluarga dalam komunikasi sehingga mereka dapat berinteraksi dengan cara yang lebih konstruktif dan saling membantu

## **SASARAN FAMILY THERAPY**

1. Menggunakan kekuatan keluarga dan seluruh sumber daya untuk membantu atau mengembangkan berbagai cara agar dapat hidup bebas dari penyalahgunaan narkoba.
2. Memperbaiki dampak ketergantungan narkoba pada klien dan keluarga. Dalam terapi keluarga, fokus terapi adalah keluarga dan para individu di antara ruang lingkup sistem keluarga tersebut.

Klien merupakan subsistem di antara keluarga sehingga hubungan di antara subsistem sangat penting untuk terapi dan intervensi. Keluarga akan sering dilibatkan dalam diskusi dan sesi pemecahan masalah.

Tulisan pada bab ini diperuntukkan bagi konselor dan profesional di bidang ketergantungan narkoba agar lebih memahami mengenai penerapan terapi keluarga di bidang terapi dan rehabilitasi ketergantungan narkoba. Pada bab ini akan diuraikan lebih lanjut mengenai batasan pengertian terapi keluarga; dampak penyalahgunaan narkoba bagi keluarga; beberapa model terapi keluarga dalam penanganan ketergantungan narkoba; tahapan pemulihan keluarga dan faktor-faktor yang menunjang pemulihan serta efektifitas terapi keluarga dan hambatan dalam implementasinya.

## **BATASAN PENGERTIAN DAN TUJUAN TERAPI**

*Family Therapy* atau Terapi Keluarga merupakan sebuah kumpulan pendekatan terapeutik yang menekankan pada assesmen dan intervensi keluarga. Hubungan yang saling terkait di antara anggota keluarga merupakan unsur penting dalam ketergantungan narkoba dan terapinya.

-----  
Naskah merupakan hasil saduran bebas dan disarikan dari dari TIP 39. *Substance Abuse Treatment and Family Therapy*

Para anggota diberdayakan untuk identifikasi masalah serta menentukan sendiri penyelesaian daripada masalah tersebut. Komponen esensial dari terapi keluarga meliputi sesi pendidikan, konseling dan terapi kelompok. Keluarga adalah sebuah sistem dan dalam sebuah sistem tiap bagian harus saling berhubungan satu dengan lainnya.

Juga perubahan sedikit pun dari satu bagian akan membawa perubahan kepada bagian lainnya. Terapi seperti ini menggunakan kekuatan dari tiap keluarga untuk menimbulkan perubahan dalam tiap masalah termasuk penyalahgunaan narkoba. Terapi keluarga dalam penyalahgunaan narkoba memiliki dua tujuan utama. Pertama, terapi menggunakan kekuatan dan sumber yang ada di dalam keluarga untuk mencari atau juga dengan mengembangkan cara agar dapat hidup tanpa penyalahgunaan narkoba. Kedua, memperbaiki dampak ketergantungan narkoba pada klien dan keluarga. Namun proses menggali kekuatan keluarga memerlukan dukungan dari keluarga.

Dalam terapi keluarga, fokus terapi adalah keluarga dan para individu di antara ruang lingkup sistem keluarga tersebut. Klien merupakan subsistem di antara keluarga sehingga hubungan di antara subsistem sangat penting untuk terapi dan intervensi. Keluarga akan sering dilibatkan dalam diskusi dan sesi pemecahan masalah. Harus dibedakan antara terapi keluarga (*family therapy*) dan terapi yang melibatkan keluarga (*family-involved therapy*). Terapi yang melibatkan keluarga bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan keluarga tentang pola hubungan yang akan mempengaruhi proses pemulihan penyalahguna narkoba. Sangat berbeda dengan terapi keluarga di mana keluarga bukan kelompok terapi utama dan tidak ada intervensi dalam sistem hubungan keluarga. Kebanyakan pusat pemulihan menawarkan pendekatan pendidikan keluarga. Hanya terbatas pada edukasi psikologis yang mengajari keluarga mengenai penyalahgunaan narkoba, perilaku yang menunjang dan dampak perilaku, medis dan psikologis dari penyalahgunaan.

## **TAHAPAN PEMULIHAN KELUARGA DAN FAKTOR-FAKTOR YANG MENUNJANG PEMULIHAN**

Baik klien maupun keluarga keduanya melalui proses perubahan selama proses pemulihan dari penyalahguna narkoba. Adapun tahapan dari pemulihan keluarga hasil gabungan Tahap terapi keluarga dari Bepko dan Krestan (1985) dan tahap terapi keluarga bagi penyalahguna narkoba menurut Heath and Stanton (1998) :

1. Mencapai abstinen/keadaan bebas narkoba – Sistem dalam keluarga tidak dalam keseimbangan namun masih memungkinkan ada perubahan yang positif.
2. Penyesuaian dengan pencapaian abstinen/keadaan bebas narkoba – Keluarga berfungsi dengan mengembangkan dan stabilisasi dari sistem yang baru terbentuk.
3. Pemeliharaan abstinen/keadaan bebas narkoba jangka panjang – Keluarga harus seimbang dan stabil dengan gaya hidup yang baru dan lebih sehat.

Pada saat perubahan mulai terjadi, proses pemulihan klien dan keluarga berjalan searah satu dengan yang lain, walau belum tentu sinkron. Misal, dalam sebuah keluarga ada anggota keluarga yang mengerti tentang pemakaian ekstasi daripada anggota keluarga yang kecanduan ekstasi. Saat pemakai datang ke pusat rehabilitasi untuk berobat, maka baik keluarga maupun klien memerlukan pengetahuan tentang bahaya ekstasi dan keduanya perlu bantuan agar dapat berhenti menggunakan ekstasi. Dan pada saat klien memutuskan untuk berhenti menggunakan ekstasi maka keluarga juga harus berhenti mendukung penggunaan ekstasi. Interaksi antar anggota keluarga harus berubah untuk mempertahankan keseimbangan emosi dan dukungan untuk abstinen. Singkat kata, pada saat klien dan keluarga berubah, keduanya harus menyesuaikan gaya hidup yang mendukung kesadaran atau abstinensia dan sistem keluarga yang stabil.

Berbagai model terapi terintegrasi memiliki teknik yang berbeda yang dapat digunakan pada berbagai tingkat pemulihan. Saat keluarga memahami tantangan dan klien memahami penyalahgunaan narkoba, maka akan melaju dari tahap mencapai kesadaran ke tingkat pemeliharaan. Berikut beberapa model terapi yang dapat digunakan oleh keluarga dalam berbagai tingkat pemulihan dalam terapi penyalahgunaan narkoba dan terapi keluarga.

## **PENDEKATAN DALAM TAHAP MEMBANTU KELUARGA MENCAPAI ABSTINENSIA**

Pendekatan-pendekatan yang bermanfaat bagi klien dan keluarga dalam tahap persiapan untuk membuat perubahan dalam hidup mereka adalah :

### **Terapi keluarga Multidimensi ( Liddle 1999 )**

- ❖ Motivasi keluarga untuk mengajak klien ikut detoksifikasi,
- ❖ Kontak dengan keluarga untuk abstinensia,
- ❖ Kontrak dengan keluarga dalam terapi klien,
- ❖ Identifikasi masalah dan kontrak dengan anggota keluarga untuk mengatasi masalah,
- ❖ Melibatkan kelompok NA, kelompok pendukung pasangan dan kelompok pendukung multi famili.

### **Terapi perilaku keluarga (Kirby et al. 1999 )**

Melaksanakan pelatihan penguatan masyarakat dengan menggunakan tokoh masyarakat untuk mengembangkan berbagai cara yang dapat mempengaruhi masyarakat.

### **Sistem keluarga dan Jejaring (Galanter 1993 ; Imber-Black 1988 )**

- ❖ Menggunakan berbagai jejaring yang ada untuk motivasi terapi.
- ❖ Wawancara keluarga dalam kaitan dengan sistem yang lebih luas.
- ❖ Wawancara keluarga dan anggota yang berada di luar sistem untuk membantu keluarga.
- ❖ Wawancara perwakilan dari sistem yang jauh lebih luas seperti sekolah, konselor tanpa dihadiri oleh keluarga terkait.

### **Sistem terapi keluarga Bowen ( Bowen 1978 )**

- ❖ Mengurangi tingkat kecemasan.
- ❖ Membuat table menunjukkan multigenerasi penyalahgunaan narkoba; eksplorasi gangguan dalam sistem keluarga.
- ❖ Orientasi keluarga inti terhadap fakta melawan reaksi dengan menggunakan pertanyaan-pertanyaan faktual.
- ❖ Membimbing keluarga untuk mengambil berbagai pendekatan interaksi.
- ❖ Mengajukan pertanyaan lebih kepada anggota keluarga secara individual sehingga masing masing anggota lebih memahami diri masing-masing.

## **PENDEKATAN DALAM TAHAP PENYESUAIAN DENGAN PENCAPAIAN KEADAAN BEBAS NARKOBA**

Pada saat klien dan keluarga telah terbiasa dengan perubahan dalam dirinya, dilakukan pendekatan sebagai berikut :

### **Sistem structural/strategis ( Stanton et al. 1982 )**

- ❖ Restrukturisasi peranan keluarga (tugas utama model ini)
- ❖ Pengelompokkan kembali subsistem dan batasan umum
- ❖ Menentukan kembali batasan antara keluarga dengan masyarakat luas

### **Terapi keluarga multidimensi ( Liddle 1999 ; Liddle et al. 1992 )**

- ❖ Stabilisasi keluarga.
- ❖ Reorganisasi keluarga.
- ❖ Pendidikan pencegahan kekambuhan.
- ❖ Identifikasi disfungsi komunikasi.
- ❖ Pendidikan komunikasi dan ketrampilan penyelesaian konflik.
- ❖ Menilai tahapan perkembangan masing-masing anggota keluarga.
- ❖ Mempertimbangkan interaksi dalam system keluarga berdasarkan gangguan kepribadian, kecemasan atau gangguan stress pascatrauma.
- ❖ Mempertimbangkan untuk membahas keadaan duka, pelecehan seksual atau kekerasan fisik.

### **Terapi perilaku kognitif keluarga (Azrin et al. 2001; Kirby et al. 1999; Waldron et al. 2000 )**

- ❖ Melaksanakan pelatihan penguatan masyarakat dan juga wawancara.
- ❖ Menetapkan definisi masalah.
- ❖ Menerapkan struktur dan strategi.
- ❖ Menggunakan ketrampilan komunikasi dan pelatihan ketrampilan negosiasi.
- ❖ Menerapkan teknik penyelesaian masalah.

- ❖ Menggunakan perjanjian kontigensi.

#### **Intervensi Jejaring** (Favazza and Thompson 1984; Galanter 1993 )

- ❖ Menggunakan NA, AA, Al-Anon dan Family Anonymous sebagai bagian dari jejaring.
- ❖ Menjabarkan dan membagi tugas di antara seluruh penyedia jasa yang bekerja dengan keluarga.
- ❖ Adanya langkah khusus bila klien menerima pesan-pesan negatif yang secara terus menerus.

#### **Terapi keluarga yang focus pada penyelesaian** (Berg and Miller 1992; Berg and Reuss 1997; de Shazer 1988; McCollum and Trepper 2001)

- ❖ Tetapkan pertanyaan mukjizat.
- ❖ Ajukan pertanyaan-pertanyaan yang berhubungan dan dengan menggunakan skala.
- ❖ Identifikasi pengecualian terhadap masalah perilaku.
- ❖ Identifikasi masalah dan penyelesaiannya.

## **PENDEKATAN DALAM TAHAP PEMELIHARAAN ABSTINENSIA**

Pendekatan berikut sesuai bagi periode di mana keberhasilan yang dicapai oleh klien dan keluarga selama terapi lebih ditekankan dan dipertahankan sehinggal relapse, slip atau kembali ke kebiasaan lama dapat dicegah.

#### **Keluarga/Sistem lebih luas** (Imber-Black 1998)

- ❖ Coba merundingkan kembali hubungan terhadap sistem yang lebih luas. Contoh, kesepakatan kepada Komisi Perlindungan Anak bahwa setelah keluarga selesai menjalankan terapi, maka klien (anak) dapat dipulangkan kembali ke keluarganya.

#### **Terapi Jejaring** (Galanter 1993)

- ❖ Terlibat dalam Al-Anon, kelompok pendukung pasangan dan kelompok dukungan multi-keluarga.
- ❖ AA, Al-Anon, and Alateen merupakan intervensi yang telah lama digunakan untuk memutus rantai penyalahgunaan narkoba dan dapat mendukung intervensi lainnya.

