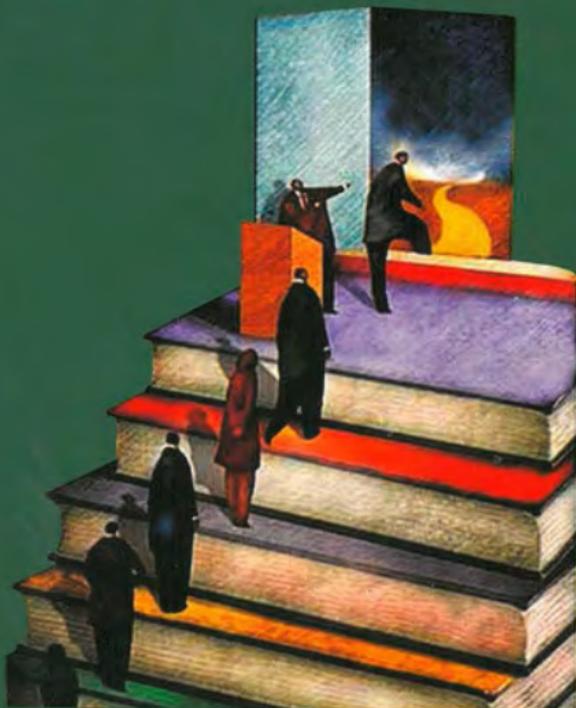




PETUNJUK TEKNIS REHABILITASI THERAPEUTIC COMMUNITY (TC)





**PETUNJUK TEKNIS
REHABILITASI
THERAPEUTIC COMMUNITY (TC)**

BADAN NARKOTIKA NASIONAL REPUBLIK INDONESIA 2012

KATA PENGANTAR DEPUTI BIDANG REHABILITASI

Puji dan syukur dipanjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena limpahan rahmat dan karuniaNya bagi kita semua, sehingga kegiatan penyusunan Petunjuk Teknis Rehabilitasi *Therapeutic Community* (TC) ini telah dapat diselesaikan sesuai jangka waktu yang direncanakan.

Penyusunan Juknis Rehabilitasi TC ini merupakan upaya untuk menyediakan panduan yang lebih komprehensif dan teknis dalam penyelenggaraan rehabilitasi dengan pendekatan TC, serta untuk melengkapi Standar Rehabilitasi TC Swadaya Masyarakat yang sudah lebih dulu disusun. Juknis Rehabilitasi TC ini akan menyediakan informasi yang rinci tentang teknis pelaksanaan program rehabilitasi dengan pendekatan TC, yang akan digunakan oleh lembaga rehabilitasi masyarakat sebagai pedoman pelaksanaan program rehabilitasi TC.

Juknis Rehabilitasi TC ini tersusun dari lima (5) bab yang meliputi bahasan tentang ruang lingkup TC, prosedur penyelenggaraan TC, manajemen krisis, serta monitoring dan evaluasi. Bab tentang prosedur penyelenggaraan TC merupakan petunjuk teknis penyelenggaraan TC secara lebih detail. Tersedianya Juknis Rehabilitasi TC diharapkan akan meningkatkan pemahaman penyelenggara rehabilitasi tentang pendekatan TC dalam pelaksanaan program rehabilitasi yang dijalankannya, sehingga mendorong penggunaan pendekatan TC sebagai salah satu pilihan terapi ketergantungan narkoba.

Tersedianya Juknis Rehabilitasi TC ini diharapkan pula akan meningkatkan kemampuan lembaga rehabilitasi masyarakat yang mendapat dukungan dari BNN untuk memberikan layanan yang berkualitas melalui program rehabilitasi dengan pendekatan TC. Juknis ini juga akan menjadi pedoman dalam penyelenggaraan program rehabilitasi yang sesuai dengan aturan yang ditentukan, sehingga akan meningkatkan efektifitas upaya terapi dan rehabilitasi yang dilaksanakan oleh masyarakat.

Juknis Rehabilitasi TC yang telah disusun ini tentunya masih jauh dari sempurna, oleh karena itu diperlukan tinjauan ulang secara berkala sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan metode terapi dan rehabilitasi ketergantungan narkoba, guna perbaikan dan penyempurnaan pada waktu yang akan datang.

Akhir kata, diharapkan Juknis Rehabilitasi TC yang telah disusun ini akan memberikan manfaat yang berarti dalam upaya meningkatkan angka pemulihan penyalah guna narkoba di Indonesia.

Jakarta, Maret 2011
Deputi Rehabilitasi BNN


Dr. Kusman Sunakusumah, Sp.KJ, MPH

Perpustakaan BNN



KATA SAMBUTAN KEPALA BADAN NARKOTIKA NASIONAL

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

Puji dan syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa atas limpahan rahmat dan karunia-Nya sehingga kita diberi kesehatan, kesejahteraan dan kesadaran untuk meningkatkan upaya penanggulangan masalah narkoba di Indonesia. Saya menyampaikan penghargaan kepada tim penyusun yang telah bekerja dengan segenap daya upaya hingga dihasilkan **Petunjuk Teknis Rehabilitasi *Therapeutic Community* (TC)** ini.

Juknis Rehabilitasi TC yang telah disusun ini akan melengkapi Standar Rehabilitasi TC Swadaya Masyarakat yang telah tersedia, dan akan merupakan rangkaian upaya BNN untuk mendukung dan menguatkan lembaga rehabilitasi masyarakat yang menyelenggarakan program rehabilitasi dengan pendekatan TC. Saya berharap para penyelenggara layanan rehabilitasi dapat memanfaatkan Juknis ini secara optimal untuk meningkatkan kualitas layanannya.

Sekian dan Terima Kasih.

Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarokatuh.

Jakarta, Maret 2011
Kepala Badan Narkotika Nasional

Gories Mere

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	i
Kata Sambutan	iii
Daftar Isi	iv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. LATAR BELAKANG	1
B. MAKSUD DAN TUJUAN	3
C. RUANG LINGKUP BUKU	3
D. DASAR KEBIJAKAN	4
E. TERMINOLOGI	4
BAB II RUANG LINGKUP THERAPEUTIC COMMUNITY	6
A. SEJARAH THERAPEUTIC COMMUNITY (TC)	6
B. TC, HIV/AIDS DAN DUAL DIAGNOSIS	13
C. KRITERIA INKLUSI RESIDEN	18
BAB III PROSEDUR PEYELENGGARAAN TC	21
A. PROSES PENERIMAAN	21
B. FASE INDUKSI (ORIENTASI)	23
C. TAHAP PRIMER (<i>PRIMARY</i>)	28
D. TAHAP RE-ENTRY	32
E. PENERAPAN PRIVILEGES DAN SANKSI	36
F. PERTEMUAN (<i>MEETINGS</i>)	45
G. KELOMPOK KOMUNITAS (<i>COMMUNITY GROUPS</i>)	51
H. RESOLUSI KONFLIK (<i>ENCOUNTER</i>)	64
I. DOKUMENTASI DATA KLIEN	70
BAB IV MANAJEMEN KRISIS	75
A. DEFINISI	75
B. TUJUAN	76
C. RUANG LINGKUP	76
D. PROSEDUR MANAJEMEN KRISIS	77
BAB V MONITORING DAN EVALUASI	93
A. MONEV INPUT	93
B. MONEV PROSES	94
C. MONEV OUTPUT	94
PENUTUP	96
DAFTAR PUSTAKA	97

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Dokumentasi ilmiah menunjukkan bahwa penyelenggaraan program rehabilitasi dengan pendekatan *therapeutic community* (dikenal dengan singkatan TC) pada awalnya diterapkan pada pusat perawatan psikiatrik terhadap pasien-pasien yang mengalami gangguan kejiwaan di Inggris di awal tahun 50an. Pendekatan ini beberapa tahun kemudian juga diterapkan pada program terapi rehabilitasi terhadap pecandu-pecaudu narkoba di Amerika Serikat. Sekalipun tidak jelas keterkaitan antara TC pada perawatan psikiatrik di Inggris dengan TC pada perawatan adiksi di Amerika Serikat, namun terdapat berbagai kesamaan filosofi dan pendekatan.

Program TC bagi masalah ketergantungan narkoba di Indonesia berlangsung sejak tahun 1997, yang diinisiasi oleh keluarga pecandu. Keikutsertaan pemerintah dalam penyelenggaraan program TC ini dimulai oleh Kementerian Sosial pada tahun 1999 - 2000 yang bekerjasama dengan Yayasan Titihan Respati dan RS Ketergantungan Obat dalam hal pelatihan, penyusunan pedoman dan juga penerapan program di salah satu Panti Rehabilitasi Sosial yang dimiliki Kementerian Sosial.

Pendekatan dasar TC adalah melakukan terapi terhadap kondisi individu secara menyeluruh dengan menggunakan kekuatan komunitas sebaya. Tidak hanya masalah ketergantungan narkoba semata-mata yang dituju dalam program terapi, melainkan juga masalah-masalah yang terkait

dengan keluarga, pendidikan, keterampilan kerja dan kesehatan, termasuk kesehatan jiwa (DeLeon, 2000).

Pendekatan ini mengalami evolusi dari waktu ke waktu. Bila awalnya dijalankan selama 2 – 3 tahun, pada prakteknya kemudian berjalan 12 – 18 bulan (Cole & James, 1975). Sejak beberapa belas tahun belakangan ini, karena karakteristik residen, realitas klinis serta biaya rehabilitasi yang relatif mahal, program TC secara global kemudian menjadi lebih pendek (3, 6 dan 12 bulan). Karakteristik residen yang menjadi kendala untuk mengikuti program TC yang bersifat jangka panjang diantaranya adalah status sebagai orangtua tunggal dan pencari nafkah atau status sebagai pekerja tetap pada suatu perusahaan/ institusi formal. Realitas klinis yang menghambat penyelenggaraan TC jangka panjang diantaranya adalah fakta bahwa sebagian pecandu juga mengalami komplikasi fisik maupun mental, sehingga membatasi kemampuan mereka untuk ikut serta dalam kegiatan TC sehari-hari. Sementara biaya rehabilitasi kita ketahui bersama tergolong mahal, di Indonesia sekitar lebih dari Rp. 2.500.000,- per bulan, yang tentu saja memberatkan bagi kebanyakan penduduk Indonesia yang pendapatan per kapita perbulannya adalah Rp. 1.099.000 (BPS, 2006).

Beberapa waktu yang lalu telah disusun buku tentang Standar Rehabilitasi TC Swadaya Masyarakat yang ditujukan sebagai bahan acuan bagi masyarakat yang menyelenggarakan atau yang berencana akan menyelenggarakan program rehabilitasi dengan pendekatan TC, guna proses peningkatan mutu yang berkesinambungan. Dalam buku tersebut, diuraikan standar terkait organisasi, sumber daya manusia, sarana prasarana maupun teknis penyelenggaraan TC. Melengkapi buku Standar Rehabilitasi TC, Badan Narkotika Nasional menganggap

perlu menyusun Petunjuk Pelaksanaan dan Petunjuk Teknis TC, guna memberi panduan yang lebih komprehensif dan teknis dalam penyelenggaraan pendekatan TC.