Sasaran terapi bagi anak dari keluarga pecandu berupa mendidik pendidikan mengenai bahaya narkoba, membantu orang tua dalam peran dan fungsi sebagai orang tua dalam arti sesungguhnya, dan mengamati peran anggota yang sudah dewasa dalam keluarga asal serta bagaimana peran peran tersebut mempengaruhi hubungan kini. (Bepko and Krestan 1985).

## **TINGKATKAN KETERLIBATAN KONSELOR DENGAN KELUARGA**

### ***Tingkat 1 – Konselor memiliki sedikit atau tidak ada keterlibatan sama sekali dengan keluarga***

Pada tingkat ini, konselor berhubungan dengan keluarga hanya untuk konsultasi klinis dan aspek legal namun tidak memberikan pelayanan apapun. Konselor melihat individu di dalam terapi sebagai klien individual dan menganggap bahwa selama terapi klien harus dilindungi dari kontak dengan keluarga. Intervensi yang dilakukan difokuskan pada masalah ketergantungan klien serta efeknya bagi pribadi klien. Dampak kecanduan terhadap keluarga tidak dibahas. Dalam hal ini tidak ada peraturan maupun biaya yang mengharuskan konselor untuk memberikan pelayanan bagi keluarga klien sehingga seringkali keluarga klien dianggap merupakan tanggung jawab klien.

### ***Tingkat 2 – Konselor memberikan psikoedukasi dan nasehat***

#### ***Dasar Pengetahuan***

Fokus utama dari konselor adalah pada masalah kecanduan klien, namun demikian konselor menyadari bahwa hubungan antar anggota keluarga dan konseling akan merubah dinamika keluarga klien. Misalnya keluarga akan lebih menyalahkan anggota keluarga yang menjadi pecandu, adanya pecandu lain di dalam keluarga akan terekspos dan rahasia keluarga akan terbuka.

### *Hubungan dengan sistim keluarga*

Konselor bebas membina kerjasama yang kolaboratif dengan klien dan keluarga, memberi masukan kepada keluarga bagaimana cara memenuhi kebutuhan klien dalam masa rehabilitasinya

- ❖ Bila klien berasal dari keluarga besar dan keluarga yang "sulit", konselor paham bagaimana caranya membina komunikasi dengan satu atau dua anggota keluarga yang mempunyai posisi penting.

Mampu mengidentifikasi adanya disfungsi keluarga yang mengganggu kelangsungan terapi. Merujuk keluarga untuk mendapatkan terapi dari ahli terapi keluarga.

### ***Tingkat 3 - Konselor membahas perasaan/emosi yang berkembang di dalam keluarga atau anggota keluarga dan memberikan dukungan untuk mengatasinya***

#### *Dasar Pengetahuan*

Konselor paham mengenai perkembangan keluarga normal dan reaksi-reaksi keluarga dalam menghadapi stress.

#### *Hubungan dengan sistim keluarga*

Konselor harus memahami perasaannya sendiri saat berhubungan dengan klien dan keluarganya.

#### *Ketrampilan*

- ❖ Mampu melakukan dialog atau mengajukan pertanyaan yang bisa memunculkan ekspresi kepedulian serta perasaan-perasaan anggota keluarga terhadap kondisi yang dialami klien serta dampaknya bagi keluarga.
- ❖ Bila dirasakan perlu, konselor mampu mendengarkan dengan empati, penuh perhatian dan perasaan anggota keluarga dan mampu membuat mereka lebih tenang.
- ❖ Mampu melakukan asesmen awal tentang fungsi keluarga berkaitan dengan masalah klien.
- ❖ Mampu memotivasi anggota keluarga atas upaya mereka mengatasi situasi yang dialami keluarga
- ❖ Mampu merancang pendidikan mengenai penyalahgunaan narkoba,

sesuai dengan perhatian dan perasaan yang berkembang dalam keluarga tersebut serta kebutuhan spesifik lain.

- ❖ Mampu mengidentifikasi disfungsi keluarga dan merekomendasikan rujukan secara tepat, sesuai dengan situasi spesifik keluarga tersebut.

#### ***Tingkat 4 -Konselor melakukan asesmen yang sistematis dan membuat perencanaan intervensi bagi keluarga tersebut.***

##### *Dasar Pengetahuan*

*Konselor memahami konsep sistim keluarga*

*Hubungan dengan sistim keluarga*

Konselor harus mengerti dan paham atas partisipasinya di dalam sistim, termasuk hubungan terapeutik, sistim terapi, sistem keluarganya sendiri dan sistim komunitas yang lebih besar

##### *Ketrampilan-ketrampilan*

- ❖ Mampu melibatkan seluruh anggota keluarga, termasuk yang paling enggan berpartisipasi, dalam rencana pertemuan keluarga atau beberapa pertemuan keluarga yang akan dilakukan secara berkala.
- ❖ Mampu memimpin pertemuan keluarga, termasuk pada keluarga yang buruk sekali komunikasinya dan mengatur sedemikian rupa agar semua anggota keluarga mendapat kesempatan yang sama untuk mengekspresikan diri.
- ❖ Mampu secara sistematis mengukur seberapa baik fungsi keluarga tersebut Mampu memberi dukungan pada setiap anggota keluarga sekaligus mencegah terjadinya koalisi.
- ❖ Mempertegas kembali definisi masalah menurut keluarga tersebut sehingga lebih mudah untuk mencari jalan keluar.
- ❖ Mampu membantu anggota keluarga agar dapat melihat kesulitan-kesulitan yang mereka hadapi dan menyadarkan mereka bahwa kerjasama antar anggota keluarga diperlukan.
- ❖ Mampu membantu anggota keluarga untuk mengembangkan beberapa alternatif pemecahan masalah dengan cara-cara yang dapat diterima bersama.
- ❖ Mampu membantu keluarga untuk mencapai keseimbangan dengan cara membagi beberapa peran sedemikian rupa sehingga anggota

keluarga dapat saling mendukung tanpa harus berkorban

- ❖ Mampu mengidentifikasi adanya disfungsi keluarga diluar kebutuhan akan treatment primer ; memberi rujukan ke spesialis terapi keluarga serta memberi informasi apa yang bisa diharapkan dari bantuan-bantuan tersebut.

### ***Tingkat 5 - Terapi Keluarga***

#### ***Dasar Pengetahuan***

Pada tingkat ahli seperti ini, konselor sudah mendapat pendidikan terapi keluarga dan sudah punya pengalaman mempraktekkan terapi keluarga dibawah pengawasan. Konselor memahami dengan baik sistim keluarga dan pola spesifik dari disfungsi keluarga dan mempunyai jaringan kerja dengan para professional lain di bidang kesehatan mental.

#### ***Hubungan dengan sistim keluarga***

Konselor dapat mengatasi emosi yang intens dalam keluarga dan menjaga netralitas walaupun mendapat tekanan untuk berpihak dari anggota keluarga lain (atau professional lain).

#### ***Ketrampilan***

- ❖ Mewawancarai keluarga atau anggota keluarga yang sulit untuk dilibatkan Mampu menegakkan dan menguji hipotesa mengenai kesulitan-kesulitan yang dihadapi keluarga serta pola interaksi yang terjadi.
- ❖ Mampu memunculkan konflik yang ada di dalam keluarga dalam rangka memecahkan kemelut atau ketegangan.
- ❖ Sesekali berpihak kepada salah satu anggota keluarga melawan anggota keluarga yang lain.
- ❖ Mampu mengatasi resistensi yang kuat untuk berubah secara konstruktif.
- ❖ Mampu membina hubungan kolaboratif dengan professional-profesional lain yang juga menangani keluarga tersebut, walaupun mungkin kelompok-kelompok ini merasa asing satu sama lain. Sumber : Diadaptasi dari Doherty dan Baird 1986.

Berikut ini adalah sebagian dari contoh-contoh spesifik implementasi dari tingkatan-tingkatan di atas (Gambar 4-2) :

- ❖ Intervensi keluarga tingkat 1 dapat dilakukan secara informal tapi harus dengan pemikiran dan perencanaan yang matang untuk memastikan bahwa intervensi tersebut secara klinis dilakukan dengan benar. Misalnya, dari pada membuat jadwal pertemuan, lebih baik konselor berbicara dengan anggota keluarga sementara keluarga menunggu klien mengikuti sesi kelompok.
- ❖ Pada tingkat 2, konselor dapat memberikan pendidikan atau saran-saran dalam bentuk diskusi pendek kepada keluarga mengenai tahapan kecanduan dan proses pemulihan.
- ❖ Pada tingkat 3, konselor dapat memberikan penjelasan kepada keluarga bagaimana masalah kecanduan bisa mempengaruhi pola pengasuhan, mendiskusikan bagaimana ayah dan ibu klien bisa meningkatkan kembali kemampuan pengasuhan masing-masing sekaligus memberi dukungan ketika mereka melakukan perubahan-perubahan.
- ❖ Pada tingkat 4, konselor dapat melakukan intervensi dengan cara memberi gambaran kepada keluarga mengenai pola interaksi yang terjadi di dalam keluarga tersebut dan bagaimana cara merubahnya, serta dapat memberi penjelasan mengenai rangkaian perilaku atau sebab-akibat terjadinya kecanduan di dalam keluarga.
- ❖ Pada tingkat 5, konselor dapat membantu menetapkan perubahan spesifik yang diinginkan oleh keluarga--bisa berhubungan atau tidak berhubungan dengan masalah kecanduan dan membantu keluarga tersebut untuk mencapai tujuan tersebut. Fokus pada tingkat 5 lebih luas dari tingkat 4, disini konselor siap dengan ketrampilan yang lebih matang dan sudah menguasai beberapa pendekatan untuk membantu keluarga.

## EFEKTIFITAS TERAPI KELUARGA DAN HAMBATAN DALAM IMPLEMENTASINYA

Walau efektifitas dari terapi keluarga merupakan komponen penting dalam proses pemulihan klien, intergrasi terapi keluarga memiliki tantangan sebagai berikut :

*Pertama*, Terapi keluarga lebih kompleks daripada pendekatan non-keluarga karena lebih banyak orang yang terlibat. *Kedua*, Perlu ketrampilan dan pelatihan khusus untuk terapi keluarga yang berbeda dari terapi penyalahgunaan narkoba lainnya. *Ketiga*, Terapi keluarga selama ini sudah

terbukti keberhasilannya, Namun demikian untuk diintegrasikan di dalam terapi penyalahgunaan narkoba masih ada beberapa tantangan yang perlu dipertimbangkan :

- Terapi keluarga lebih kompleks dari pendekatan individual karena lebih banyak individu yang terlibat
- Terapi keluarga membutuhkan pelatihan dan ketrampilan khusus selain ketrampilan yang disyaratkan di dalam program terapi penyalahgunaan
- Informasi mengenai efektifitas terapi pada kelompok minoritas (kelompok wanita, kelompok klien yang mengalami gangguan psikiatri yang serius) sangat terbatas (Farrell dan FDals-Stewart 1999)

Berdasarkan pengalaman para ahli yang sudah menerapkan terapi keluarga, pendekatan keluarga dapat dipertimbangkan untuk digunakan dalam program treatment penyalahgunaan narkoba. Termasuk juga memberikan pendidikan mengenai adiksi yang disesuaikan dengan tahapan usia bagi anggota keluarga klien.

## KESIMPULAN

Dalam beberapa dekade terakhir, telah banyak hasil penelitian dalam bidang adiksi dan juga pengembangan upaya intervensi bagi pecandu narkoba. Namun masih sedikit perhatian diberikan kepada adiksi ke dalam sistem keluarga. Tak dapat dipungkiri bahwa pecandu narkoba nantinya akan kembali ke keluarga, maka budaya di dalam keluarga harus dapat menjamin klien mempertahankan pemulihannya. Agar dapat tercapai, maka anggota keluarga pun harus berubah. Terlepas dari pulih atau tidak seorang klien, melalui terapi keluarga, sistem keluarga yang tidak efektif dapat dirubah. Dengan berubahnya sistem dalam keluarga maka diharapkan lingkungan keluarga berubah menjadi sebuah lingkungan yang sehat bagi semuanya khususnya bagi klien dalam proses pemulihan dari penyalahgunaan narkoba.