B. MAKSUD DAN TUJUAN

1. Maksud

Memberikan pedoman pelaksanaan pendekatan TC pada program rehabilitasi yang diselenggarakan oleh masyarakat sebagai salah satu pilihan terapi narkoba.

2. Tujuan

- a. Menyediakan petunjuk pelaksanaan dan petunjuk teknis dalam menjalankan program rehabilitasi dengan pendekatan TC
- b. Menyediakan informasi rinci tentang teknis pelaksanaan program rehabilitasi dengan pendekatan TC

C. RUANG LINGKUP BUKU

Buku ini didahului oleh penjelasan mengenai ruang lingkup TC, yang terdiri dari sejarah TC, perkembangan TC serta kriteria inklusi residen yang sesuai dengan pendekatan TC. Tidak semua residen sesuai untuk menjalani perawatan melalui metode TC, diantaranya mereka yang mengalami komplikasi kejiwaan (dual diagnosis) atau mereka dengan komplikasi fisik. Bahasan utama buku ini terletak pada Bab 3, yang menjelaskan tentang prosedur penyelenggaraan TC. Prosedur ini merupakan petunjuk teknis penyelenggaraan TC, karena memuat secara rinci siapa yang melaksanakan, kapan kegiatan dilaksanakan, serta apa saja tahapan pelaksanaannya. Dengan buku ini, diharapkan pembaca memperoleh pemahaman yang lebih baik tentang penyelenggaraan TC.

D. DASAR KEBIJAKAN

1. Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 Tentang Narkotika.
2. Peraturan Presiden Nomor 23 Tahun 2010 Tentang Badan Narkotika Nasional.
3. Peraturan Kepala BNN Nomor: Per/03/V/2010/BNN Tentang Organisasi dan tata Kerja Badan Narkotika Nasional.
4. Program Kerja Deputy Rehabilitasi Tahun 2011
5. Keputusan Menteri Kesehatan No. 421/MENKES/SK/III/2010 tentang Standar Pelayanan Terapi dan Rehabilitasi Gangguan Penggunaan Napza

E. TERMINOLOGI

1. Terapi : suatu proses pemulihan dengan memberikan intervensi secara fisik, psikologis maupun sosial kepada residen gangguan penggunaan NAPZA
2. Rehabilitasi : adalah suatu proses pemulihan residen gangguan penggunaan NAPZA baik dalam jangka waktu pendek maupun panjang yang bertujuan mengubah perilaku untuk mengembalikan fungsi individu tersebut di masyarakat
3. Standar Rehabilitasi TC : adalah buku acuan yang mengatur bagaimana sebuah layanan rehabilitasi dengan pendekatan TC diselenggarakan, termasuk indikator minimal penyelenggaraan dan kompetensi petugas yang dibutuhkan.
4. Residen : adalah seseorang yang mengalami gangguan penggunaan/ ketergantungan Narkoba yang berada dalam program TC
5. Swadaya Masyarakat : adalah segenap upaya untuk mencapai suatu tujuan yang diprakarsai dan dijalankan oleh komponen masyarakat
6. Direktur program (manajer program) : adalah orang pada

rehabilitasi TC yang bertanggung jawab atas perencanaan, implementasi dan evaluasi program

7. Staf klinis : disebut juga sebagai konselor, adalah staf yang membantu residen menjalani proses pemulihan dari hari ke hari dan memiliki otoritas untuk membuat keputusan atas residen tersebut
8. Staf pendukung program kesehatan adalah staf yang mempunyai tugas untuk mendukung status kesehatan residen dalam TC
9. Staf pendukung program operasional fasilitas adalah staf yang mempunyai tugas untuk mendukung kelancaran tugas-tugas rumah tangga, seperti layanan makanan, masalah kelistrikan, administrasi, dan sebagainya.
10. *Mayor on duty* : staf klinis atau konselor yang bertugas dan bertanggungjawab atas program harian saat itu

BAB II

RUANG LINGKUP THERAPEUTIC COMMUNITY

A. SEJARAH THERAPEUTIC COMMUNITY (TC)

1. Pengantar

Program terapi bagi pecandu narkoba merupakan hal yang relatif baru berkembang. Program terapi ini kurang lebih mulai timbul dalam bentuk yang terorganisasi pada tahun 1960 sebagai respons terhadap masalah sosial dan masalah kesehatan masyarakat di Amerika Serikat. Pertumbuhan fasilitas terapi pada tahun 1960 dan 1970 mencerminkan berbagai pandangan tentang masalah penyalahgunaan dan ketergantungan narkoba. Selain itu juga dipengaruhi oleh tuntutan bagaimana masalah tersebut dapat ditangani secara efektif.

Diluar unit detoksifikasi, yang ditujukan sebagai langkah awal terapi, terdapat tiga modalitas terapi yang dominan dalam penatalaksanaan penyalahgunaan narkoba: program rawat jalan, program terapi rumanan metadon, dan program residensial rawat inap jangka panjang yang disebut sebagai TC. Program TC saat itu berorientasi pada kondisi bebas zat (abstinensia), dimana residen diharapkan tidak lagi menggunakan zat selama dalam program dan setelah selesai program. Pada tahun 90an, muncul program residensial rawat inap jangka pendek yang menggunakan pendekatan 12 langkah atau pendekatan lainnya (Institute of Medicine, 1990). Sementara pada akhir tahun 90an beberapa negara, khususnya Belanda dan Australia mulai memodifikasi

program TC dengan memasukkan pendekatan pengurangan dampak buruk dalam program-programnya, sebagai suatu upaya menekan laju penularan HIV di kalangan pengguna narkoba.

2. Program TC secara global

Program TC yang saat ini lebih diasosiasikan sebagai salah satu modalitas terapi penyalahgunaan narkoba, sesungguhnya berawal dari pendekatan perawatan masalah kesehatan jiwa (psikiatri) pada tahun 40an di Inggris. Sekalipun pengaruh TC psikiatri ala Inggris ini terhadap TC adiksi narkoba belum begitu jelas, namun pendekatan yang dilakukan pada TC psikiatri menyerupai gambaran pendekatan-pendekatan yang umumnya dilakukan pada TC adiksi narkoba secara umum (DeLeon, 2000). Pionir atas program TC di rumah sakit jiwa Inggris adalah Jones dan kawan-kawan (1953). Kehadiran TC psikiatri seringkali dipandang sebagai bagian dari revolusi psikiatri yang ketiga, dimana terjadi perubahan dari pendekatan individual kepada pendekatan sosial dengan menekankan keterlibatan banyak pihak, penggunaan metode kelompok, terapi norma nilai dan psikiatri administratif (Kennard, 1983; Main, 1946, 1976; Rapaport, 1960). Disebut TC karena:

“a place which organized as a community in which all are expected to contribute to the shared goals of creating a social organization with healing properties” (Rapaport, 1960, p. 10).

(tempat yang dikelola sebagai sebuah komunitas dimana seluruh anggotanya diharapkan memberikan kontribusi untuk meraih tujuan bersama dalam

menciptakan organisasi sosial yang mendukung pemulihan)

Melacak sejarah TC adiksi narkoba bukanlah perkara mudah karena hingga 2000 tidak ada kajian komprehensif tentang sejarah TC adiksi. Kalaupun ada survei, bersifat terbatas (DeLeon, 2000). Penelitian yang terbatas ini mengatakan bahwa konsep-konsep, keyakinan dan praktek TC ditengarai dipengaruhi secara tidak langsung oleh agama, filsafat, psikiatri dan ilmu-ilmu sosial dan perilaku. Beberapa tulisan merujuk pada kemungkinan keberadaan TC sejak jaman kuno, terutama dalam upaya masyarakat melakukan pengobatan dan dukungan.

Cikal bakal TC dalam adiksi narkoba berawal pada 1960 di Amerika Serikat dan kemudian di Eropa. Pada periode 1964 – 1971 program TC dikembangkan secara langsung atau tidak langsung karena pengaruh Synanon dan Daytop Village (termasuk Gateway House, Gaudenzia, Marathon House, Odyssey House, Phoenix House, Samaritan House, and Walden House). TC Synanon secara tegas mengajarkan norma nilai tentang etos kerja, *mutual concern*, *sharing guidance*, kejujuran, ketulusan, tidak egois, pembelajaran diri, penerimaan atas karakter yang negatif, membuat kompensasi atas perbuatan yang merugikan dan bekerja dengan orang lain (Ray, 1999; Wilson, 1957). Nilai-nilai pada 12 Langkah dan 12 Tradisi juga digunakan dan diadaptasi pada penyelenggaraan TC ini. Walaupun Synanon mempertahankan tradisi *Alcoholic Anonymous* atas kemandirian fiskal, tetapi orientasinya adalah kewirausahaan. Mereka mengembangkan bisnis yang berorientasi pada keuntungan, dan menggalang dana dari sektor publik maupun swasta. Organisasi TC Synanon

merupakan struktur yang hirarkis. Walaupun setiap anggota dapat melangkah hingga struktur yang lebih tinggi, namun pengambilan keputusan bersifat otokratik, tergantung pada tangan beberapa orang saja.

Setelah era TC Synanon, pengembangan TC kemudian melibatkan bantuan dan keterlibatan pemimpin masyarakat, pemuka agama, tokoh politik, profesional kesehatan dan layanan masyarakat. Jadi walaupun TC tradisional dikembangkan oleh pecandu, perkembangannya kemudian dipengaruhi oleh berbagai disiplin ilmu seperti pendidikan, kedokteran, psikiatri, hukum, agama dan ilmu-ilmu sosial. Peran para profesional ini terutama dalam hal teknis praktis dan politis, diantaranya menjaga agar TC tetap berdiri dan dapat berkembang.

Saat ini, TC yang ada berkembang dan berbeda satu sama lainnya. Perkembangan ini meliputi sumber daya yang bervariasi, diantaranya psikiater, psikologis, pendidik, pelatihan vokasional dan layanan publik. Sekalipun nilai-nilai dasar Synanon masih dipertahankan oleh sebagian besar TC saat ini, namun berbagai pengaruh membuat perbedaan dalam organisasi, filosofi dan praktek penyelenggaraannya. Banyak TC kemudian mengembangkan sendiri filosofi yang digunakannya, melakukan adaptasi sesuai konteks budaya setempat.

3. Program TC di Indonesia

Penyalahgunaan opiat merupakan masalah yang timbul pada akhir tahun 1970 dan kemudian mereda selama belasan tahun, digantikan zat-zat jenis lainnya. Penyalahgunaan opiat –khususnya heroin- kembali marak pada awal tahun

1990. Epidemi penyuntikan heroin dimulai pada tahun 1995. Hingga pertengahan tahun 1990, terapi adiksi narkoba yang tersedia adalah model medis di Rumah Sakit Ketergantungan Obat (RSKO) milik Kementerian Kesehatan, model rehabilitasi sosial dengan pelatihan vokasional pada berbagai Panti Rehabilitasi Sosial milik Kementerian Sosial, serta model religi yang diterapkan berbagai pesantren milik masyarakat ataupun rehabilitasi bernuansa kristiani.

Sebagaimana yang terjadi di Amerika Serikat, pertumbuhan rehabilitasi dengan pendekatan TC di Indonesia dimulai dari kegelisahan keluarga para pecandu heroin yang tidak memperoleh layanan terapi ketergantungan heroin bagi anak/keluarganya di Indonesia. Beberapa keluarga membawa anggota keluarganya yang mengalami kecanduan heroin pada berbagai tempat rehabilitasi dengan pendekatan TC atau 12 langkah yang terdapat di luar negeri, khususnya Malaysia dan Singapura. Para alumni rehabilitasi TC ini dengan dukungan penuh keluarganya kemudian mendirikan program TC di Indonesia. Sekalipun pada pertengahan tahun 90 telah dirintis program rehabilitasi TC oleh beberapa profesional medis, namun pionir program ini yang dikenal oleh masyarakat secara luas adalah Yayasan Titihan Respati yang didirikan tahun 1997, kemudian diikuti dengan berbagai yayasan lainnya, seperti Yayasan Terakota, Yayasan Insan Pengasih Indonesia, Yayasan Bandulu, dan lainnya. Beberapa program TC yang juga dimotori oleh kalangan profesional medis bekerjasama dengan konselor adiksi diantaranya adalah Wisma Adiksi, Sport Campus Wijaya Kusuma, Wisma Srikandi & Arjuna RS Marzoeki Mahdi (kemudian memisahkan diri dari RS dan berdiri sendiri menjadi Yayasan

Permata Hati Kita) dan Wisma Sirih RS Khusus Provinsi Kalimantan Barat. Pusat pembelajaran program TC saat itu adalah Daytop Village, di New York, Amerika Serikat – sebagai pusat pelatihan sebagian besar konselor, baik yang berada di Malaysia, Singapura maupun Indonesia.

Program ini menarik minat yang luar biasa, terutama dari kalangan menengah atas dan berkembang sangat cepat. Pada tahun 2000 tercatat terdapat lebih dari 80 lembaga rehabilitasi yang dijalankan dengan metode TC. Lebih dari 85% lembaga ini merupakan inisiatif masyarakat, selebihnya merupakan inisiatif profesional kesehatan, pekerjaan sosial, maupun tokoh agama. Bahkan beberapa panti rehabilitasi sosial milik Kementerian Sosial seperti Galih Pakuan, Bogor juga mengadopsi pendekatan ini pada program rehabilitasinya. Biaya operasional penyelenggaraan program umumnya mengandalkan pola tarif layanan yang dibebankan pada residen serta dari donatur, kecuali lembaga rehabilitasi yang berada dalam sistem pemerintahan. Dukungan pemerintah dalam bentuk biaya perawatan bagi para residen yang mengikuti program rehabilitasi swadaya masyarakat belum tersedia. Oleh karena itu tidaklah heran apabila pada umumnya lembaga rehabilitasi swadaya masyarakat mengenakan pola tarif yang cukup tinggi dibandingkan dengan pendapatan per kapita masyarakat Indonesia. Hingga saat ini dukungan pemerintah dalam pembinaan lembaga rehabilitasi swadaya masyarakat masih terbatas pada peningkatan kapasitas lembaga ataupun sumber daya manusianya.

Euforia terhadap program TC di Indonesia secara bertahap mulai menurun pada tahun 2002. Hal ini dipengaruhi

oleh beberapa faktor, yaitu daya jangkau masyarakat terhadap layanan rehabilitasi TC yang semakin melemah; epidemi HIV di kalangan pengguna narkoba suntik (penasun) yang merubah orientasi terapi rehabilitasi ketergantungan narkoba dari abstinensia kepada pengurangan dampak buruk; serta adanya program terapi ruman yang tidak mengharuskan pecandu berada di dalam lembaga untuk waktu yang lama. Hal ini mempengaruhi eksistensi program-program yang ada sehingga satu persatu tidak dapat lagi menjalankan layanannya.

Saat ini secara nasional keberadaan lembaga rehabilitasi swadaya masyarakat dengan pendekatan TC sangatlah terbatas. Kendala utama adalah beratnya beban biaya operasional TC, sementara sumber dana – baik yang berasal dari residen, maupun dalam bentuk bantuan- semakin lama semakin minim. Daya jangkau masyarakat terbatas dan bantuan dana tidak diterima secara berkesinambungan, sehingga banyak program TC ditutup. Hal ini tentunya bukanlah suatu yang menggembirakan, karena bagaimanapun juga pecandu perlu memiliki berbagai pilihan terapi sehingga dapat memenuhi kebutuhan setiap individu. Dalam hal ini perlu disadari bahwa **tidak ada satu program pun yang cocok buat semua orang** – salah satu prinsip terapi narkoba yang efektif dari National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2009).

B. TC, HIV/AIDS DAN DUAL DIAGNOSIS

1. TC dan HIV/AIDS

Munculnya masalah epidemi HIV di kalangan pengguna narkoba suntik juga mempengaruhi perkembangan TC di beberapa negara (WHO, 2006). TC ini mulai mengintegrasikan layanan pengurangan dampak buruk ke dalam program yang berbasis abstinensia. Model terapi ini menganggap bahwa pendekatan berorientasi abstinensia maupun pengurangan dampak buruk merupakan pendekatan yang saling melengkapi satu sama lain. Pecandu yang dapat meraih kondisi abstinensia tetap dihargai, namun pecandu lain yang dapat menerapkan prinsip-prinsip pengurangan dampak buruk juga patut untuk dihargai sekalipun mereka tidak dapat berhenti menggunakan narkoba.

Secara tradisional, program TC berorientasi pada kondisi bebas zat (abstinensia). Artinya, pendekatan ini menempatkan kondisi abstinensia sebagai indikator utama perubahan perilaku dalam proses pemulihan. Namun demikian sejak sekitar pertengahan tahun 1980, dimana masalah HIV marak di kalangan pengguna narkoba suntik, beberapa TC di dunia mengalami perubahan paradigma dan pendekatan, dengan orientasi yang lebih condong pada pengurangan dampak buruk, antara lain dengan memasukkan edukasi HIV dalam program-programnya. Sebagian diantaranya bahkan menyediakan kondom dan paket jarum dan alat suntik steril bagi residen mereka.

Hal-hal yang menjadi latar belakang utama perubahan paradigma tersebut di atas diantaranya adalah fakta bahwa penggunaan narkoba melalui jarum suntik menjadi modus utama penularan HIV pada berbagai negara. Latar belakang

yang kedua adalah fakta bahwa menjalani program rehabilitasi tidak serta merta membuat seorang pecandu mampu berada dalam kondisi abstinensia selamanya. Sebagian pecandu yang menjalani program TC keluar dari program secara dini, baik dengan cara pulang paksa atau kabur. Kelompok ini sebagian besar kembali pada pola penggunaan narkoba sebagaimana sebelumnya. Mereka yang sebelumnya sering berbagi jarum suntik, pada umumnya akan kembali berbagi jarum. Sementara itu, sebagian pecandu yang tetap menjalani program dan menjalani cuti tidak jarang 'terpeleset' pada perilaku penggunaan narkoba karena berbagai alasan. Sebagian pecandu yang selesai menjalani program TC mampu bertahan abstinensia dalam jangka waktu lama dan sebagian kecil diantaranya bertahan bersih hingga akhir hidupnya. Sementara itu tidak sedikit dari mereka yang kembali menggunakan narkoba sebagaimana sebelumnya.

Proses perubahan pendekatan pada berbagai TC di belahan dunia dari orientasi abstinensia kepada orientasi pengurangan dampak buruk dapat dikonseptualisasi dengan teori tahapan perubahan perilaku (*stages of change*) dari model *trans-theoretical* (Prochaska & DiClemente, 1982). Tahapan perubahan perilaku ini adalah pre-kontemplasi; kontemplasi; persiapan; tindakan (aksi) dan rumatan. Program terapi adiksi narkoba yang berada pada tahap pre-kontemplasi adalah program yang belum terpikirkan sama sekali untuk memasukkan program pengurangan dampak buruk ke dalam programnya. Program terapi yang berada pada tahap kontemplasi, menyadari adanya masalah HIV pada residen mereka dan berkeinginan untuk mengeksplorasi pilihan-pilihan program untuk mencegah

penularan HIV lebih lanjut. Program terapi pada tahapan persiapan, biasanya telah membuat perencanaan yang jelas dalam memasukkan strategi pengurangan dampak buruk. Program terapi pada tahapan aksi, adalah program yang telah menerapkan pendekatan dampak buruk. Yang terakhir, layanan yang telah berada pada tahap rumatan adalah lembaga yang mengevaluasi strategi pengurangan dampak buruk mereka dan menyebarkan hasil-hasilnya kepada publik yang lebih luas.

Beberapa pembelajaran yang dapat ditarik dari program-program TC di dunia yang mengintegrasikan pendekatan pengurangan dampak buruk adalah sebagai berikut :

- a. Berbagai organisasi (termasuk penyedia layanan terapi dan rehabilitasi) yang berhubungan dengan pengguna narkoba suntik (penasun) perlu berperan dalam pencegahan HIV. Kekakuan dalam mempertahankan orientasi abstinensia semata-mata terbukti tidak dapat menghentikan epidemi HIV di kalangan penasun
- b. Perlunya pendekatan abstinensia dan prevensi HIV secara seimbang. Membantu penasun untuk mencapai kondisi abstinensia adalah hal yang penting, namun perlu pula diperhatikan bahwa sebagian dari mereka mungkin kambuh. Pengetahuan dan kesadaran yang kuat tentang masalah HIV dapat membantu mereka melindungi dirinya sendiri jika mereka mungkin kambuh.
- c. Pencegahan HIV bagi penasun dapat dilakukan dengan berbagai cara. Program dapat dilakukan melalui pemberian seminar atau berbagai media edukasi lainnya, program penjangkauan –khususnya untuk tindak lanjut

- pasca rehabilitasi, hingga penyediaan kondom dan jarum dan alat suntik steril bilamana mereka membutuhkannya.
- d. Layanan terapi rehabilitasi narkoba dapat merubah tujuan program mereka tanpa harus mengalahkan nilai-nilai mereka. Seringkali abstinensia dan pengurangan dampak buruk diperlukan dalam suatu pandangan dikotomi–hitam putih - yang bertolak belakang satu sama lain. Pada faktanya, program TC dapat mengintegrasikan pendekatan pengurangan dampak buruk dengan upaya untuk menuju kondisi abstinensia.
 - e. Perubahan perilaku mudah dicapai apabila ditetapkan secara bertahap. Membagi tahap perubahan dalam langkah-langkah yang dapat dikontrol justru dapat membantu pencapaian pengurangan dampak buruk dalam program.
 - f. Menambahkan pendekatan pengurangan dampak buruk pada layanan memperbaiki hasil terapi. Berbagai TC yang menerapkan pendekatan pencegahan HIV terbukti telah meningkatkan daya tarik mereka dalam mempertahankan pecandu dalam program. Semakin banyak yang bertahan dalam program, semakin besar potensi residen yang menyelesaikan program dan bertahan abstinensia.