Perpustakaan BNN

## BAB VI

---

# PROGRAM AFTERCARE

Tri Iswardani

### PENDAHULUAN

Perawatan lanjutan dalam rehabilitasi ketergantungan narkoba (selanjutnya dalam tulisan ini disebut sebagai "aftercare") adalah treatment lanjutan yang diberikan kepada pecandu setelah menyelesaikan rehabilitasi primer atau perawatan jangka panjang. Program dapat diberikan dalam berbagai macam bentuk tergantung pada kebutuhan masing-masing klien tetapi yang penting adalah keikutsertaan pada salah satu program merupakan prioritas utama.

Program aftercare merupakan bagian yang integral dalam rangkaian perawatan ketergantungan narkoba dan tidak dapat dianggap sebagai modalitas treatment yang berdiri sendiri. Hal ini berkaitan dengan pemahaman umum bahwa setelah pecandu menjalani program rehabilitasi primer di panti rehabilitasi, mereka masih memerlukan perawatan atau bimbingan lanjutan agar proses reintegrasi ke masyarakat dapat berlangsung lancar.

Kata "aftercare" disini harus digunakan secara hati-hati karena kata "after" atau "setelah" bisa mengandung arti "setelah selesai" menjalankan treatment yang bisa disalah-artikan seolah-olah klien telah selesai menjalankan treatment dan tidak memerlukan perawatan (bimbingan) lagi. Pada kenyataannya treatment ketergantungan narkoba tidak berhenti di dalam panti rehabilitasi melainkan terus berlanjut sampai klien kembali kemasyarakat, mampu mengembangkan gaya hidup yang sehat dan menjadi manusia yang produktif.

Penggunaan kata "*continuing care*" atau perawatan lanjutan barangkali akan lebih tepat digunakan bila seluruh rangkaian treatment dilihat sebagai proses rehabilitasi yang lengkap. Sejalan dengan tujuan umum pemulihan dari ketergantungan narkoba yaitu : (1) "total abstinence", (2) kepribadian menjadi lebih kuat dan (3) terjadi perubahan gaya hidup (menjadi lebih sehat mental dan produktif), maka dapat disimpulkan tujuan dari program

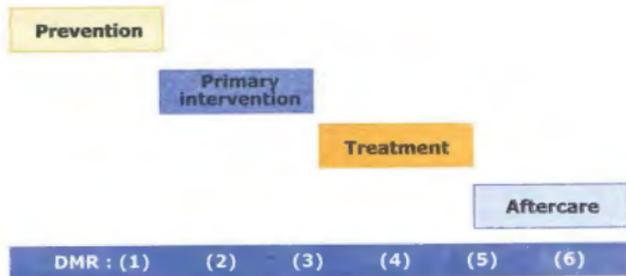
aftercare adalah sebagai berikut :

1. Membimbing mantan pecandu mengembangkan kepribadian yang tangguh terhadap godaan untuk menyalahgunakan narkoba kembali.
2. Memberi kesempatan bagi mantan pecandu untuk menggali dan mengembangkan minat dan bakat yang dimilikinya dalam lingkungan pendidikan dan pergaulan yang sehat dan aman.
3. Membantu mantan pecandu Narkoba agar siap menjalankan aktifitas sosial sesuai dengan potensi diri yang dimilikinya dan menerima kembali tanggung jawab sebagai warga negara yang produktif.

Kecanduan narkoba kembali merupakan kondisi yang sangat mungkin terjadi bila pecandu tidak secara aktif melakukan tindakan pencegahan dengan memperkokoh kepribadian, disertai dengan usaha yang sungguh-sungguh untuk menjalani hidup secara sehat dan bersih. Proses pemulihan dari ketergantungan narkoba bukan merupakan kondisi yang mudah untuk dicapai. Pada bab ini akan diuraikan lebih lanjut kedudukan program aftercare dalam rangkaian perawatan dan tahapan pemulihan; masa kritis dalam proses pemulihan dan pentingnya mengikuti program aftercare; karakteristik klien yang siap mengikuti program aftercare; jenis-jenis program aftercare; manajemen penyelenggaraan program aftercare; kurikulum dalam program aftercare serta dukungan yang dibutuhkan untuk keberhasilan suatu program aftercare dan hambatan yang sering dihadapi dalam penyelenggaraan program aftercare.

## **PROGRAM AFTERCARE DALAM RANGKAIAN PERAWATAN DAN PEMULIHAN**

Proses pemulihan dari ketergantungan narkoba bukan merupakan kondisi yang mudah untuk dicapai. Menurut Terence, T.Gorski (1996) proses ini memakan waktu sedikitnya enam tahun dan melalui tahapan yang runtun dan berlaku secara universal untuk setiap klien. Perbedaannya hanya pada variasi waktu yang ditempuh untuk melampaui tiap tahapan, dan hal ini tergantung pada kematangan dan proses belajar masing-masing individu. Tahapan perkembangan pemulihan yang dimaksud adalah (1) Masa Transisi (2) Stabilisasi (3) Pemulihan Pemulihan Awal (4) Pemulihan Menengah (5) Pemulihan Akhir, dan (6) Masa Pemeliharaan (Maintenance).



DMR merupakan pendekatan yang komprehensif untuk mengatasi masalah ketergantungan narkoba. Model ini merupakan kombinasi dari pendekatan model medis, dan model sosial/behavioral. Dasar pemikirannya adalah bahwa pemulihan merupakan suatu proses yang akan memakan waktu, dan melalui beberapa tahapan yang spesifik. Pada tiap tahapan ada tugas yang harus dipenuhi dan keterampilan yang harus dikuasai. Bila klien sendiri tidak menyadari kemajuan dari program pemulihan yang dijalani dan tidak berhasil memenuhi tugas pada tiap tahapan serta tidak berhasil menguasai keterampilan yang harus dikuasai, atau tidak mendapatkan treatment yang sesuai, kemungkinan besar akan *relapse*.

DMR dikembangkan untuk membantu klien dan para profesional agar dapat merencanakan program pemulihan, menetapkan tujuan treatment dan dapat mengukur kemajuan yang telah dicapai klien. Pendekatan Developmental Model of Recovery (DMR) sangat bermanfaat untuk digunakan dalam menjalankan program aftercare. Pada tiap tahapan selalu ada krisis yang harus diatasi. Penanggulangan krisis pada tiap tahap merupakan batu loncatan untuk meningkat ke tahap pemulihan berikutnya. Pada masa reintegrasi sosial yang menjadi tugas utama program aftercare, akan selalu terjadi krisis. Dengan pendekatan DMR bila klien gagal mengatasi krisis dapat segera diidentifikasi sebab-sebabnya dan diberikan intervensi agar tahapan pemulihan dapat dilanjutkan.

Pada tahapan Transisi pecandu mulai merasakan adanya masalah yang berhubungan dengan penggunaan narkoba. Pada mulanya klien mencoba berbagai macam strategi untuk mengendalikan kecanduannya. Tapi lama kelamaan mereka sadar bahwa tidak mungkin mereka dapat mengendalikan pemakaian. Usaha untuk mengendalikan kecanduan ini menyebabkan konflik identitas personal. Semakin besar usaha yang mereka lakukan dan gagal, maka semakin besar rasa tak berdaya dialami. Biasanya mereka berusaha meyakinkan dirinya maupun orang lain bahwa mereka bisa mengontrol

kecanduan. Usaha yang dilakukan biasanya tidak bertahan lama dan berakhir dengan *relapse*.

Usaha seperti ini akan terasa lebih berat bagi pengguna/pecandu yang berasal dari lingkungan yang kriminal atau delinkuen karena di lingkungan seperti ini penggunaan narkoba dianggap sebagai sesuatu yang wajar. Penyebab kegagalan untuk berhenti menggunakan narkoba sama sekali (total abstinent) adalah karena adanya belief bahwa seseorang bisa tetap menggunakan narkoba secara terkontrol.

Selanjutnya, pada tahapan Stabilisasi, setelah melalui proses detoksifikasi dan pulih dari gejala putus obat klien mulai menstabilkan diri dengan menjauhkan diri dari hal-hal yang membuatnya ingin menggunakan kembali, antara lain memutuskan hubungan dengan teman-teman sesama pecandu. Tahap ini merupakan masa yang sulit untuk dilewati dan biasanya klien memerlukan pelayanan rawat inap jangka panjang di panti rehabilitasi agar niatnya untuk pulih tidak goyah lagi.

Kurangnya dukungan sosial dan sikap menganggap enteng atau menyepelekan akan menambah stress. Akibatnya untuk mengatasi stres mereka kembali menggunakan secara sembunyi-sembunyi. Dengan dukungan yang tepat tahap ini dapat dilalui dalam waktu sekitar 6 minggu sampai 6 bulan. Kegagalan pada tahapan ini disebabkan karena klien tidak berhasil menguasai keterampilan manajemen stabilisasi.

Tahapan selanjutnya adalah Pemulihan Awal dengan karakteristik mulai timbul perasaan lega bisa mengatasi kecanduan, belajar mengatasi rasa malu, bersalah dan penyesalan. Tahap ini ditandaipula dengan munculnya kesadaran pada klien bahwa gaya hidup mereka harus berubah. Secara sadar mereka harus mengisolasi diri dari lingkungan yang beresiko tinggi terhadap terjadinya *relapse*. Mereka mulai mencari dan menyadari perlunya membina hubungan sosial yang menunjang menyembuhannya. Mereka perlu belajar mengembangkan sistem nilai, pola berpikir, perasaan, perilaku baru untuk menggantikan pola yang lama.

Untuk itu perlu diberikan metode perolehan keterampilan baru. Tahapan ini bisa berlangsung antara 1 sampai 2 tahun dan akan optimal hasilnya bila dijalankan di dalam rehabilitasi. Kegagalan pada tahapan ini disebabkan karena gagal menguasai keterampilan sosial yang efektif untuk membangun relasi yang sehat dan gaya hidup yang dapat diterima masyarakat.

Pada Tahap Pemulihan Menengah klien sudah memahami mekanisme

terjadinya kecanduan pada dirinya dan sudah mulai menjalani gaya hidup yang lebih stabil. Mereka mulai memperbaiki kerusakan akibat gaya hidup yang salah. Mulai timbul keinginan untuk sekolah lagi, mencari pekerjaan, memperbaiki hubungan dengan keluarga, mencari pasangan hidup, dsb. Disini mereka mulai belajar untuk bisa hidup dalam lingkungan masyarakat, tidak lagi mengisolasi diri dari lingkungan yang beresiko tinggi. Masalah baru akan muncul, yaitu stres menghadapi masalah realita hidup yang sebenarnya (*real-life problems*).

Sebagai bentuk dari tanggung jawab pribadi mulai timbul keinginan untuk memperbaiki hubungan dengan keluarga dan teman baik, mengusahakan kesempatan untuk bisa kembali meneruskan sekolah/kuliah atau mendapat pekerjaannya kembali. Disini klien sudah dapat diperkenalkan dengan program aftercare. Dimulai dengan memberi kesempatan kepada klien untuk kembali ke keluarga dan melakukan aktifitas sosial sederhana di lingkungan sosial di luar lingkungan rehabilitasi. Kegagalan pada tahapan ini biasanya karena gagal mengatasi stres masalah realita kehidupan (*stress real-life problems*).

Tahap Pemulihan Akhir ditandai dengan pemantapan perkembangan kepribadian. Saat untuk mengevaluasi sistem nilai mana yang akan dianut dan mana yang akan ditinggalkan. Perbedaan sistem nilai yang dianut oleh keluarga, kelompok mulai terasa dan mereka sekarang sudah dapat menentukan sendiri mana yang tepat dan mana yang kurang tepat bagi dirinya. Sistem nilai yang tepat selanjutnya akan dijadikan pedoman hidupnya dikemudian hari.

Pada perkembangan kepribadian individu normal, hal ini terjadi sekitar pertengahan usia 20 tahunan. Untuk klien pecandu masa ini dapat berlangsung selama 3 sampai 5 tahun sampai mereka mantap dengan kepribadiannya. Untuk mereka yang mempunyai latar belakang perilaku kriminal saat ini merupakan momen yang tepat untuk meninggalkan kecenderungan menyalahkan diri sendiri. Pada masa ini pula diharapkan klien sudah cukup kuat untuk menggali kemungkinan adanya konflik masa kecil yang berhubungan dengan masalah kecanduannya dan lebih memahami kondisi keluarga yang melatarbelakanginya tanpa mengaitkan masalah kecanduan dengan kesalahan pola asuh orangtua.