2. TC dan Dual Diagnosis

Sebagian pecandu narkoba mengalami gangguan / penyakit kejiwaan, baik yang merupakan kondisi yang telah dialami sebelum perilaku kecanduannya, maupun kondisi yang dialami akibat penggunaan narkobanya. Keadaan dimana pecandu mengalami ketergantungan narkoba

sekaligus mengalami gangguan / masalah kejiwaan disebut sebagai dual diagnosis. Perlu dibedakan antara gangguan kejiwaan yang memang sudah ada sebelum menggunakan Narkoba kemudian dipicu oleh penggunaan narkobanya, dengan gangguan jiwa yang semata-mata merupakan efek samping penggunaan narkobanya. Hal ini terkait dengan rencana terapi yang akan diberikan, bagi gangguan kejiwaan akibat induksi narkoba tidak membutuhkan pengobatan psikiatrik jangka panjang

Kondisi dual diagnosis banyak dialami beberapa residen pada berbagai program terapi dan rehabilitasi, termasuk program TC. Pendekatan konvensional dengan sistem yang sangat terstruktur seringkali tidak dapat mengakomodasi kondisi pasien dual diagnosis. Beberapa perangkat TC justru menjadi pemicu timbulnya kondisi gangguan kejiwaan yang lebih buruk. Hal ini terutama terjadi apabila staf tidak peka pada kondisi psikologis masing-masing residen dan menerapkan perangkat TC secara kaku.

Gejala-gejala gangguan kejiwaan pada penderita dual diagnosis seringkali tidak dapat langsung dikenali pada tahap penerimaan. Untuk itu proses asesmen perlu dilakukan dengan seksama dan menyeluruh, sehingga potensi masalah kejiwaan dapat diantisipasi sejak dini. Untuk itu dalam asesmen awal sudah menjadi suatu prosedur yang rutin untuk menanyakan riwayat gangguan jiwa baik pada residen maupun keluarga. Mereka yang memiliki masalah kejiwaan sebagai masalah primer, menggunakan narkoba seringkali untuk mengatasi masalah kejiwaannya (*self-medicated user*). Mereka yang gelisah, mudah beralih perhatian, terokupasi pada hal-hal tertentu, mungkin saja menggunakan narkoba

jenis depresan yang dapat membantunya untuk lebih tenang. Sebaliknya, mereka yang punya kecenderungan depresif dapat tertarik pada narkoba jenis stimulasi untuk dapat membuatnya lebih bergairah.

Beberapa jenis narkoba itu sendiri dapat memicu timbulnya masalah kejiwaan yang pada awalnya tersembunyi (*drug-induced psychotic*), diantaranya adalah *amphetamine-type stimulant (ATS)* seperti shabu, ecstasy, juga ganja dan zat-zat halusinogenik lain. Penatalaksanaan residen dual diagnosis tentu saja tidak dapat sepenuhnya disamakan dengan residen pada umumnya. Perlu rencana terapi yang fleksibel, mengikuti perkembangan residen dari waktu ke waktu. Beberapa TC di Amerika Serikat, termasuk *Day-top Village, Inc.* memiliki program TC khusus untuk penderita dual diagnosis.

Meskipun aturan utama (*cardinal rules*) TC adalah *no drugs, no sex, no violence*, dalam hal kondisi dual diagnosis, perlu penatalaksanaan medis melibatkan dokter ahli jiwa, khususnya pemberian farmakoterapi yang dibutuhkan untuk membantu residen agar dapat berfungsi secara sosial. Larangan penggunaan obat-obat jiwa yang diresepkan dokter justru dapat memicu timbulnya kondisi gangguan kejiwaan yang lebih berat.

C. KRITERIA INKLUSI RESIDEN

1. Kondisi Umum

Program TC konvensional tidak selalu dapat mengakomodasi residen-residen dengan kondisi khusus karena berbagai kendala, diantaranya adalah keterbatasan SDM, kapasitas staf, rujukan, serta sarana dan prasarana.

Pada program TC ini, kriteria inklusi residen adalah sebagai berikut :

- a. Usia 18 tahun ke atas
- b. Tidak mengalami penyakit fisik berat yang dapat menghambatnya melakukan aktivitas sesuai jadwal.
- c. Tidak mengalami kondisi psikosis atau retardasi mental yang jelas.

2. Kondisi Khusus

Beberapa program TC memiliki kapasitas untuk menerima pasien/ residen dengan kondisi khusus, seperti remaja, perempuan, ataupun mereka dengan masalah dual diagnosis. Populasi khusus ini membutuhkan penatalaksanaan yang berbeda sesuai dengan karakteristik masing-masing.

Residen remaja sebaiknya tidak disatukan dengan residen dewasa, untuk meminimalisasi pembelajaran perilaku yang lebih buruk yang mungkin telah dialami oleh residen dewasa. Residen perempuan sebaiknya tidak disatukan dengan residen laki-laki, terutama apabila jumlah SDM dan sarana terbatas, sehingga interaksi dapat menjadi sangat intensif dan berpotensi menimbulkan hubungan seksual pada lembaga rehabilitasi TC tersebut. Residen dual diagnosis atau punya riwayat percobaan bunuh diri sebagaimana telah disebutkan diatas, perlu mengikuti program TC yang telah dimodifikasi sedemikian rupa, sehingga waktu untuk beraktivitas dengan waktu untuk beristirahat berjalan seimbang. Demikian pula diperlukan modifikasi atas pelaksanaan perangkat-perangkat TC. Hindari pemberian tekanan perasaan yang kuat / berat pada residen, karena hal tersebut akan memicu timbulnya

gangguan kejiwaan yang lebih serius.

Program TC bagi yang berkebutuhan khusus harus dirancang oleh para profesional baik, psikiater, dokter, perawat maupun psikolog. Hal ini untuk menghindari kondisi residen semakin memburuk. Apabila tidak tersedia sebaiknya segera dirujuk karena dikhawatirkan akan dapat membahayakan dirinya maupun orang lain, khususnya mereka yang menunjukkan sikap impulsif atau agresivitas.

Perpustakaan BNN

BAB III

PROSEDUR PENYELENGGARAAN TC

Program TC secara umum terdiri dari tiga tahap utama, yaitu:

- Fase Orientasi
- Fase Primer (Primary)
- Fase Lanjut (Re-entry)

Sebelum seseorang secara resmi menjalani program rehabilitasi TC, dilakukan suatu proses penerimaan.

A. PROSES PENERIMAAN

Pada proses penerimaan ini, secara konvensional TC memberlakukan sistem “pintu terbuka”, dimana terjadi proses penyaringan secara alamiah pada diri residen. Pintu terbuka bagi mereka yang mau terus melanjutkan programnya, juga terbuka bagi mereka yang tidak ingin ikut program dan memilih pulang. Tujuan utama proses penerimaan ini adalah untuk mengidentifikasi mereka yang sungguh-sungguh memiliki motivasi untuk menjalani program TC dan untuk mempersiapkan mereka menjalani program residensial jangka panjang.

Prosedur penerimaan residen meliputi proses wawancara terstruktur yang dilakukan oleh konselor yang berpengalaman atau terlatih. Wawancara awal umumnya berlangsung sekitar 1 – 1.5 jam. Instrumen yang dianjurkan untuk digunakan adalah *Addiction Severity Index (ASI)* yang dikembangkan oleh McLellan dkk (1981). Versi bahasa Indonesia telah diadaptasi oleh tim RSKO, sementara modifikasi ASI juga dilakukan oleh Kementerian Kesehatan dalam bentuk Instrumen Asesmen dan Rencana Terapi

Wajib Laporkan karena alasan mempersingkat waktu wawancara. Wawancara lanjutan mungkin dibutuhkan bilamana beberapa domain pertanyaan belum diselesaikan. Proses penerimaan juga perlu menggali informasi dari orang-orang yang berperan dalam hidup residen.

Pada program TC secara umum, proses penerimaan ini digunakan sebagai saringan atas berbagai kondisi residen yang mungkin tidak sesuai atau tidak dapat terakomodasi pada program yang ada. Diantaranya adalah tidak menerima residen dengan riwayat percobaan bunuh diri atau gangguan kejiwaan serius lainnya. Proses penerimaan ini juga untuk menyaring residen dengan masalah komplikasi fisik yang membutuhkan pengobatan secara reguler atau membutuhkan perawatan medis yang lebih dalam. Mengingat TC pada umumnya tidak memiliki petugas kesehatan yang memadai, kondisi-kondisi ini dapat memberi beban pekerjaan yang berlebih pada staf yang tersedia, yang pada akhirnya dapat mempengaruhi kinerja staf dan proses pemulihan yang kurang memuaskan.

Prosedur penerimaan secara rinci meliputi hal-hal sebagai berikut:

Definisi: adalah proses penapisan (skrining) dan pengkajian (asesmen) kondisi dan motivasi residen sebelum yang bersangkutan mengikuti program secara penuh.

Personel: konselor / para profesional / petugas kesehatan

Waktu pelaksanaan: sebelum dan/atau selama fase orientasi

Tahapan pelaksanaan:

1. Wawancara dengan menggunakan instrumen yang terstandarisasi, seperti ASI versi bahasa Indonesia (RSKO, 2004)
2. Pemeriksaan medis, meliputi sindroma/gejala putus zat, riwayat penyakit kronis (asma, diabetes, hipertensi) yang membutuhkan obat-obatan secara kontinyu atau juga penyakit TB yang membutuhkan obat-obatan secara reguler
3. Tes urin, tes fungsi hati, foto thorax
4. Konseling dan tes HIV

Optimalisasi pelaksanaan proses penerimaan:

- Gunakan wawancara motivasional dalam proses penerimaan residen, guna meningkatkan motivasi mengikuti program
- Ketahui secara jelas dalam tahap perubahan mana residen berada saat proses penerimaan. Pengetahuan tentang tahap perubahan residen membantu konselor / petugas untuk melakukan wawancara motivasional yang lebih tepat.

B. FASE INDUKSI (ORIENTASI)

Fase induksi pada TC seringkali didefinisikan sebagai proses residen berada pada TC dalam 30 hari pertama, sebagai suatu proses orientasi bagi residen terhadap lingkungan barunya. Namun demikian pada umumnya residen belum dapat mencapai masa stabil atau belum dapat menerima situasi barunya dalam kurun waktu ini. Dibutuhkan hingga 2 – 3 bulan berada dalam program untuk dapat menerima diri sebagian bagian dari program / komunitas TC secara utuh. Sebagian kecil residen membutuhkan waktu yang lebih lama lagi. Jadi, sekalipun

digambarkan terpisah, tujuan utama dan aktivitas pada tahap orientasi biasanya menjadi bagian dari tahap primer (*primary*).

Berikut ini adalah petunjuk teknis prosedur fase induksi:

Tujuan fase induksi: melakukan penyesuaian diri dengan program rehabilitasi TC

Personel: seluruh konselor, staf administrasi, serta residen

Aktivitas yang biasanya dilakukan:

- Detoksifikasi, medikasi dan layanan kesehatan lain yang mungkin dibutuhkan residen;
- Proses pembayaran uang muka dan hal-hal terkait administrasi lain;
- Informasi berbagai peraturan: aturan utama (*cardinal rules*), aturan komunitas; *informed consent*.
- Informasi perangkat TC dan jadwal harian;
- Memberikan kesempatan bagi residen untuk bertanya atas berbagai informasi yang ingin diketahuinya;
- Penyimpanan barang-barang berharga;
- Perkenalan komunitas TC terhadap residen baru;

Optimalisasi pelaksanaan tahap induksi:

Penerapan berbagai strategi untuk membantu residen menyesuaikan diri:

- ◊ Isolasi relatif
- ◊ intervensi krisis
- ◊ orientasi fokus
- ◊ konseling

Proses penyesuaian diri yang cepat merupakan hal penting dalam hari-hari pertama residen baru. Pada periode awal ini, biasanya individu sangat ambivalen tentang proses perawatan yang bersifat jangka panjang dan biasanya sangat

rentan atas kemungkinan terjadinya *drop out* secara dini. Untuk meminimalisasi kondisi ini perlu dibangun hubungan terapeutik antara residen dengan para petugas.

Segera setelah masuk pada program, anggota TC lainnya memperkenalkan diri kepada peserta baru. Staf mengkaji tidak ada barang atau hal-hal terlarang lain yang dibawa oleh pasien ke dalam program. Residen kemudian memperoleh tempat tidurnya, mandi dan makan. Residen baru kemudian bergabung dengan berbagai aktivitas harian: bekerja, pertemuan, seminar, kelompok, makan, rekreasi, dan waktu personal. Kegiatan komunitas pada tahap induksi atau orientasi ini berfokus pada penyesuaian diri melalui beberapa strategi spesifik, yaitu isolasi relatif, intervensi krisis, orientasi fokus dan konseling.

Seluruh residen baru membutuhkan “isolasi relatif”, yaitu hanya diberikan kesempatan untuk melakukan kontak secara minimal dengan keluarga atau orang lain di luar fasilitas. Di luar alasan kedaruratan, mereka umumnya tidak diperbolehkan menelpon atau ditelpon keluarga. Korespondensi tertulis di dalam dan ke luar fasilitas dibatasi dan dimonitor oleh staf untuk mendeteksi isi yang negatif atau yang terlarang. Filosofi diberlakukannya isolasi relatif adalah untuk melindungi residen dari hal-hal yang dapat mengganggu konsentrasinya dalam mengikuti program. Seringkali terjadi bahwa masalah dari yang terjadi di luar komunitas TC (dalam keluarga, pekerjaan, dan lain-lain) dapat mengganggu residen untuk fokus, menghadiri, dan konsentrasinya dalam mempelajari lingkungan baru. Fakta juga menunjukkan bahwa interaksi aktif dengan pihak luar seringkali menghambat perkembangan hubungan baru dalam program.

Strategi berikutnya yang membantu residen dalam proses penyesuaian dirinya adalah intervensi krisis. Intervensi krisis

pada tahap awal ini ditujukan untuk menurunkan stres dan kebingungan residen dalam situasi yang dirasakannya menekan. Konselor dan staf lainnya perlu mengatasi dan mengantisipasi kebutuhan ini dengan segera. Selain kebingungan dalam menyesuaikan diri, konselor / staf juga perlu membantu residen dalam berbagai isu kehidupan lainnya, seperti isu legal, medis, keluarga, anak dan finansial. Namun demikian bantuan dibatasi hanya pada persoalan segera dan akut yang dapat mengganggu daya tahan residen dalam program. Apabila residen merasa terbebas dari tekanan pihak luar, maka mereka dapat lebih siap untuk melakukan perubahan perilaku melalui program TC. Untuk masalah-masalah yang bersifat laten dan membutuhkan solusi jangka panjang, merupakan sesuatu yang menjadi tanggung jawab residen sepenuhnya dan dipelajari penyelesaiannya selama berada dalam program.

Orientasi fokus secara informal diperkenalkan oleh sesama rekan, yang membantu residen baru berkeliling fasilitas menerangkan aturan, dan prosedur, serta memperkenalkan setiap anggota komunitas TC. Dalam perjalanan memperkenalkan lingkungan biasanya residen baru tidak sendirian, ditemani oleh residen yang lebih senior yang secara kontinyu menjelaskan norma dan perilaku yang diharapkan komunitas, memonitor perilaku residen dan mengatasi berbagai komentar atau tanda-tanda verbal yang menunjukkan potensi residen untuk meninggalkan program secara dini.

Fase induksi ini harus dibimbing oleh residen (*peer*) yang lebih senior dan konselor, segera setelah residen masuk program, sehingga menghindari sedini mungkin adanya rasa cemas yang berlebihan pada residen tersebut. Fase induksi mencakup membaca materi komunikasi, informasi dan edukasi (KIE),

penayangan video program (bila tersedia) dan sesi tanya jawab untuk mengklarifikasi hal-hal yang ingin diketahui residen lebih lanjut. Biasanya pemberian informasi tentang segala peraturan pada fase induksi ini dijalankan dalam bentuk seminar. Fokus pada:

1. Aturan utama (*cardinal rules*) meliputi larangan untuk tidak menggunakan narkoba, tidak melakukan hubungan seks dan tidak melakukan tindak kekerasan (*no drugs, no sex and no violence*).
2. Aturan komunitas atau rumah (cara berpenampilan, berbicara, kedisiplinan, kehadiran dan sikap perilaku).
3. Program yang esensial seperti organisasi struktur, staf, prosedur dasar, tahapan program, filosofi dan pandangan
4. Perangkat TC seperti *encounter*, berbagai macam aktivitas kelompok lainnya, pembagian kerja rumah (*job functions*), dan sistem *privilege*.

Untuk menghindari kecemasan, seluruh aktivitas yang harus diikuti oleh residen baru harus diringankan dan harus bersifat terapeutik. Segala bentuk konfrontasi personal harus bersifat ringan, yang harus langsung diikuti dengan penggalian lebih lanjut dan konseling.

Konseling individual oleh *peer* dan konselor pada tahap ini khususnya diarahkan pada pemberian dukungan. Tujuannya adalah untuk menurunkan kecemasan dan ketidakpastian tentang program dan masa depan. Tujuan kedua konseling adalah untuk meyakinkan pengenalan kepada komunitas. Jadi perlu penekanan apa yang perlu dipelajari oleh residen, apa kesulitan yang dihadapi dan bagaimana dapat berhubungan

secara efektif dengan teman-temannya, kelompok, berbagai macam pertemuan dan jadwal kerja harian (*job function*).

C. TAHAP PRIMER (*PRIMARY*)

1. Definisi

Fase primer yang dikalangan residen lebih dikenal dengan istilah fase *primary* adalah masa awal dimana residen menginap dengan sistem tertutup. Di fase ini residen mulai bersosialisasi dengan komunitas satu perawatannya untuk pertama kali. Hal yang utama di fase ini adalah fokus pada pemulihan pribadi. Aturan utama, aturan rumah dan dukungan komunitas sebaya adalah alat utama dalam mencapai perubahan cara berpikir, perubahan perilaku dan keberfungsian sosial. Setiap residen bertanggung jawab penuh pada barang pribadinya dan mulai tergabung dalam komunitas terstruktur yang memiliki hirarki, jadwal harian, terapi kelompok, group seminar dan departemen kerja (*housekeeping, kitchen, business office, gardening, laundry*) sebagai media pendukung perubahan segala aspek yang terkena imbas karena adiksi. Ada dua tahapan di fase ini yaitu:

1) *Primary A* (Fase 1)

2) *Primary B* (Fase 2)

Kedua fase ini secara konvensional memerlukan masa perawatan 1-3 bulan untuk setiap tahapan. Perbedaan dari kedua tahapan diatas adalah hak dan tanggung jawab (semakin tinggi tahapan maka semakin besar hak dan tanggung jawabnya).

2. Personel

Fase *primary* ini dilaksanakan oleh personil dengan posisi

sebagai program manajer, konselor (*case load staf*), psikolog, dokter, administrasi keuangan, seluruh residen dengan umur pemulihan 0 – 6 bulan.

3. Waktu Pelaksanaan

Seluruh kegiatan pada fase *primary* ini dilakukan setiap hari dari Senin – Minggu, tanpa jeda. Jadwal harian menyesuaikan dengan karakter masing-masing lembaga pelaksana, perawatan biasanya dimulai dari bangun pagi pukul 06.00 ditutup dengan kesimpulan harian (*wrap-up*) pukul 22.30. Elemen dari jadwal harian yang harus ada adalah *Morning meeting, Job function, Seminar, Peer confrontation, Group encounter*. Lama residen di fase ini bisa dimodifikasi sesuai dengan keadaan lembaga penyelenggara layanan, biasanya berkisar antara 3 – 6 bulan bergantung dari kemajuan atau perkembangan dan kesiapan residen itu sendiri untuk lanjut ke fase berikutnya.