Tahap pemulihan yang terakhir, yaitu Masa Pemeliharaan (*Maintenance*) ditandai dengan kesadaran penuh bahwa narkoba tidak pernah aman untuk digunakan. Pada tahap ini klien siap melanjutkan pertumbuhan dan perjalanan hidupnya. Tugas mereka adalah agar dapat mengatasi masa-masa transisi

menjadi orang dewasa, mengatasi masalah dalam kehidupan sehari-hari, dan mempertahankan diri agar tidak relapse.

Kegagalan pada tahap ini disebabkan karena tidak berhasil mempertahankan program pemulihan dan kegagalan dalam melewati masa transisi dalam kehidupan. Pemulihan yang terhenti pada satu tahapan saja dan tidak meningkat ke tahapan pemulihan selanjutnya bisa terjadi karena adanya sikap kurang percaya diri bahwa dirinya mampu mengikuti program rehabilitasi atau karena kurangnya dukungan.

Berdasarkan uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa kembali ke kehidupan bermasyarakat dari kondisi kecanduan merupakan proses yang panjang dan rumit. Agar proses ini bisa berlangsung lancar diperlukan persiapan yang matang dan program aftercare akan sangat membantu. Program aftercare bisa mulai diberikan setelah klien mencapai Tahap Penyembuhan Menengah.

## MASA KRITIS DALAM PROSES PEMULIHAN

Pada kenyataannya hampir separuh dari pecandu yang sukses menjalani treatment di panti rehabilitasi mengalami kekambuhan (relapse) pada tahun pertama setelah selesai menjalani program. Penelitian membuktikan bahwa makin lama pecandu menjalani program aftercare, makin berhasil mereka mempertahankan kehidupan yang bersih dan sehat (sober).

Dua periode kritis terhadap penggunaan kembali adalah masa-masa awal setelah menyelesaikan perawatan primer di panti rehabilitasi dan beberapa bulan setelah keluar dari rehabilitasi, yaitu saat klien sudah merasa lebih percaya diri sehingga kewaspadaan berkurang. Saat klien baru keluar dari panti rehabilitasi godaan dari lingkungan rumah merupakan ancaman. Teman lama akan menghubungi kembali, demikian pula klien akan dihadapkan pada tekanan dan situasi lama saat masih menggunakan narkoba. Hal ini akan menimbulkan dorongan untuk menggunakan kembali.

Semua klien yang sudah melewati masa-masa rehabilitasi yang terstruktur pasti sudah paham betul tehnik menata kembali kehidupan yang bersih dan sehat. Namun demikian dalam realitas kehidupan sosial sehari-hari kenyataannya jauh lebih sulit. Dengan kata lain teori di dalam program rehabilitasi jauh berbeda dengan prakteknya. Tidak jarang klien yang mengalami slip pada minggu-minggu pertama akan terus mengalami relapse dan kembali lagi mengalami kecanduan. Pada situasi seperti ini sangat terasa sekali manfaat mengikuti pelayanan aftercare. Saat dorongan untuk

menggunakan kembali tersebut muncul klien bisa segera mendapatkan dukungan untuk fokus kembali pada tujuan treatment.

Periode kritis kedua adalah beberapa bulan setelah klien keluar dari panti rehabilitasi. Yaitu saat klien mulai merasa confidence bahwa dirinya mampu mengatasi kecanduan dan merasa tidak memerlukan pertolongan atau pengawasan lagi. Rasa percaya diri secara berlebihan atau over confidence ditunjukkan dalam perilaku seperti tidak merasa perlu lagi untuk datang ke pertemuan NA, menolak dukungan keluarga atau teman dan mulai berani menemui teman-teman lama (merasa yakin saat ini ia sudah kuat untuk menolak ajakan menggunakan kembali).

Dalam kondisi seperti di atas, stres yang datang secara tiba-tiba atau musibah yang bisa saja datang setiap saat bisa menyebabkan klien kehilangan kepercayaan diri, kehilangan kendali dan mencari pembenaran untuk menggunakan kembali (slip). Dalam program aftercare kondisi seperti ini dapat diantisipasi, dimonitor dan klien setiap saat masih bisa mendapatkan dukungan yang diperlukan untuk mengatasi masalah tanpa harus menggunakan kembali.

## **KARAKTERISTIK KLIEN DALAM PROGRAM AFTERCARE**

Berbeda dengan kehidupan di dalam panti rehabilitasi yang bersih dan aman dari penggunaan narkoba, lingkungan sosial di luar panti rehabilitasi merupakan lingkungan yang penuh tantangan dan godaan. Untuk mencegah terjadinya proses reintegrasi ke masyarakat yang terlalu dini, yang bisa menyebabkan *slip* dan berlanjut ke *relapse*, ada prasyarat yang harus dipenuhi klien, dengan karakteristik sebagai berikut:

1. Memahami mekanisme terjadinya kecanduan yang dialaminya.
2. Menyadari kesalahan dan tidak menyalahkan orang lain.
3. Memahami potensi diri dan jati dirinya (menerima kekurangan dan menyadari kelebihanannya).
4. Memiliki nilai-nilai baru yang menunjang pola hidup sehat dan bersih dan sudah meninggalkan pola hidup yang salah.
5. Mempunyai motivasi yang kuat untuk mempertahankan pola hidup bersih dan sehat.
6. Menjalankan pola hidup sehat dan gaya hidup seimbang.

7. Mempunyai tujuan hidup yang realistis dan perencanaan karir yang matang.
8. Mampu menerima tanggung jawab atas kepercayaan yang diberikan.

Karakteristik di atas dapat digunakan untuk menilai kesiapan klien untuk memasuki tahap reintegrasi ke masyarakat sekaligus dijadikan tolok ukur keberhasilan yang telah dicapai oleh klien dalam mengikuti program rehabilitasi primer di panti rehabilitasi.

## **BEBERAPA MODEL PROGRAM AFTERCARE**

Jenis program aftercare yang bagaimana yang dibutuhkan klien ditentukan oleh beberapa hal, antara lain tingkat kecanduan, lamanya mengalami kecanduan, kondisi kesehatan mental klien, besarnya dukungan keluarga dan dukungan sosial yang dimiliki klien saat ini.

Secara umum dapat dikelompokkan menjadi :

### **1. *Aftercare yang diselenggarakan oleh alumni panti rehabilitasi***

Program aftercare minimal yang dibutuhkan klien adalah secara rutin menghadiri *self-help group* atau *peer group recovery sessions* yang diselenggarakan oleh alumni panti rehabilitasi dimana klien mengikuti program primer. Pertemuan-pertemuan ini tidak harus dilakukan di dalam panti rehabilitasi tempat klien menjalani program rehabilitasi primer tetapi bisa dilakukan di luar panti. Untuk mendapatkan hasil yang optimal sebaiknya klien secara rutin tetap menghadiri sesi konseling dengan pekerja profesional di bidang ketergantungan narkoba (dokter, psikolog, psikiater). Tujuannya adalah agar masalah pribadi yang dirasakan sulit untuk dikemukakan di dalam kelompok dapat didiskusikan di lingkungan yang lebih tertutup dan klien tetap mendapatkan pengawasan profesional.

### **2. *Aftercare di dalam panti rehabilitasi atau institusi non-formal***

Program aftercare bisa berupa sesi kelompok (sesama *peer group*) 2-3 minggu sekali di panti rehabilitasi setelah klien menyelesaikan program primer. Biasanya yang dilakukan adalah mendiskusikan kesesuaian antara rencana kegiatan dalam pemulihan yang telah disusun sebelumnya dengan realitas yang dihadapi di luar panti. Sesi konseling dengan psikolog atau terapis di panti rehabilitasi sebanyak

1 kali seminggu sebagai tindakan *follow-up* masih bisa terus dilanjutkan walaupun klien tidak tinggal di dalam panti lagi.

Sesi yang dilakukan secara berkelompok memungkinkan klien secara bebas mengungkapkan masalah dan kebutuhan pribadi yang khas bagi dirinya disamping masalah umum lain yang dialami kebanyakan pecandu dalam masa pemulihan (*recovering addicts*). Selain itu klien dapat berdiskusi secara lebih leluasa mengenai cara mengintegrasikan pelajaran yang mereka terima di program rehabilitasi primer dalam praktek kehidupan baru di luar panti yang bisa berbeda kondisinya antara klien yang satu dengan lainnya.

Selain itu pelayanan *aftercare* yang lebih intensif bisa dijalankan di dalam panti rehabilitasi dengan cara memperpanjang masa tinggal di panti rehabilitasi dengan bekerja paruh waktu sebagai tenaga sukarela atau semi-sukarela sementara sebagian waktunya lagi digunakan untuk mengambil kursus-kursus, kuliah atau bekerja di tempat lain. Dengan demikian klien mendapat kemudahan untuk tetap berada di lingkungan yang aman. Pilihan ini biasanya diambil bila klien tidak mempunyai dukungan keluarga yang cukup kuat sehingga untuk saat ini kembali ke lingkungan rumah mengandung resiko yang sangat tinggi dan diperkirakan klien akan sulit melewati masa reintegrasi ke masyarakat tanpa pengawasan yang intensif.

Bagi pecandu dalam masa pemulihan yang mengalami *dual-diagnosis* keikutsertaan dalam program *aftercare* merupakan keharusan. Program *aftercare* yang *standard*, bisa cukup memadai atau bisa juga tidak, tergantung dari tingkat keparahan gangguan mentalnya. Klien yang memerlukan terapi obat-obatan memerlukan perawatan lanjutan yang lebih intensif karena tujuan *treatment* selain mengatasi kecanduan dan mencapai kepulihan, juga untuk mengatasi gangguan mentalnya. Pada kasus *dual-diagnosis* ada baiknya digunakan jasa konselor pendamping yang setiap saat siap melakukan intervensi bila terjadi *slip* atau *relapse*.

Bagi kelompok klien yang sangat rentan kekambuhan dan membutuhkan pembinaan yang intensif, atau klien yang keluarganya belum siap menerima klien kembali tinggal di rumah, penempatan di rumah singgah atau *halfway house* merupakan pilihan yang tepat. Dengan sistem ini klien tetap dapat melaksanakan aktifitas sosialnya secara aman karena pendampingan dan pengawasan seperlunya dari konselor

masih dapat diberikan. *Halfway-House* bisa merupakan bagian dari panti rehabilitasi primer, dan bisa juga diselenggarakan secara terpisah dari program primer.

### 3. *Program Aftercare independent*

Sebagian klien memilih untuk menjalankan program aftercare di bawah pengawasan psikolog, psikiater atau konselor yang dipilihnya sendiri, yang dianggap paling cocok dan dapat dipercaya. Cara ini bisa dilakukan bila klien mempunyai komitmen yang tinggi, mendapat dukungan keluarga yang sangat baik dan sudah memiliki posisi yang relatif stabil di masyarakat (sudah mempunyai pekerjaan tetap atau sudah kembali kuliah).

Sesi individual sangat bermanfaat untuk menyusun dan memodifikasi *personal recovery plan* sesuai dengan realita lingkup kehidupan yang baru. Bagi pecandu kehidupan di luar panti rehabilitasi yang dijalani saat ini merupakan lembaran hidup baru, dengan pola hidup baru, strategi baru dan nilai-nilai baru yang musti diterapkan dalam segala aspek kehidupan. Bersamaan dengan itu mereka juga menghadapi tantangan hidup yang lebih berat lagi karena ada tuntutan untuk mengejar keterlambatan dalam pencapaian tugas perkembangan hidup akibat masalah kecanduannya.

Cobaan hidup bagi tiap-tiap individu berbeda. Bagi klien yang kebetulan mengalami cobaan hidup yang berat, sesi-sesi konseling seperti ini akan sangat bermanfaat untuk menjaga stabilitas proses pemulihan. Kesadaran dan ketekunan untuk menjalani perawatan lanjutan terbukti bisa meningkatkan kemungkinan keberhasilan pemulihan di masa yang akan datang. Model ini sebaiknya diterapkan pada klien yang sudah berada pada Tahap Maintenance (DMR)

## KOMPONEN PROGRAM AFTERCARE

Program aftercare dapat dijalankan dengan beberapa pendekatan dan tingkat intensitas yang berbeda-beda sesuai dengan kondisi dan kebutuhan klien. Namun demikian untuk menjamin tercapainya tujuan program aftercare ada beberapa komponen yang merupakan esensi dari suatu program aftercare, yaitu :

## 1. Pencegahan Kekambuhan atau Relapse Prevention

Mencegah terjadinya kekambuhan atau *relapse* adalah issue utama dari program aftercare. Metode dan tehnik yang telah dipelajari di dalam program rehabilitasi primer baru mulai dipraktekkan secara penuh saat klien berada ditengah-tengah masyarakat. Pada fase aftercare terjadinya *slip* atau *relapse* bisa dianggap sebagai bagian dari proses belajar dan merupakan momen yang sangat baik untuk mengajak klien melakukan introspeksi. Analisa diri secara mendalam dapat dilakukan bersama-sama dengan terapis dalam sesi konseling individual.