4. Tahapan pelaksanaan

a. Fase 1

- 1) Perkenalan dengan semua peer di fase *primary*
- 2) Residen diberi satu tempat tidur, alat mandi, dan diberi seorang mentor (*peer*) untuk mengenalkan peraturan dan *culture* rumah
- 3) Sebagai *crew* di departemen (belajar untuk bertanggung jawab dalam porsi terbatas)
- 4) Pemahaman Adiksi dasar, Pemulihan, farmakologi, informasi seputar kesehatan yang berhubungan dengan adiksi (HIV, Hep-C, IMS, dll) dan nilai-nilai TC (*unwritten philosophy, creed*) bisa menyesuaikan dengan kultur setempat baik melalui seminar, konseling maupun *static group*

- 5) Pemahaman dan pengerjaan langkah khususnya langkah 1,2 dan 3 bagi facility yang memberikan sesi 12 langkah
- 6) Identifikasi permasalahan dasar melalui *individual counseling, group therapy (peer confrontation dan group encounter)*
- 7) *Privilege* dan komunikasi terbatas dengan keluarga asal (*visit, phonecall dan family dialog*)
- 8) Menjadi mentor/buddies apabila ada residen baru
- 9) Membangun keberfungsian sosial dengan komunitas perawatan residensial (residen) baik dalam kelompok kecil (departemen) maupun kelompok besar (*family*) dengan bergabung dalam struktur rumah
- 10) Memenuhi persyaratan untuk naik ke fase berikutnya dengan tahapan:
 - Membuat pengajuan dengan bentuk proposal
 - Melakukan *Peer confrontation* untuk naik fase
 - *Family dialog*

b. Fase 2

- 1) Belajar untuk membangun *skill* dalam menghadapi permasalahan pribadi
- 2) Memahami pencegahan kekambuhan dasar (*people, place, situations*)
- 3) Belajar untuk menjadi pemimpin di komunitas (contoh kongkritnya menjadi kepala departemen, koordinator harian, koordinator residen)
- 4) Mulai mengaplikasikan nilai dasar dan *sober life skills* di luar fasilitas secara terbatas (*homeleave 1 X 24 jam minimal sebulan sekali*)

- 5) Bersosialisasi dengan keluarga asal
- 6) Belajar untuk peduli pada komunitas perawatannya dengan bentuk konfrontasi, *feedback* dan mendengarkan *sharing* sesama residen
- 7) Pendalaman permasalahan pribadi agar bisa menerima dan memaafkan hal-hal “tidak menyenangkan” yang telah terjadi
- 8) Belajar untuk merancang, merencanakan sebuah kegiatan yang sifatnya intern (vokasional)
- 9) Pengerjaan langkah 4,5,6 (Apabila ada materi 12 langkah)
- 10) Memenuhi persyaratan naik ke fase berikutnya dengan tahapan:
 - Membuat autobiografi
 - *Peer confrontation*
 - *Family dialog*

5. Optimalisasi pelaksanaan prosedur

- a. Di fase ini terutama di awal (3 bulan pertama) keinginan untuk meninggalkan program sangat tinggi, diharapkan bahwa *peer* dan konselor bisa membantu menghadapi pemikiran negatif residen yang bersangkutan melalui *peer confrontation* maupun *individual counseling*
- b. *Family dialog* dan pertemuan orang tua untuk menjelaskan proses pemulihan sangatlah diperlukan guna menghindari *euphoria* orang tua setelah melihat anaknya stabil secara fisik dalam hal ini terlihat gemuk, agar tidak menarik anaknya dari program perawatan (*pull back*)
- c. Untuk menghindari penyalahgunaan wewenang staf yang

- seringkali terjadi seperti staf meminta untuk dibuatkan indomie ataupun minta dipijat maka diperlukan batasan tertulis yang jelas guna mempertahankan hubungan terapeutik yang sehat antara staf dengan residen
- d. Obrolan sesama residen tentang pemakaian dan cerita masa masa adiksi aktif (*war story*) perlu difasilitasi oleh staf dalam sebuah sesi.
 - e. Staf harus menjadi role model bagi residen dalam segala macam aspek kehidupan (*walk the talk*) dimana staf menjalankan segala hal yang dikatakannya (konsisten antara perkataan dengan perbuatan).
 - f. Konfrontasi harus bisa menyesuaikan dengan kultur setempat dimana fasilitas program itu didirikan

D. TAHAP RE-ENTRY

1. Definisi

Tahapan akhir dari rangkaian program *Therapeutic Community*, dimana klien telah berada dalam tahap adaptasi dan kembali bersosialisasi dengan masyarakat luas diluar komunitas residensial.

2. Tujuan

- a. Memfasilitasi isu pemisahan pada tiap individu dari komunitas residensial serta beradaptasi dengan lebih baik kedalam masyarakat.
- b. Klien diarahkan dan diharapkan dapat keluar dari komunitas residensial dengan baik dan hidup mandiri.
- c. Memfasilitasi klien dalam melakukan perencanaan dan penerapan kegiatan (pendidikan, pekerjaan, dll.)
- d. Meningkatkan kemampuan manajemen pada klien baik dari segi materi dan waktu.
- e. Peningkatan pengetahuan serta penerapan pencegahan

kekambuhan

- f. Peningkatan jejaring dan komunitas yang dapat menjadi kelompok dukungan pemulihan pada saat klien berada di masyarakat
- g. Peningkatan kemampuan komunikasi dan sosialisasi di masyarakat
- h. Meningkatkan kemampuan dan keterampilan hidup didalam masyarakat dengan mengaplikasikan nilai dan norma yang berlaku.

3. **Personel**

Petugas pelaksana yang terlibat dan bertanggung jawab didalam program *reentry* dapat terdiri dari gabungan profesi (konselor, dokter, perawat, dll.), khusus bagi program *reentry* pelaksana program lebih diprioritaskan pada :

a. *Senior Counselor*

- 1) Mengingat permasalahan dan isu yang mungkin terjadi dalam fase *reentry* lebih kompleks.
- 2) Mengingat kebutuhan untuk pelaksanaan asesmen ulang guna melihat perkembangan pada klien

b. Dokter & Spesialis

- 1) Mengingat pelaksanaan masalah kesehatan yang bersifat perawatan
- 2) Persiapan perencanaan perawatan kesehatan setelah klien kembali ke masyarakat

c. Perawat

- 1) Monitoring dan pengawasan harian terkait kondisi kesehatan klien
- 2) Dokumentasi dan pencatatan kondisi kesehatan klien secara rutin

- 3) Konseling kepatuhan minum obat bagi mereka yang mendapat ARV/OAT

4. Sasaran Program

Sasaran program *reentry* adalah klien yang telah menyelesaikan program dasar dan menengah (*Primary*), dimana berdasarkan penilaian klien dirasa patut untuk masuk kedalam fase akhir guna melaksanakan kelanjutan perencanaan terapinya. Secara umum, beberapa kriteria dari sasaran program *reentry* adalah:

- a. Klien telah menyelesaikan program *primary*
- b. Terdapat peningkatan pada klien selama berada dalam fase *primary*, berupa:
 - 1) Peningkatan perilaku positif
 - 2) Pengembangan emosi
- c. Berdasarkan kesepakatan yang telah dibuat dalam perencanaan terapi sebelumnya
- d. Telah tercapainya tujuan pada klien selama klien berada dalam fase *primary*

5. Durasi

Durasi pada program *reentry* pada tiap klien tetap berdasarkan kepada kesepakatan yang dirancang dalam *Treatment Plan*, namun durasi umum pada program *reentry* berkisar antara 3-6 bulan.

6. Tahapan Pelaksanaan

Dalam pelaksanaannya, program *reentry* terdiri dari beberapa tahapan yakni:

- a. Fase A
 - 1) Pelaksanaan program fokus kepada pengenalan program *reentry* kepada klien melalui sesi dan

kelompok.

- 2) Pelaksanaan sesi edukasi dan pengaplikasian tentang pencegahan kekambuhan
- 3) Pelaksanaan asesmen ulang pada klien guna melihat peningkatan yang telah dicapai.
- 4) Pelaksanaan konseling individual yang terfokus kepada perencanaan klien.
- 5) Pelaksanaan konseling keluarga
- 6) Pelaksanaan lanjutan Perencanaan Rawatan (medis, psikis, rencana aksi, dan lain-lain)
- 7) Pelaksanaan percobaan kembali ke rumah (*Home Leave*) dalam durasi waktu tertentu
- 8) Pelaksanaan kegiatan diluar fasilitas (*Saturday Night Out dan/atau Sport outdoor*)

b. Fase B

- 1) Pelaksanaan sesi edukasi dan pengaplikasian tentang pencegahan kekambuhan
- 2) Pelaksanaan konseling individual yang terfokus kepada kesiapan klien dalam melaksanakan perencanaan yang telah disusun
- 3) Pelaksanaan konseling keluarga
- 4) Pelaksanaan lanjutan Perencanaan Rawatan (medis, psikis, rencana aksi, dll.)
- 5) Pelaksanaan percobaan kembali ke rumah (*Home Leave*) dalam durasi waktu tertentu
- 6) Pelaksanaan kegiatan diluar fasilitas (*Saturday Night Out dan/atau Sport outdoor*)
- 7) Perencanaan uang saku dan manajemen keuangan secara mandiri berdasarkan kesepakatan antara

klien, konselor, dan keluarga

8) Pematangan perencanaan kegiatan pada klien

c. Fase C

- 1) Pelaksanaan sesi edukasi dan pengaplikasian tentang pencegahan kekambuhan
- 2) Pelaksanaan konseling individual yang terfokus kepada konsistensi klien dalam melaksanakan kegiatan dan perencanaan untuk rawat lanjut (*after care*)
- 3) Pelaksanaan konseling keluarga
- 4) Pelaksanaan lanjutan Perencanaan Rawatan (medis, psikis, rencana aksi, dll.)
- 5) Pelaksanaan percobaan kembali ke rumah (*Home Leave*) dalam durasi waktu tertentu
- 6) Pelaksanaan kegiatan diluar fasilitas (*Saturday Night Out dan/atau Sport outdoor*)
- 7) Klien telah memegang uang saku dan manajemen keuangan secara mandiri berdasarkan kesepakatan antara klien, konselor, dan keluarga
- 8) Pelaksanaan perencanaan kegiatan pada klien
- 9) Monitoring dan Evaluasi selama klien menjalankan kegiatan
- 10) Persiapan penyelesaian program *reentry* dan masuk kedalam fase rawat lanjut (*after care*)

E. PENERAPAN PRIVILEGES DAN SANKSI

1. Definisi

Definisi *privileges* dalam bahasa Indonesia disebut keistimewaan. Penggunaan istilah tetap dipertahankan

dalam bahasa Inggris karena sulitnya mencari padanan kata yang sesuai. *Privileges* mempunyai makna suatu sistem yang terintegrasi di dalam sistem manajemen klinikal dan komunitas melalui sebuah pembelajaran perilaku.

2. **Sistem *Privileges* Residen**

Sistem keistimewaan itu sendiri mempunyai makna, suatu penghargaan eksplisit yang diberikan staf pada klien berdasarkan perubahan dari pembawaan dan perilaku yang baik dalam segi penilaian perkembangan klinis selama di dalam program.

Perpustakaan BNN

Tujuannya adalah :	Mengajarkan klien bahwa partisipasi aktif di dalam komunitas itu berdasarkan pada usaha (produktifitas) bukan dari status
Sasaran :	Klien/residen di fase Primer dan <i>Re-entry</i>
Pelaksana :	Staf Klinis/klinikal Klien/residen dengan status tertentu
Waktu :	Selama klien/residen berada di dalam program
Kategori keistimewaan :	<p>Umum, contoh ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tulis surat - Telepon - Barang pribadi (jam tangan, kalung, cincin, dll) - Menerima hadiah - Permohonan Group Outing - Dll <p>Berdasarkan status, contoh ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uang saku - Kamar tidur terpisah (khusus) - Status dalam komunitas (role model, status holder, dll) - Dll <p>Re-entry, contoh ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bersekolah/kuliah - Memiliki pekerjaan - Mempunyai hubungan dengan lawan jenis di luar program - Pulang ke rumah dalam beberapa masa - Dapat melakukan hobby dan kegiatan kesenangan positif di waktu luang - Mengembangkan jaringan dan kelompok dukungan di luar program - Dll
Prosedur umum :	Diterapkan dengan terbuka dan berbasis bukti

<p>Prosedur teknis :</p>	<p>Sejak pertama kali memasuki rawatan (dalam proses penerimaan awal), berhak untuk menerima informasi tentang sistem keistimewaan dan sanksi se jelas-jelasnya. Dilanjutkan dengan pemberian buku pegangan untuk dapat memahami dan mengulas lebih rinci tentang apa yang menjadi hak dan kewajibannya.</p> <p>Setiap klien/residen didorong untuk mempunyai motivasi dalam memperoleh keistimewaan sesuai dengan ketentuan yang berlaku (partisipasi aktif, prosedur keistimewaan di dalam fasenya, dan prosedur pengajuan).</p> <p>Pengajuan perolehan keistimewaan mempunyai mekanisme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien berpartisipasi aktif (indikator dari berbagai "Tools" yang diikuti di program setiap harinya). - Klien mengajukan permohonan untuk memperoleh keistimewaan yang sesuai dengan ketentuan (fase dan statusnya). - Permohonan ditinjau ulang oleh sesama residen yang mempunyai kedudukan/status di atasnya, untuk disampaikan kepada staf yang bertugas/yang berhak apabila memenuhi persyaratan. - Permohonan ditinjau ulang oleh staf bersama konselornya di dalam rapat/diskusi. - Keputusan dikeluarkan (diberitahukan kepada klien/residen yang bersangkutan).
<p>Optimalisasi pelaksanaan :</p>	<p>Dorongan untuk para residen dalam berusaha maksimal mendapatkan suatu penghargaan dengan segala perubahan yang berhasil dicapainya harus secara konsisten diterapkan. Hal ini bisa dilakukan antara sesama residen, ataupun antara staf dengan residen. Hal ini penting dilakukan mengingat daya juang tiap-tiap residen berbeda berdasarkan latar belakang yang dimilikinya.</p>

Contoh penerapan kategori keistimewaan menurut tahapan

Tahapan	Keistimewaan
Awal	<p>Permohonan untuk menyimpan beberapa barang pribadi, Permohonan untuk pergi keluar fasilitas dengan seorang penjaga, permohonan untuk menulis surat, Pertukaran departemen dalam fokus kerja di dalam program, Menjadi asisten dari staf, ikut dipilih menjadi penjaga malam (tanggung jawab terhadap komunitas), dll</p>
Menengah	<p>Seluruh keistimewaan yang ada di tahapan sebelumnya, Dapat memiliki sejumlah uang dengan batas dan kapasitas tertentu, Dapat pergi keluar fasilitas tanpa penjaga, Dapat ijin setiap minggu untuk keluar fasilitas dalam beberapa jam dengan keperluan yang terencana, Dapat menggunakan telepon, Bertanggungjawab menjadi penjawab telepon bagi fasilitas program, Dapat menjadi pendukung fasilitator sesi maupun grup yang ada, Dapat mempunyai ruangan privasi dalam tidur dan beraktivitas personal, Memegang posisi dan jabatan penting di dalam departemen, Dll.</p>
Akhir	<p>Seluruh keistimewaan yang ada di tahapan sebelumnya, Dapat ijin untuk beberapa hari keluar dengan kebutuhan yang terencana dengan jelas, Dapat ijin keluar untuk aktivitas malam yang terencana, Menjadi asisten staf dalam membantu jalannya program, Tanggung jawab tentang rumah menjadi lebih sedikit dibandingkan dengan sebelumnya, dengan fokus program adalah mencari kegiatan tetap di luar dari fasilitas, dll</p>

3. Sistem *Privileges* Staf

Privileges adalah hak klien atau staf yang diperoleh secara istimewa. Staf sebagai tenaga kerja dimana bekerja dilindungi oleh undang-undang, maka berhak memiliki segala keistimewaan yang telah diatur sedemikian rupa mengikuti prosedur sesuai dengan posisi, fungsi, dan deskripsi kerjanya.

Tujuannya adalah	:	Memberikan kejelasan timbal balik atas hak dan kewajibannya.
Sasaran	:	Staf
Pelaksana	:	Manajemen Sumber Daya
Waktu	:	Selama staf bekerja di dalam organisasi
Jenjangkeistimewaan		Apabila dibuat suatu penggolongan di luar jabatan (dapat dikategorikan dari latar belakang akademis, pengalaman kerja, kursus-kursus terkait profesi, dsbnya), contoh; <ul style="list-style-type: none">- Senior Staf (Direktur, Manajer, dan setingkatnya)- Staf (Konselor, Administrator, Keuangan, dan setingkatnya)- Junior staf (Konselor, Kasir, Clerk, dan setingkatnya)- <i>On Job Training</i>
Prosedur umum	:	Diterapkan dengan terbuka dan berbasis bukti

Prosedur teknis	: Selayaknya kebijakan dan prosedur sudah diberlakukan sejak pertama kali dilakukan wawancara awal dalam proses perekrutan, hingga dilanjutkan dengan penandatanganan kontrak kerja (tertera di dalam surat kontrak), kemudian pemberian buku pegangan (<i>hand book</i>) tentang segala sesuatu yang menyangkut etika, operasional prosedur, sanksi, dan keistimewaan yang diperolehnya sesuai dengan golongan/status/posisi yang diberikan padanya.
Optimalisasi pelaksanaan	: Proporsi pemberian keistimewaan harus berimbang antara posisi, deskripsi kerja, kriteria pemenuhan kelayakan, dengan tanggung jawab yang diemban.

4. Sanksi

Sanksi adalah imbalan negatif yang diterima residen apabila yang bersangkutan tidak mematuhi peraturan yang telah ditetapkan pada program TC. Layaknya sistem keistimewaan, sanksi pun merupakan suatu sistem yang terintegrasi di dalam sistem manajemen klinikal dan komunitas melalui sebuah pembelajaran perilaku.

Tujuan	: Memberikan pemahaman tentang segala macam bentuk perilaku dan sikap yang tidak dapat diterima oleh komunitas.
Sasaran	: Staf Residen
Pelaksana	: Staf Residen
Waktu	: Selama organisasi dan program berdiri
Prosedur umum	: Disampaikan dengan cara : - Verbal - Tindakan kedisiplinan

<p>Prosedur teknis</p>	<p>Untuk Staf, contoh:</p> <p>Verbal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disampaikan langsung di lapangan dengan mekanisme yang menjunjung etika dan martabat manusia. - Disampaikan langsung di dalam suatu rapat atau pertemuan internal khusus. <p>Tindakan kedisiplinan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pemberian peringatan tertulis. - Pemberian tindakan tegas, contoh : pemotongan gaji, penurunan status, dll - Terminasi/pemecatan <p>Untuk Residen, contoh:</p> <p>Verbal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disampaikan langsung di lapangan dengan mekanisme yang menjunjung etika dan martabat manusia. - Koreksi yang kemudian dengan penulisan/ pencatatan (<i>booking</i>) - Penyampaian verbal dengan tegas di dalam suatu mekanisme khusus yang difasilitasi oleh staf. - Teguran serius dan keras (<i>reprimand</i>), umumnya dilakukan oleh sesama residen dengan mekanisme khusus atau staf langsung. <p>Tindakan kedisiplinan :</p> <p>Terkait fokus pembelajaran :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pembelajaran komunitas (komunitas belajar terhadap dampak yang diakibatkan pada individual) - Pembelajaran individual (individual belajar terhadap dampak yang diakibatkan pada komunitas) <p>Terkait jenis tindakan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Learning experiences</i> - Penurunan pangkat/status - Kehilangan hak keistimewaan - Pencabutan status - Terminasi - Sanksi general (seluruh klien/residen)
------------------------	--

<p>M e k a n i s m e p e n g a m b i l a n keputusan</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diawali dengan suatu insiden atau kejadian yang didapati melalui suatu bukti otentik (<i>Booking, Drop guilt</i>, dll) - Proses penyelidikan (<i>Fact Finding</i>); untuk mengetahui lebih lanjut tentang validitas kesalahan dan pengaduan (bisa melalui sesi khusus, atau pemanggilan personal). - Proses penyidikan (<i>Guilt Finding</i>); untuk mengetahui bobot kesalahan (apabila terbukti bersalah, hal ini bisa dilakukan dengan sesi khusus ataupun pemanggilan personal). - Untuk kasus yang melanggar peraturan pokok, pengambilan keputusan harus dimusyawarahkan diseluruh kalangan staf klinis dengan difasilitasi oleh Direktur program atau selevel Senior Staf, dan diketahui oleh manajemen atau pendiri. - Untuk kasus yang melanggar peraturan utama, pengambilan keputusan harus dimusyawarahkan diseluruh kalangan staf klinis dengan difasilitasi oleh setidaknya manajer program atau selevel Senior Staf, dan diketahui oleh Direktur program. - Untuk kasus yang melanggar peraturan rumah, pengambilan keputusan harus dimusyawarahkan dengan konselor pembimbing subyek atau selevel Staf, dan diketahui oleh Manajer program.
<p>O p t i m a l i s a s i pelaksanaan</p>	<p>Pemberian sanksi harus menggambarkan pembelajaran yang jelas (tidak mengada-ada), menghargai hak-hak klien, dan tentunya <i>de-brief</i> yang akurat sebagai pengantar dalam proses klien menjalankan sanksi yang diberlakukan. Selain itu, setiap klien yang sedang menjalankan suatu sanksi, sebaiknya dapat mempunyai kesempatan untuk didampingi (baik sesama klien maupun staf) yang dapat memberikan pencerahan di saat sedang “down”.</p>

Penerapan Aturan :

Aturan pokok (*cardinal*)

1. Tidak diperbolehkan adanya kekerasan secara fisik, ataupun ancaman kekerasan fisik, ataupun intimidasi yang mengarah ke kekerasan terhadap siapapun.
2. Tidak diperbolehkan membawa atau mengkonsumsi NAPZA, ataupun barang-barang/perlengkapan yang biasa menjadi pendukungnya.
3. Tidak diperbolehkan berhubungan seksual, termasuk kontak-kontak yang merangsang.

Aturan utama (*major*)

1. Tidak diperbolehkan mencuri, atau kegiatan kriminal lainnya.
2. Tidak diperbolehkan melakukan kegiatan vandalisme atau menghancurkan apapun barang yang ada di dalam fasilitas.
3. Tidak diperbolehkan membawa barang-barang yang membahayakan

Aturan rumah (*house rules*)

1. Dapat mengikuti aturan (mendengar dan berperilaku)
2. Tepat waktu
3. Tidak diperbolehkan berperilaku impulsif
4. Bersikap sesuai tata etika dan budaya
5. Tidak diperkenankan pinjam meminjam
6. Tidak diperkenankan menerima sesuatu tanpa seijin staf

F. PERTEMUAN (*MEETINGS*)

Kegiatan ini bisa dilakukan secara terstruktur (terjadwal), formal (resmi), Informal (tidak resmi / santai), spontan, dan bisa dilaksanakan dimana saja, seperti di kamar, ruang makan. *Community Meetings* ini mempunyai *goals* / tujuan sesuai dengan kebutuhan *client* / residen.