Beberapa topik yang penting untuk digarap antara lain tehnik mengidentifikasi tanda-tanda kekambuhan (*internal dan behavioral warning signs*). Tanda-tanda ini membantu terapis mengetahui gejala awal *relapse* dan karena itu dapat mencegahnya. Biasanya klien menyembunyikan *slips* dan *relapse* untuk menghindari konfrontasi atau mengecewakan terapis atau konselor. *Relapse* yang disembunyikan menyebabkan proses terapeutik terhambat, sehingga penting bagi terapis atau konselor untuk memperhatikan dan sungguh-sungguh kemungkinan ini.

## 2. Kemampuan Resiliensi (*Resilience Skills*)

Merupakan bagian dari proses melanjutkan perkembangan kepribadian dan pencarian identitas diri. Perangkat ketahanan diri yang sangat penting untuk menunjang perkembangan kepribadian yang kokoh antara lain adalah :

- a. meningkatkan rasa harga diri atau *self esteem*;
- b. mengembangkan konsep diri yang positif;
- c. kemampuan menetapkan tujuan hidup secara realistis;
- d. meningkatkan kemampuan komunikasi khususnya ketrampilan untuk bertindak asertif dalam situasi dimana ada godaan untuk menggunakan narkoba;
- e. kemampuan problem solving, manajemen konflik;
- f. kemampuan mengatasi kecemasan dan stress
- g. kemampuan spiritual (lihat tehnik 12-langkah di bab 99)

### 3. *Pengembangan Diri*

Yang dimaksud dengan pengembangan diri disini mencakup proses pengenalan jati diri secara menyeluruh, baik kekuatan, kelebihan atau potensi yang dimiliki maupun keterbatasan, kelemahan dan kekurangan yang bisa menjadi penghambat pencapaian aktualisasi diri. Untuk mencapai pemahaman mengenai jati diri diperlukan kesediaan untuk introspeksi, sikap terbuka terhadap kritik dan motivasi untuk kuat untuk mencapai prestasi optimal.

Beberapa topik yang menarik untuk digarap dalam materi pengembangan diri ini adalah :

- a. membuat perencanaan hidup,
- b. menetapkan target prestasi
- c. mengembangkan hobby yang selama ini belum ditekuni secara serius

### 4. *Pelatihan Vokasional*

Sesuai dengan tujuan program aftercare yaitu reintegrasi sosial dan menjadikannya manusia yang produktif, klien perlu dipersiapkan untuk menguasai ketrampilan mencari nafkah untuk mencapai kemandirian ekonomi.

Bagi mereka yang ingin kembali ke bangku sekolah atau kuliah, persiapan bisa dilakukan dengan memberikan bimbingan belajar dan mengusahakan ujian persamaan guna memperoleh ijazah pendidikan formal. Sedangkan bagi yang memilih untuk bekerja, dapat diberikan pelatihan-pelatihan vokasional sesuai dengan bakat dan minatnya, antara lain : Otomotif, Tata Boga, Tata Busana, Pertanian/Peternakan, Jurnalistik, Bahasa, Manajemen Pemasaran, Kewirausahaan, dll.

Selain memberikan kegiatan pelatihan melalui kerjasama dengan lembaga terkait, klien juga dapat diberi kesempatan untuk magang kerja di bidang pekerjaan yang sesuai dengan kemampuan dan minatnya.

### 5. *Bimbingan dan Konseling*

Selama proses rehabilitasi berlangsung, bimbingan dan konseling individual maupun kelompok sangat diperlukan. Klien membutuhkan pelayanan dari pekerja profesional yang kompeten untuk menjamin tercapainya tujuan rehabilitasi. Pelayanan konseling bagi pecandu dalam

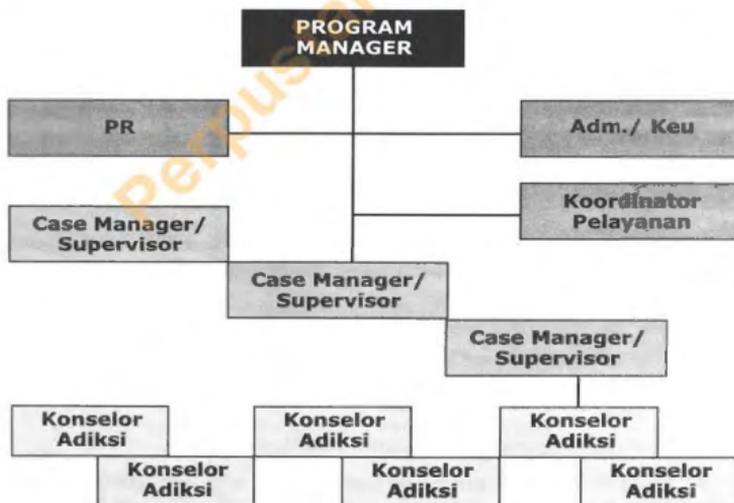
masa pemulihan tidak terbatas jangka waktunya. Mereka bisa mendapatkan pelayanan ini selama masih merasa membutuhkan. Bila perlu dapat diberikan terus walaupun telah berada pada tahap Pemeliharaan atau sesudahnya.

#### 6. Pola Hidup Sehat

Informasi yang akurat mengenai kesehatan fisik dan mental sangat diperlukan oleh klien mengingat bahwa kecanduan narkoba seringkali mempunyai komplikasi medis yang serius seperti HIV/AIDS, hepatitis, sub bakteri endocarditis, radang paru-paru, dan penyakit serius lainnya. Pengetahuan mengenai etiologi penyakit yang diderita klien serta pengobatan dan proses pemulihannya sangat membantu klien tetap termotivasi untuk menjalankan pola hidup sehat.

### MANAGEMENT PROGRAM AFTERCARE

Tujuan dari penyelenggaraan program Aftercare adalah menyediakan pelayanan bagi klien pada masa pemulihan. Untuk menyelenggarakan suatu program Aftercare dibutuhkan organisasi yang matang. Berikut ini adalah contoh struktur organisasi program aftercare yang paling sederhana.



Dengan Kualifikasi, Tugas dan tanggung jawab sebagai berikut :

## 1. Program Manager

### Persyaratan :

- ❖ Pendidikan S1 dan atau berpengalaman kerja di bidang perawatan / pemulihan adiksi narkoba min 4 tahun

### Tugas dan tanggung jawab:

- ❖ Bertanggung jawab atas implementasi program
- ❖ Bertanggung jawab untuk melakukan kolaborasi dan koordinasi dengan stakeholder
- ❖ Mengkoordinasi seluruh kegiatan program dan melakukan supervisi tim kerja
- ❖ Bertanggung jawab atas laporan program
- ❖ Bertanggung jawab atas ketertiban dan kelancaran jalannya program sesuai jadwal program.
- ❖ Bersama Program Manager memimpin semua pertemuan baik dengan pihak luar maupun pertemuan teknis berupa *briefing mingguan*.
- ❖ Melakukan bimbingan dan evaluasi terhadap kinerja seluruh anggota program.
- ❖ Mengkoordinir semua kegiatan yang berkaitan dengan program after care secara menyeluruh, antara lain program psiko edukasi, layanan konseling dan
- ❖ Bertanggung jawab atas ketertiban dan kelancaran jalannya program sesuai jadwal program.
- ❖ Memimpin semua pertemuan baik dengan pihak luar maupun pertemuan teknis berupa *briefing mingguan*.
- ❖ Melakukan bimbingan dan evaluasi terhadap semua kegiatan program aftercare.
- ❖ Melakukan bimbingan dan evaluasi terhadap kinerja seluruh anggota program.
- ❖ Bertanggungjawab atas laporan kegiatan program.
- ❖ Mendukung kegiatan manajemen kasus dan konseling bilamana diperlukan

- ❖ Membuat laporan kegiatan program per semester kepada Pengurus Organisasi
- ❖ Membuat laporan keuangan kepada Pengurus Organisasi
- ❖ Melakukan evaluasi kinerja konselor-konselor secara rutin dengan bantuan Koordinator Layanan
- ❖ Bertanggung jawab untuk evaluasi kualitas dan keefektifan program
- ❖ Menindak lanjuti hasil evaluasi program untuk meningkatkan kualitas program
- ❖ Melakukan koordinasi dengan koordinator layanan atas materi program
- ❖ Melakukan koordinasi dengan koordinator layanan untuk program internal dan eksternal

## 2. Public Relation

### Persyaratan:

- ❖ Pendidikan min D3, (lebih diharapkan lulusan Komunikasi)

### Tugas dan tanggung jawab:

- ❖ Melakukan promosi, advokasi dan sosialisasi dengan stakeholder dan institusi terkait
- ❖ Menyelenggarakan kerjasama dengan institusi lain baik pemerintah maupun swasta di semua lokasi program.
- ❖ Membuka akses jejaring dengan lembaga-lembaga terkait dengan kebutuhan program aftercare

## 3. Koordinator Layanan

### Persyaratan:

- ❖ Pendidikan min S1 Psikologi dan atau berpengalaman bekerja di bidang perawatan / pemulihan adiksi narkoba min 2 tahun
- ❖ Diharapkan memiliki sertifikat pendidikan konseling

Tugas dan tanggung jawab:

- ❖ Bertanggung jawab terhadap seluruh kegiatan yang terkait dengan Program aftercare
- ❖ Mengkoordinir tim klinis
- ❖ Bersama Manajer Kasus melakukan supervisi rutin terhadap kinerja Konselor Adiksi
- ❖ Membuka akses jejaring dengan lembaga-lembaga terkait dengan kebutuhan program aftercare
- ❖ Melaporkan perkembangan kegiatan kepada Program Manager secara rutin setiap minggu.
- ❖ Melakukan evaluasi kinerja Konselor Adiksi secara bulanan
- ❖ Menyediakan dan mengecek daftar permintaan barang kebutuhan program
- ❖ Bertanggung jawab untuk kebersihan lokasi program
- ❖ Mengatur jadwal sesi psikoedukasi, konseling individu, konseling keluarga, rujukan layanan lain
- ❖ Melakukan koordinasi dengan konselor lainnya untuk pelaksanaan jadwal kegiatan yang telah dibuat.
- ❖ Menerima laporan dari konselor dan junior konselor untuk kemudian ditindak lanjuti pada staf meeting.

#### **4. Manajer Kasus (Case Manager)**

Persyaratan:

- ❖ Pendidikan S1 (diharapkan lulusan Psikologi, atau Kesehatan Masyarakat, atau Sosial) atau
- ❖ Memiliki sertifikat pendidikan konseling dan atau manajemen kasus dengan pengalaman kerja dibidang perawatan / pemulihan adiksi atau sejenisnya min 3 tahun.

Tugas & tanggung jawab:

- ❖ Bekerja sama dengan staf Konselor Adiksi dan tim medis (rujukan) dalam memfasilitasi pengadaan layanan perawatan, dukungan dan pengobatan (care, support, and treatment) kepada klien.

- ◆ Bertanggung jawab untuk melakukan asesmen psikososial dan melakukan koordinasi pemberian layanan dengan konselor adiksi.
- ◆ Berpartisipasi dalam melakukan advokasi komunitas jika diperlukan
- ◆ Mengadakan kunjungan rumah (home visit) kepada klien jika diperlukan
- ◆ Memberikan informasi adiksi, perawatan, pemulihan dan dukungan kepada klien dan keluarganya jika diperlukan
- ◆ Mematuhi standard minimum penanganan kasus (Case Management)
- ◆ Menghadiri setiap pertemuan staff dan pembahasan kasus (case conference)
- ◆ Bersama-sama konselor mengisi dan mengevaluasi laporan perkembangan tiap-tiap klien
- ◆ Melakukan supervisi klinis, terutama kepada laporan perkembangan tiap-tiap residen
- ◆ Mengkoordinasi laporan perkembangan tiap residen dan bersama-sama konselor lain menyusun rencana perawatan
- ◆ Melakukan supervisi klinis dari rencana perawatan individual tiap-tiap residen
- ◆ Melaporkan perkembangan kegiatan bulanan manajemen kasus kepada koordinator program

## 5. Administrasi

### Persyaratan:

- ◆ Pendidikan D3 akutansi
- ◆ Memiliki pengalaman kerja di bidang administrasi min 1,5 tahun

### Tugas dan tanggungjawab:

- ◆ Melaksanakan system pengarsipan untuk dokumen – dokumen yang berhubungan dengan kegiatan program
- ◆ Melakukan dokumentasi aktivitas keuangan program
- ◆ Menyusun laporan keuangan setiap bulan dan tahun
- ◆ Melakukan pengetikan dokumen–dokumen kegiatan program
- ◆ Menyelenggarakan urusan umum termasuk pemeliharaan sarana

dan prasarana milik lembaga.

- ❖ Melaksanakan kegiatan administrasi pengelolaan barang inventaris dan barang habis pakai.
- ❖ Menyelenggarakan surat menyurat dan mengadministrasikan dokumen program.
- ❖ Bertanggungjawab atas semua notulensi hasil rapat/pertemuan.
- ❖ Membantu Koordinator Program dan staf lain untuk membuat bahan presentasi.
- ❖ Bertanggung jawab atas daftar hadir seluruh staf program.
- ❖ Membantu Program Manajer untuk menyiapkan laporan-laporan kegiatan.

## 6. Konselor Adiksi

### Persyaratan:

- ❖ Pendidikan D3 dan atau berpengalaman di bidang perawatan / pemulihan adiksi narkoba min 3 tahun
- ❖ Pernah mengikuti pendidikan konseling sebaya atau konseling adiksi, lebih diharapkan bersertifikat

### Tugas dan tanggung jawab :

- ❖ Melakukan initial intake
- ❖ Memfasilitasi session dan group process
- ❖ Membimbing klien
- ❖ Menjadi role model yg sehat bagi residen
- ❖ Menjadi fasilitator konseling keluarga
- ❖ Menjadi fasilitator konseling individu
- ❖ Membuat laporan perkembangan klien
- ❖ Saling memberikan informasi tentang klien dengan konselor lainnya demi kemajuan klien
- ❖ Bersedia untuk menjadi konselor grup atau konselor perorangan
- ❖ Menyusun treatment plan untuk tiap-tiap klien yang dikembangkan

bersama-sama oleh para manajer kasus & konselor

- ❖ Mempelajari dengan seksama bahan-bahan yang di sediakan untuk program
- ❖ Mengisi dan mengevaluasi laporan perkembangan tiap-tiap klien

## 7. Junior Konselor :

### Persyaratan:

- ❖ Pendidikan D3 dan atau berpengalaman di bidang perawatan / pemulihan adiksi narkoba min 1,5 tahun
- ❖ Pernah mengikuti pendidikan konseling sebaya atau konseling adiksi, lebih diharapkan bersertifikat

### Tugas dan tanggung jawab :

- ❖ Bertanggung jawab kepada Koordinator layanan
- ❖ Menjadi ko-fasilitator pada kegiatan sesi dan grup proses
- ❖ Membimbing Klien
- ❖ Menjadi role model yang sehat bagi klien
- ❖ Saling memberikan informasi tentang klien dengan konselor lainnya demi kemajuan klien
- ❖ Mengatur dan melakukan jadwal pertemuan kelompok dukungan pecandu & orang tua/ keluarga
- ❖ Melakukan komunikasi lanjutan dengan para klien yang sudah tidak berada di Program Aftercare
- ❖ Membantu keluarga menyiapkan intervensi keluarga sesuai dengan kebutuhan
- ❖ Menyediakan daftar orang-orang (mentor) dan layanan rujukan terkait yang dapat dihubungi oleh klien setelah menyelesaikan program
- ❖ Menyediakan dan memperbaharui daftar berikut data-data dari pusat pemulihan lain sebagai bahan rujukan.

### Syarat-syarat umum staf Konselor

- ❖ Pecandu akan lebih baik
- ❖ Minimal 3 tahun bersih dari narkotik, psikotropika, alkohol, dan zat adiktif
- ❖ Bertanggung jawab dan serius terhadap pemulihan pribadi
- ❖ Telah menjalani pendidikan sebagai konselor
- ❖ Jujur
- ❖ Berwibawa
- ❖ Memiliki pikiran terbuka
- ❖ Pernah bekerja di treatment center sebagai konselor

## **DUKUNGAN DAN HAMBATAN PROGRAM AFTERCARE**

Program aftercare tidak akan berhasil dengan baik bila tidak didukung oleh keluarga dan orang lain yang signifikan, pekerja profesional di bidang adiksi dan dari masyarakat. Proses reintegrasi pecandu ke masyarakat memerlukan kerjasama yang baik antara ketiga unsur ini terutama sekali dalam memberikan kesempatan bagi klien untuk mencobakan ketrampilan hidup baru yang dipelajarinya secara intensif dalam program terstruktur di dalam panti rehabilitasi.

Keterlibatan keluarga dalam Family Support Group dan menjalani Family Therapy membantu mempercepat proses pemulihan klien. Dukungan dari anggota masyarakat bisa berupa pemberian kesempatan kerja bagi mantan pecandu atau pemberian kesempatan untuk mengikuti kuliah kembali.

Dukungan lain yang sangat penting dan saat ini masih dirasakan kurang adalah ketersediaan tenaga profesional yang kompeten di bidang aftercare. Untuk itu perlu dilakukan kerjasama yang baik antar penyelenggara program aftercare agar tenaga yang saat ini masih sangat terbatas dapat dimanfaatkan seoptimal mungkin.

Selama ini penyelenggaraan program aftercare masih menemui banyak hambatan. Selain kurangnya tenaga profesional yang kompeten hambatan lain bisa berasal dari klien sendiri. Antara lain belum adanya kesadaran akan pentingnya menjalani program aftercare, sikap ingin cepat bebas dari pengawasan dan segala bentuk terapi, karena kurangnya informasi atau

sebab-sebab lain. Hambatan juga bisa berasal dari sikap keluarga yang memberikan tuntutan yang terlalu tinggi atau tidak realistis, terbatasnya pemahaman mengenai proses pemulihan, menuntut pemulihan yang segera atau sikap apatis akan keberhasilan program.

Hambatan dari masyarakat yang paling umum adalah adanya stigma atau labelling terhadap mantan pecandu yang berakibat diskriminasi dan penolakan untuk memasuki lingkungan masyarakat. Penyelenggara program aftercare memegang peranan penting untuk mengatasi hambatan ini. Salah satu manfaat mengikuti program aftercare adalah klien bisa mendapatkan perlindungan dan advokasi bila mendapatkan perlakuan diskriminatif dari masyarakat.

## **IMPLEMENTASI PROGRAM AFTERCARE DI INDONESIA**

### ***RSKO CIBUBUR (HALMAHERA-SEMATA)***

Nama Program Aftercare : *AC/DC (After Care/Domisili Cibubur)*  
AC / DC, adalah komunitas bina lanjut (after care) yang dibentuk atas kerja sama antara Instalasi Rehabilitasi RSKO Cibubur (Halmahera House) dan Yayasan Semata. Setiap klien Halmahera House yang telah selesai menjalani program rehabilitasi secara otomatis akan masuk ke dalam tahap After Care (AC / DC).

Program ini menyediakan wadah dan fasilitas tempat tinggal bagi klien yang masih memiliki masalah untuk langsung kembali ke rumahnya masing - masing, dimana setiap klien after care yang tinggal di fasilitas ini bertanggung jawab penuh untuk mengatur segala pembiayaannya (sewa rumah, listrik, air, dll.)

Pelayanan yang disediakan dalam program ini terkait dengan pencegahan kekambuhan (*Relapse Prevention*) adalah sbb :

- ◆ Staff in-charge yang bertanggung jawab terhadap monitoring dan supervisi aktifitas klien.
- ◆ Pertemuan dukungan yang diadakan setiap minggu :
  - Pertemuan 12 langkah
  - Support Group
  - After Care Meeting

- Close Meeting
- 2 Months After Care Class

Program terkait lainnya dalam komunitas AC/DC adalah kegiatan yang berhubungan dengan aktifitas dan produktifitas individu, seperti :

- ◆ Pelatihan Otomotif
- ◆ Pelatihan Tata Boga / Food & Beverages
- ◆ Pelatihan Konselor adiksi ( Counselor Training )

### **SPORT CAMPUS WIJAYA KUSUMA (SCWK)**

Nama Program Aftercare : *PROPER (Program Pemulihan Universal)*  
Program Aftercare yang diselenggarakan oleh SCWK merupakan divisi yang terpisah dari program reguler yang berbasis pada pendekatan Therapeutic Community. Kata Universal yang dipakai menggambarkan keseluruhan, netral, umum dan harmonisasi dari berbagai macam pendekatan yang digunakan di dalam PROPER.

Pendekatan yang digunakan pada pengembangan program ini adalah *Client Center*, yang merupakan satu pendekatan yang memfasilitasikan berbagai kebutuhan dari klien yang bersangkutan. Pendekatan *Client Center* memungkinkan klien untuk lebih dapat mengeksplorasi diri mereka dan mendapatkan treatment yang konkrit pada masalah yang sedang di hadapi. Pendekatan lain yang di gunakan antara lain adalah Olah Raga, karena diyakini bahwa” didalam badan yang sehat terdapat jiwa yang sehat”. Pendekatan olah raga yang digunakan sampai saat ini adalah : Merpati putih, Fitness, Jogging, Basket, Aerobik dan Futsal.

### **MASYARAKAT ANTI NARKOBA**

Nama Program : *Program Aftercare Masyarakat Anti Narkoba (PACMAN)*  
Program Aftercare Masyarakat Anti Narkoba (PACMAN) berlangsung selama 2 semester dan tiap semester 4 bulan. Kegiatan diselenggarakan secara terstruktur dan diadakan 5 hari seminggu, 8 jam sehari. Satu hari sabtu dalam sebulan diadakan kegiatan rekreasi bagi peserta. PACMAN dirancang khusus bagi pembinaan lanjutan mantan pecandu yang telah menyelesaikan program rehabilitasi primer. Tujuannya adalah menghasilkan manusia mantan pecandu yang tangguh dalam menempuh masa reintegrasi ke masyarakat agar menjadi anggota masyarakat yang sehat dan produktif. Program pelatihan komprehensif sistematis ini meliputi komponen-komponen :

### Pelatihan Ketahanan Diri

Terdiri dari berbagai kegiatan pengembangan diri yang ditujukan untuk memperkokoh kepribadian agar tidak rentan terhadap godaan menggunakan narkoba kembali. Selain pemberian materi melalui pelatihan, kegiatan Ketahanan Diri ditunjang pula dengan kegiatan Olah Raga, Kesenian dan Rekreasi. Materi yang diberikan antara lain: Drug education, Kesehatan dan Nutrisi, Pengembangan Diri, Komunikasi, relapse Prevention, Self Esteem, Achievement Motivation Training, Iman dan Takwa, Adversity Intelligence.

### Pelatihan Kerja (Vocational Training)

Terdiri dari berbagai ketrampilan kerja sesuai dengan bakat dan minat peserta. Kegiatan ini dimaksudkan agar peserta mempunyai rasa percaya diri dan merasa dirinya kompeten untuk kembali melanjutkan aktifitas sosialnya di masyarakat. Beberapa kegiatan yang diselenggarakan adalah: Bahasa Inggris, Komputer, Jurnalistik, Fotografi, Penyiaran, Public Relation, Sales & Promotion, Marketing, Tata Busana, Tata Boga, Sekretaris, Otomotif.

### On-the-job training (magang kerja)

Berdasarkan ketrampilan kerja yang sudah dimiliki, peserta diberi kesempatan untuk magang kerja di berbagai lingkungan kerja yang sebenarnya.

### Pembinaan

Kegiatan pembinaan dilakukan secara individual maupun berkelompok oleh para ahli di bidang psikologi, kesehatan, nutrisi, agama, kesenian dan olah raga.

## **UNITRA NARKOBA LIDO BNN**

### **a. Tujuan**

1. Untuk menyediakan dukungan dalam re-integrasi akhir seorang *Pre-Graduation (Residen aftercare)*, yang bertujuan untuk memastikan penyelesaian dari keseluruhan sebuah perjalanan *Recovery program*.
2. Secara terus-menerus mengingatkan kembali pelajaran-pelajaran dari program residensial, memotivasi *pre Graduation* untuk meneruskan program pemulihannya dan untuk mencegah terjadinya slips / relapses.
3. Dapat menunjukkan sikap dan perilaku hidup sehat, yang dilandasi oleh gaya hidup berpikiran jernih tanpa zat adiktif.

#### b. Sasaran

1. Untuk menyediakan sebuah penilaian yang transparan, obyektif, dan efisien tentang proses pemulihan residen sebagaimana ditunjukkan pada program rehabilitasinya sendiri.
2. Untuk menyediakan dukungan dan panduan dalam re-integrasi akhir seorang Pre-Graduation (residen yang selesai program re-entry), yang bertujuan untuk memastikan penyelesaian yang sukses dari seluruh program rehabilitasi.
3. Secara terus-menerus mengingatkan kembali pelajaran-pelajaran dari program residensial, memotivasi Pre-Graduation untuk meneruskan pekerjaan program pemulihannya, dan untuk mencegah "Lapses".
4. Untuk mempromosikan *responsible love and concern* diantara para Pre-Graduation sebaik fungsi mereka sebagai *role-model* bagi para residen.

#### c. Kebijakan

1. Program aftercare akan berlangsung selama 6 sampai dengan 8 bulan.
2. Program aftercare tidak dipungut biaya.
3. Pertemuan aftercare group dan counseling akan diadakan setiap 2 kali dalam satu bulan didalam *aftercare facility*, mulai dari jam 10.00 sampai dengan 15.30 sore.
4. Bila terjadi hal-hal yang dianggap telah menyimpang dari apa yang telah disetujui, yang diantaranya :
  - *Behavioral relapse*
  - *Emotional relapse*
  - *Substance relapse*

Maka klien residen aftercare akan mengalami "Demotion" untuk menjalani clean up program di dalam Facility Unit T & R.

5. Setelah *residen aftercare* selesai menjalani *aftercare program* selama 6 s/d 8 bulan, maka residen aftercare akan kembali dipanggil oleh pihak Unit T & R untuk menjalani *assessment* dan *evaluation* untuk mendapatkan sertifikat Graduation.
6. Residen aftercare berkewajiban untuk tetap melakukan communicate

kepada staff aftercare sebanyak 2 kali dalam 1 minggu.

7. Urine test akan tetap dilakukan secara random.
8. Pihak unit T & R mempunyai hak sepenuhnya untuk melakukan *spot check on the spot* (rumah, kantor, kampus, dsb).

*d. Prosedur untuk pre – graduation*

1. Menyelesaikan semua *family issue* yang ada di dalam kehidupannya sehari-hari.
2. Membuat *accountability* dan menyerahkannya kepada *static Counselor* permohonan untuk selesai program dan masuk ke dalam fase aftercare yang berbentuk proposal aftercare. Misalnya, hal apa yang akan saya kerjakan (sekolah atau bekerja); bagaimana saya menyelesaikan integrasi di dalam keluarga, pekerjaan dan masyarakat; bagaimana saya dapat menjaga recovery saya dan hal apa yang akan saya lakukan untuk menjaga recovery saya diluar facility.
3. Pengumpulan sebuah komposisi karya tulis mengenai pengalaman residen dalam proses pemulihannya – misal : siapa diri saya waktu dulu dan siapa diri saya sekarang ; apa saja sikap-sikap saya yang dulu dan bagaimana saya mengubahnya; apa yang telah saya pelajari tentang diri saya; apa saja alasan-alasan saya untuk menyalahgunakan zat adiktif dll. ( Tugas akhir ).
4. Pengesahan oleh *Residen Re-Entry* lainnya setelah secara suka rela menunjuk diri dalam *Group Confrontation*.
5. Menjalankan *Self Presentation* kepada seluruh family Unit T & R baik *Primary* maupun *Re-entry*.
6. Menjalankan staff *Confrontation*.
7. Menjalankan family dialog terakhir bersama keluarga dan *static counselor*.
8. Penilaian oleh *Program Manager dan Program Director*, yang mungkin akan meminta penyelesaian tugas-tugas / persyaratan-persyaratan tambahan.
9. Penyerahan Sertifikat Penyelesaian Program Dasar dan keluar secara terhormat dari program residensial pada sebuah upacara dengan seluruh residen dan dihadiri oleh keluarganya.
10. Residen akan kembali dipanggil oleh pihak Unit T & R setelah berada di luar facility selama 6 bulan untuk melaksanakan *Graduation*.

## YAYASAN KARISMA

Nama Program Aftercare : *Program Aftercare Karisma*  
Sebagai sebuah pusat perawatan yang berbasis 12 Langkah, Program Aftercare Yayasan Karisma lebih memfokuskan klien dan keluarga untuk memperkuat fondasi pemulihan baik secara individu maupun kolektif.

Setelah menjalani program rawat inap dasar ( 4 bulan) atau intervensi relapse (6 minggu) dan menjalani program daycare ( 8 minggu ), pada fase pasca perawatan klien dapat mengikuti Program Aftercare yang disusun dan disetujui bersama oleh konselor dengan meliputi komponen:

- ❖ Sesi Psiko edukasi
- ❖ Relapse Prevention
- ❖ Konseling Individu (jadwal disesuaikan dengan kebutuhan klien)
- ❖ Konseling Keluarga (jadwal disesuaikan dengan kebutuhan klien)
- ❖ Pertemuan 12 Langkah untuk pecandu (diadakan rutin setiap minggu)
- ❖ Pertemuan 12 Langkah untuk keluarga dan pasangan (diadakan rutin setiap minggu)
- ❖ Pengerjaan dan penerapan 12 Langkah
- ❖ Fellowship activities (Rekreasi, Social service, Sports)

## KESIMPULAN

Program aftercare atau perawatan lanjutan adalah treatment diberikan kepada pecandu setelah menyelesaikan rehabilitasi primer. Tujuan utamanya adalah reintegrasi sosial dan kembali menjalankan fungsi sosial di masyarakat. Program aftercare merupakan tahapan rehabilitasi terakhir dari rangkaian perawatan ketergantungan narkoba dan dapat dimulai sejak klien mencapai Tahap Pemulihan Menengah dalam pendekatan *Developmental Model of Recovery*. Pada tahap ini diharapkan klien sudah memiliki kematangan, kesiapan dan ketrampilan minimal untuk berhadapan dengan lingkungan masyarakat yang beresiko tinggi.

Penyelenggaraan program ini bisa mengikuti beberapa model, tergantung dari kondisi dan kebutuhan klien. Model apapun yang dipilih tidak menjadi masalah, yang penting adalah komponen utama yang menjadi esensi dari program aftercare yaitu relapse prevention, ketahanan diri, pengembangan diri, pelatihan vokasional, bimbingan dan konseling

serta pendidikan kesehatan dan pola hidup sehat disertakan sebagai materi program.

Keikutsertaan klien dalam program aftercare sangat penting untuk mengatasi periode kritis terhadap kekambuhan dan untuk mendapatkan perlindungan serta advokasi bila dalam proses reintegrasi mendapatkan perlakuan diskriminatif dari masyarakat. organisasi program aftercare yang paling sederhana.

Perpustakaan BNN



Perpustakaan BNN

## BAB VII EPILOG

### ***Implementasi Keterampilan Psikososial***

*Al Bachri Husin dan Benny Ardjil*

#### **ISYU-ISYU DALAM IMPLEMENTASI**

Sebagian besar SDM yang bekerja dalam sentra-sentra pemulihan adiksi narkoba sama sekali tidak memiliki ketrampilan profesional dalam bidang kesehatan mental dan bidang ilmu yang berkaitan dengan psiko-sosial. Banyak mereka hanya mengandalkan kepada 'pengalaman pribadi' yang tentunya tidak sama untuk semua orang. Sebagian lagi melaksanakan pekerjaannya melalui 'trial and error' yang memberi citra kurang baik untuk masa depan sentra pemulihan adiksi narkoba tersebut. Implementasi keilmuan perlu dilakukan terhadap sistim atau mekanisme apapun yang dilakukan terhadap pasien-pasien atau klien-klien yang membutuhkan pelayanan dari sentra-sentra pemulihan. Sistem yang tepat harus didukung oleh bukti-bukti ilmiah yang dapat dipertanggung jawabkan serta dilakukan sesuai dengan kode etik profesionalisme.

Untuk mengembangkan suatu strategi implementasi yang efektif, penting untuk memahami kompleksitas dari setiap intervensi kasus yang dihadapi. Tidak semua kasus dapat dihadapi dengan cara yang sama. Mereka yang bekerja dalam bidang adiksi narkoba akan mendapat hambatan dalam menterjemahkan implementasi intervensi psikososial tersebut ke perawatan atau bimbingan rutin. Jelasnya, kendala yang dihadapi untuk pekerjaan dilapangan secara rutin lebih berat dihadapi intervensi psikososial bila dibandingkan dengan intervensi biologi. Beberapa isu yang perlu digunakan untuk menjadi bahan pertimbangan adalah: kualitas staf, keterampilan, sikap dan pengalamannya. Beberapa studi menunjukkan bahwa pelatihan-pelatihan terhadap sejumlah kecil staf dalam sentra-sentra pemulihan adiksi yang dikerjakan secara periodik dengan nuansa profesional akan sangat membantu keberhasilan pemulihan adiksi narkoba.

## PERSEPSI ADIKSI SEBAGAI GANGGUAN OTAK

Selama lebih dari 50 tahun terakhir, para ahli adiksi narkoba telah membuktikan bahwa adiksi narkoba adalah gangguan pada otak. Gangguan berbagai fungsi otak tersebut meliputi banyak fungsi tingkah laku seperti memori, judgement, emosi, fungsi pikir, interaksi dengan orang lain, gerakan motorik. Penyimpangan perilaku adiksi narkoba sangat bervariasi dan kompleks. Karena itu terapi dan upaya penyembuhan adiksi narkoba harus disesuaikan dengan kebutuhan pasien. Cara ini yang dikenal dengan nama "matching system" antara 'services availability' dan 'patient needs'. Terapi untuk adiksi narkoba merupakan kombinasi antara terapi biologi atau terapi terhadap otaknya plus terapi perilaku. Tergolong dalam terapi biologik (atau otaknya) adalah terapi withdrawal, terapi simptomatik, terapi substitusi. Dan tergolong dalam terapi perilaku, adalah terapi psikososial dan kelompok mandiri.

Banyak mereka yang bekerja pada sentra-sentra pemulihan adiksi narkoba kurang memahami kausa dari adiksi narkoba. Mereka melihat kompleksitas permasalahan adiksi narkoba hanya dari satu sisi. Sebagian dari mereka memandang hanya dari pendekatan sosial, psikologi dan religi. Sebagian lagi menganggap pendekatan medik merupakan pendekatan satu-satunya. Dalam banyak sentra-sentra pemulihan adiksi narkoba di negara-negara maju, kekurang pahaman dan jurang percayaan diri staf merupakan faktor penting yang menghambat pemulihan adiksi narkoba. Mereka menghindarkan diri atas pertanyaan-pertanyaan anggota keluarga atau teman-teman pasien karena kuatir memberikan jawaban yang kurang jelas.

## PROGRAM PELATIHAN KETERAMPILAN PSIKOSOSIAL

Guna meningkatkan kualitas pelayanan, setiap sentra pemulihan adiksi narkoba diharuskan mengembangkan program pelatihan keterampilan bagi stafnya. Sebagian melakukan paket-paket pelatihan intra-sentra ('in-service training') dan sebagian lagi mengirim stafnya ke tempat-tempat pelatihan didalam dan luar negeri. Terbatasnya sarana-sarana pelatihan tersebut di dalam negeri merupakan kendala utama, disamping dana yang tersedia. Karena itu, pelatihan-pelatihan yang diselenggarakan badan-badan Pemerintah mendatangkan minat peserta yang besar.

## LANGKAH-LANGKAH BERIKUTNYA

Setelah membaca buku ini, bagi pembaca yang berminat dapat mencoba untuk meng-implementasikannya dan menambah wawasan ilmu dengan membaca daftar rujukan pustaka yang ditawarkan. Buku ini bukan suatu pedoman klinis atau guideline untuk terapi psikososial, tetapi dapat digunakan sebagai bahan awal untuk akses mendalami terapi psikososial secara lebih luas dan detail.

Beberapa langkah yang disarankan guna mendapatkan kualitas pelayanan tinggi (*high-quality services*) terhadap proses pemulihan adiksi narkoba baik untuk terapi residensial maupun rawat jalan. Khusus untuk pengelola (*provider*) sentra-sentra pemulihan adiksi narkoba dapat melakukan langkah-langkah berikut dibawah ini:

1. Kontak konsultan. Mencari, menghubungi salah seorang konsultan kesehatan mental yang memiliki pengalaman klinis adiksi narkoba, psikotropika dan zat adiktif lain, baik didalam negeri maupun diluar negeri. Perhatikan benar-benar kualifikasinya melalui korespondensi via email, surat pos atau faksimili. Tidak semua mental-health professional mengetahui masalah drugs & drug-related problems. Kalaupun ada, mungkin diperhatikan dengan jenis keahlian terapi psikososial yang mana yang perlu dititik beratkan: *family therapy, 12-steps recovery program, therapeutic community, motivational interviewing* atau lainnya. Ada baiknya, pengelola memilih lebih dari 2 orang, kemudian diminta mengajukan proposal pelatihan minimal untuk program 2 tahun atau lebih.
2. Menyelenggarakan suatu Introductory Workshop. Pengelola dapat menyelenggarakan suatu workshop yang didisain untuk suatu jenis program terapi psikososial. Direktur pogram dari sentra pemulihan adiksi narkoba atau seorang konsultan Kesehatan mental diminta untuk mengajukan presentasi. Presentasi harus berisikan suatu usulan materi program yang didukung data-data ilmiah berkait dengan evidence-based, hasil-hasil yang dicapai dan hambatan-hambatan yang akan dialami. Sertakan juga bagian keuangan yang dapat mencarikan dana dari mana penyelenggaraan dapat berlangsung.
3. Memilih trainer program. Seorang atau dua orang staf dari sentra pemulihan adiksi narkoba dipilih dari semua staf yang ada untuk dipercaya menjadi terapis (sekaligus trainer). Dengan rekrutmen

yang baik, akan didapat staf yang akan dipersiapkan untuk menjadi trainer (kalau perlu lakukan kontrak ikatan kerja untuk selama 3-4 tahun). Staf dapat berasal dari latar belakang kesehatan mental seperti: perawat, ahli psikologi, psikiater, pekerja sosial, terapis okupasional atau ex-addict yang telah menjadi staf sekurang-kurangnya 3 tahun.

4. Pelatihan awal dan Supervisi. Kepada staf trainer dilatih secara intensif selama satu pekan (biasanya beberapa sentra bekerjasama menyelenggarakan satu pekan *training workshop*). Pasca-pelatihan mereka diminta meng-aplikasikan materi apa yang didapat dalam pelatihan. Misalnya untuk materi *Family Therapy* mereka diminta untuk melakukannya untuk 1-2 kasus selama satu pekan. Pertemuan kasus direkam (dalam kaset atau audiovisual), buat tulisan sebagai case-report dan academic essay. Konsultan melakukan evaluasi dan supervisi setiap sebulan sekali. Lakukan pekerjaan tersebut selama 6 bulan sampai setahun.
5. Training the Trainers. Sebanyak 20-25 orang staf yang telah mendapat kan pelatihan awal diwajibkan mengikuti satu atau dua pekan training workshop. Pasca pelatihan mereka diminta untuk mengembangkan keterampilan terapi psikososial di sentranya masing-masing.

Dengan menjalankan langkah 1 sampai 5 dalam 2 tahun setiap sentra akan memperoleh sejumlah staf yang handal untuk dikembangkan di sentra-sentra pemulihan adiksi narkoba masing-masing. Hambatan yang utama adalah: dana penunjang dan pemahaman pengelola dan staf yang kurang memadai terhadap kelangsungan program.

## PETUNJUK UNTUK MENJALANKAN PELATIHAN PROGRAM YANG EFEKTIF

1. Pelatihan jangan dilakukan sebagai suatu aktivitas menyendiri (*isolation*), tetapi dilakukan bersama-sama dengan program pelayanan dan pengembangan organisasi
2. Dalam pengembangan aktivitas layanan baru, aktivitas tim harus dicurahkan kepada aktivitas dan layanan yang dibutuhkan tersebut, bukan kepada struktur yang belum ada. Semuanya harus benar-benar fokus: nilai-nilai tim, keterampilan dan sikap dari staf sentra pemulihan

3. Memberi peluang kepada sentra-sentra sejenis untuk saling berkenalan dan mengembangkan kreasi, serta melibatkan staf yang masih muda guna menambah pemahaman dari kultur organisasi lain dan mengenal cara bagaimana mereka melakukan terapi
4. Pelatihan harus mendapatkan persetujuan dan dukungan kuat dari level yang tertinggi bukan hanya di sentra-sentra pemulihan adiksi narkoba tetapi juga pada level tertinggi seperti institusi atau badan Pemerintah (Pusat Laboratorium, Terapi dan rehabilitasi Badan Narkotika Nasional, Departemen Kesehatan atau Departemen Sosial)
5. Intervensi atau terapi psikososial harus dianggap sebagai "inti" dari layanan, bukan hanya sebagai pelengkap atau suplemen. Pentingnya intervensi tersebut harus tercantum dalam *business plan* dari organisasi, *service agreements* dengan orangtua dan deskripsi tugas dari staf
6. Sistim supervisi harus ditempatkan secara adekuat.
7. Manajemen dari semua level organisasi harus dicantumkan dalam board dan dalam perjanjian ketika dilakukan pelatihan. Pelatihan staf harus didukung oleh semua staf
8. Layanan terhadap konsumen dan jenjang karir memegang peran penting guna meyakinkan staf pentingnya intervensi psikososial yang mereka lakukan
9. Isyu-isyu berkaitan dengan banyaknya kasus dan beban kerja pada awal pasca pelatihan cukup memberatkan dan layanan terhadapnya harus mampu melayani situasi krisis yang terjadi
10. Implementasi dari program memerlukan tindak lanjut secara ketat sepanjang waktu. Ada anggapan yang sering terjadi bahwa jenis layanan baru hanya digunakan untuk sementara dan akhirnya staf kembali ke pekerjaan rutin.

## KONKLUSI

Pelayanan terapi psikososial harus ditetapkan sebagai bentuk layanan utama dalam suatu institusi atau sentra-sentra pemulihan adiksi narkoba, karena itu perlu memperkuatnya sebagai basis layanan. Dukungan yang kuat dari level sentra pemulihan adiksi napza sampai penyandang dana dan pengambil keputusan diperlukan.



## DAFTAR PUSTAKA

- Aaron T. Beck, **"Cognitive Therapy and the Emotional Disorder"**, 1989, 1991.
- Aaron T. Beck, Fred Wright, Cory F. Newman, **"Cognitive Therapy of Substance Abuse"**, 1993
- Al Bachri Husin. **Kumpulan Bahan-bahan Pelatihan Motivational Interviewing dan Motivational Enhancement Therapy**, 1998-2007, Jakarta.
- Addiction Technology Transfer Center, National Curriculum Committee, SAMHSA, **Addiction Counseling Competencies: The Knowledge, Skills, and attitudes of Professional Practice**, 1998.
- Addiction Technology Transfer Center, Univ. of Missouri-Kansas City, **The Book of Change – A Blueprint for Technology Transfer**.
- Albert Ellis, **Rational Emotive Behavior Therapy**,
- Albert Ellis, **Reason and Emotion in Psychotherapy**, 1962
- Astolfi, H & Evans, M (1997). **Motivational Interviewing. GP Drug & Alcohol Supplement no. 6 April 1997**, Central Coast GPs.
- Benshoff, John J & Janikowski, Timothy, P, **The rehabilitation model of substance abuse counseling**, Wadsworth, Thomson Learning, Canada, 2000.
- Free-Gardiner, Linda, **Trust the process**, Newjoy Press, California, USA, 1996
- Institute of Behavioral Research, Texas Christian University, **Straight Ahead-TransitioSkills for Recovery**, 1999
- Joseph R. Volpicelli, Hellen M. Pettinati, A. Thomas McLellan, Charles P. O'Brien, **Combining Medication and Psychosocial Treatments for Addiction**, 2001, – The BRENDA Approach
- Judith Beck, **Cognitive Therapy: Basic and Beyond**, 1995  
Kathleen Carroll, Dr & Bruce Rounsaville, Dr dari Yale University with

- Lisa Onken, Dr dari NIDA, **Therapy Manual for Drug Addiction**, 1998
- Margolis, Robert D, & Zweben, Joan E, **Treating Patients with alcohol and other drug problems : An integrated approach**, American Psychological Association, Washington, DC, 1988
- Miller, W.R. (1995). **Motivational Enhancement Therapy with Drug Abusers**. National Institute on Drug Abuse (R01 DA-08896), Washington DC, 1995
- Miller, W.R. & Rollnick, S (2002). **Motivational Interviewing? Preparing People for Change**. Second Edition. The Guilford Press, London.
- Robert L. Leahy, **Overcoming Resistance in Cognitive Therapy**, 2003
- Seppala, Marvin D. (2001). **Clinician's Guide to the Twelve Step Principles**. New York: McGraw-Hill.
- Skinner, B.F. **The Origin of Cognitive Thought**, 1989
- Smith, D.E., & Seymour, R.B. (2001). **Clinician's Guide to Substance Abuse**. New York: McGraw-Hill.
- TIP 39. Substance Abuse Treatment and Family Therapy
- Terence T. Gorski, **The Staying Sober Workbook**
- Thombs, D.L.(1999). **Introduction to Addictive Behaviors. 2nd Ed**. New York: The Guilford Press
- Volpicelli, J., & Szalavitz, M. (2000). **Recovery Options: The Complete Guide**. New York: John Wiley & Sons, Inc
- Wayne Froggatt, Dr. **A Brief Introduction to Cognitive-Behavior Therapy**, 2001
- William R. Miller & Rollnick, **Motivational Interviewing**, 2002.
- William R. Miller, Theresa B. Moyers, Denise Ernst, & Paul Amrhein, **Manual for the Motivational Interviewing Skill Code**, 2003
- William R. Miller, **Motivational Enhancement Therapy with Drug Abuser**

Yalisove, D. (1998). *The origins and evolution of the disease concept of treatment. Journal of Studies on Alcohol, 59*. Vol: 469-476.

## **BAHAN BACAAN**

Al Bachri Husin. Kumpulan Bahan-bahan Pelatihan Motivational Interviewing dan Motivational Enhancement Therapy (1998-2007), Jakarta.

Astolfi, H & Evans, M (1997). Motivational Interviewing. GP Drug & Alcohol Supplement no. 6 April 1997, Central Coast GPs.

Miller, W.R. (1995). Motivational Enhancement Therapy with Drug Abusers. National Institute on Drug Abuse (R01 DA-08896), Washington DC, 1995

Miller, W.R. & Rollnick, S (2002). Motivational Interviewing? Preparing People for Change. Second Edition. The Guilford Press, London.  
Rollnick, S & Miller, W.R. (1995). What is motivational interviewing? Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23, 325-334.

Tober, G & Raistrick, D (2007). Motivational Dialogue – Preparing Addiction Professionals for Motivational Interviewing Practice, Routledge, London.

## TIM PENYUSUN

Terapi dan Rehabilitasi Komprehensif Bagi Pecandu Narkoba  
Di Lihat Dari Sisi Psikososial



**Pelindung  
Penasehat  
Pengarah**

Kalakhar BNN  
Sekretaris Lakhar BNN  
Kapus T&R Lakhar BNN

**Narasumber**

Dr. Al Bachri Husin, Sp.KJ  
Dr. Diah Setia Utami, Sp.KJ  
Dra. Tri Iswadhani, Psi,M.Si

**Tim Penyusun**

Dr. Aisyah Dahlan  
Andrei Simanjuntak, MA  
Dra. Ni Made Labasari, M.Si  
Etty Miharti  
Dr. Amrita Devi, M.Si  
Yanuar Sadewa, S.Ag,M.Si  
Fierza M. Nasution, Psi,Msi  
Jessi A. Monintja  
Risa Fauzi Alexander  
Betty Sri Retnanidyah, Apt





**TIDAK UNTUK  
DIPERJUAL - BELIKAN**

**BADAN NARKOTIKA NASIONAL  
REPUBLIK INDONESIA**

Jl. MT. Haryono No. 11 Cawang  
Jakarta Timur INDONESIA  
Website : [www.bnn.go.id](http://www.bnn.go.id)

Telp. +62-21 8087 1566, 8087 1567  
Fax. +62-21 8088 5225, 8087 1591,  
E-mail : [info@bnn.go.id](mailto:info@bnn.go.id)

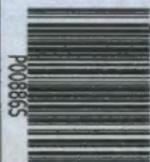
Call Center 021 8088 0011

SMS Center 0888 1

ISBN 978-979-19124-0-2



9 789791 912402



P008865

Terapi rehabilitasi komprehensif  
bagi pecandu narkotika

PERPU