1. Pertemuan Pagi (*Morning Meeting*)

Tujuan	Kepedulian terhadap sesama dengan mekanisme pengemukakan, pembahasan, dan pemecahan isu serta permasalahan yang terjadi di dalam komunitas.
Sasaran	Residen di dalam program
Pelaksana	Staf dan residen
Durasi	45-60 menit
Format	Bentuk U atau Lingkaran
Mekanisme pelaksanaan	<ul style="list-style-type: none">- Diadakan dipagi hari di setiap harinya- Dipimpin oleh 1 orang staf yang bertugas (<i>Staf on Duty</i>), atau sering disebut sebagai Mayor didampingi 1 orang residen sebagai Koordinator yang juga sedang bertugas saat itu (<i>Coordinator on Duty</i>).- Sebelumnya dapat diadakan <i>Pre Morning Meeting</i> sebagai bahan pengumpulan permasalahan dan isu di dalam rumah sebagai bahan pembicaraan di dalam <i>Morning Meeting</i>.- Diawali dengan pembacaan <i>The Creed</i>/Ikrar atau apapun doa sebagai penanda formalitas pertemuan dimulai.- Membuat pengumuman untuk sesama komunitas.- Memberikan <i>awareness</i> atau peringatan sesama komunitas agar tidak melakukan sesuatu atau lebih berhati-hati terhadap sesuatu.- Membuat <i>Pull up</i> atau saling mengoreksi kepada sesama residen, tujuannya untuk meningkatkan tahap kesadaran dan kedewasaan.- Mendiskusikan dan menentukan <i>concept of the day</i> (konsep hari ini) tujuannya untuk memberikan motivasi dan acuan sesuai dengan isu serta permasalahan yang terjadi.- Pertemuan diakhiri dengan penyegaran untuk meningkatkan semangat dan <i>Mood</i>, yang biasa disebut dengan <i>Second Half</i> (Babak kedua). Babak ini biasanya berisi tentang hiburan singkat (menyanyi, menari, drama, dll) yang dilakukan oleh residen.
Optimalisasi pelaksanaan	Dorongan untuk setiap peserta dapat berani berbicara di dalam pertemuan ini sangat berguna demi mendapatkan efektifitas dari sesi.

2. Pertemuan Staf (*Staf Meeting*)

Tujuan	Pembahasan terhadap segala kejadian yang berlaku keseharian, bisa sebagai pendelegasian antara <i>Shift</i> , pembahasan program, pembahasan antara staf, dan hal-hal lain terkait informasi melalui staf yang bertugas maupun staf-staf lainnya.
Sasaran	Seluruh staf yang terkait kebutuhan di dalam pertemuan, difokuskan pada staf terkait program
Pelaksana	Staf yang mempunyai posisi tertinggi pada saat itu, bersama dengan staf yang bertugas
Durasi	60-90 menit
Format	Lingkaran atau Oval
Mekanisme pelaksanaan	<ul style="list-style-type: none">- Diselenggarakan setiap hari, maksimum dua kali dalam sehari (pagi dan sore).- Diawali dengan pengulasan perjalanan program pada hari itu oleh staf yang bertugas.- Pembacaan pendelegasian dan informasi terkait dengan koordinasi kepada staf-staf yang lain.- Pengumuman ataupun <i>Awareness</i> yang ingin dikemukakan oleh peserta pertemuan.- Peneguran kesalahan terhadap siapapun, ataupun pengklarifikasian perasaan (marah, kecewa, bangga, dll) terhadap sesama peserta pertemuan.- Diakhiri dengan pengulangan penegasan penugasan ataupun hasil pertemuan di saat itu oleh pemimpin pertemuan atau staf yang bertugas.
Optimalisasi pelaksanaan	Pertemuan selayaknya dipimpin oleh manajer atau minimal oleh staf yang senior dan dipercaya oleh pimpinan, agar dapat memfasilitasi pertemuan sehingga mencapai hasil yang diinginkan.

3. Pertemuan perbincangan kasus (*Case Conference Meeting*)

Tujuan	Pertemuan khusus yang diutamakan untuk membicarakan kasus dan perkembangan klinis residen secara individual.
Sasaran	Konselor-konselor pembimbing
Pelaksana	Supervisor klinis/Koordinator konselor, atau Manajer Program
Durasi	60-90 menit (tergantung kesepakatan jumlah subyek yang akan dibicarakan)
Format	Lingkar atau Oval
M e k a n i s m e pelaksanaan	<ul style="list-style-type: none">- Diselenggarakan minimum sekali dalam seminggu.- Pemimpin pertemuan membuka dengan menetapkan berapa jumlah residen yang akan menjadi prioritas perbincangan kasusnya di dalam pertemuan tersebut.- Format perbincangan kasus harus sudah diisi dahulu sesuai dengan ketentuan, untuk kemudian menjadi resume perbincangan di dalam pertemuan.- Perbincangan dan umpan balik dilakukan secara bergantian dan teratur oleh masing-masing konselor pembimbing.- Diakhiri dengan pengulangan penegasan penugasan ataupun hasil pertemuan di saat itu oleh pemimpin pertemuan.
Optimalisasi pelaksanaan	<p>Pertemuan selayaknya dipimpin oleh manajer atau minimal oleh staf yang senior dan dipercaya oleh pimpinan, agar dapat memfasilitasi pertemuan sehingga mencapai hasil yang diinginkan.</p> <p>Pertemuan selayaknya dihadiri oleh seluruh konselor yang ada sebagai pemberi masukan dalam diskusi yang akan terjadi di dalam pertemuan tersebut.</p> <p>Pembahasan kasus selayaknya dibatasi dan ditentukan jumlahnya sesuai dengan kebutuhan mengingat efisiensi waktu.</p>

4. Pertemuan General (*General Meeting*)

Tujuan	Pembahasan terhadap seseorang atau mereka yang sudah terbukti melanggar aturan pokok (<i>Cardinal Rules</i>)
Sasaran	Siapapun yang melanggar aturan pokok (<i>Cardinal Rules</i>)
Pelaksana	Senior Staf (Direktur program dan setingkatnya, atau Manajer program)
Durasi	60 - 90 menit (tergantung jumlah subyek yang akan dibahas)
Format	<i>Class Room</i> , atau penataan lainnya yang menggambarkan suasana yang sangat formal
Mekanisme pelaksanaan	<ul style="list-style-type: none">- Diselenggarakan pada kondisi atau situasi yang membutuhkan, setelah dilakukan pencarian fakta dan penyidikan, maka pengambilan keputusan hingga penetapan tindakan kedisiplinan harus dimusyawarahkan diseluruh kalangan staf klinis dengan difasilitasi oleh Direktur program atau level Senior staf, dan diketahui oleh manajemen atau pendiri.- Dipimpin oleh 1 orang di level Senior Staf (umumnya langsung oleh Direktur program), didampingi oleh seluruh staf yang ada.- Penyampaian maksud diadakan pertemuan ini menyangkut bobot pelanggaran dari subyek sebagai agenda utama dari pertemuan ini.- Subyek akan diminta untuk mengklarifikasi segala bentuk pelanggaran tersebut dihadapan seluruh komunitas.- Seluruh komunitas mulai dari staf hingga residen secara bergantian dan teratur memberikan umpan balik yang membangun (<i>Constructive Feedback</i>) terhadap perilaku subyek terkait pelanggaran yang dilakukannya, dengan tetap menjunjung tinggi etika dan martabat manusia.- Subyek akan ditanyakan tentang komitmen perubahan di dalam dirinya.- Pertemuan akan diakhiri dengan pemimpin pertemuan menyebutkan jenis tindakan kedisiplinan yang akan dijalankan oleh subyek sebagai pembelajaran untuk proses perubahan di dalam dirinya.

Optimalisasi pelaksanaan	Penjabaran peraturan seluruh peserta dalam mengikuti keseluruhan sesi sebaiknya terus diungkapkan di saat akan memulai sesi. Segala tindakan kedisiplinan seyogyanya mengacu pada pembelajaran terhadap segala hal yang ingin dituju berbasis bukti dan ilmiah.
--------------------------	--

5. Pertemuan untuk seluruh isi rumah/ Pertemuan Rumah (*House Meeting*)

Tujuan	Pembahasan tentang sesuatu yang berhubungan dengan kebijakan, kondisi penting ataupun genting, peraturan yang berkaitan dengan kepentingan keseluruhan penghuni yang terdapat di dalam fasilitas/ rumah tersebut tanpa terkecuali, termasuk masalah antara klien dan staf.
Sasaran	Seluruh penghuni fasilitas/rumah
Pelaksana	Senior Staf (Direktur dan setingkatnya, atau Manajer)
Durasi	60-90 menit (tergantung bobot pembahasan)
Format	Saling berhadapan antara Staf dan Residen, dapat dengan penataan model <i>Class Room</i> , atau penataan lainnya yang menggambarkan suasana yang sangat formal dan elegan.
Mekanisme pelaksanaan	<ul style="list-style-type: none"> - Diselenggarakan pada kondisi atau situasi yang membutuhkan, keputusan pelaksanaan didapat di dalam rapat Staf sesuai dengan persetujuan di level Senior Staf, dan diketahui oleh manajemen atau pendiri. - Dipimpin oleh 1 orang di level Senior Staf (umumnya langsung oleh Direktur), didampingi oleh seluruh staf yang ada. - Penyampaian maksud diadakan pertemuan ini, atau agenda pertemuan. - Pembahasan rinci dari masing-masing agenda tersebut. - Diskusi dan Tanya jawab bersama. - Pertemuan diakhiri dengan pembacaan <i>The Creed/ Ikrar</i> atau apapun doa sebagai penanda formalitas pertemuan diakhiri.
Optimalisasi pelaksanaan	(telah jelas di dalam penjabaran mekanisme pelaksanaan)

G. KELOMPOK KOMUNITAS (*COMMUNITY GROUPS*)

Dalam TC, komponen terapeutik dan edukasional yang ditujukan kepada individu anggota TC terdapat pada beberapa proses kelompok yang dilaksanakan. Hal yang perlu digarisbawahi adalah perlunya penekanan pada pendekatan bantu-diri (*self-help*) yang tercermin pada kegiatan-kegiatan kelompok.

Kegiatan kelompok komunitas dalam TC dapat diklasifikasikan menjadi dua kelompok, yaitu yang bersifat terapeutik/klinis dan yang bersifat edukasional. Dalam pelaksanaannya, diharapkan partisipan memiliki ketrampilan atau strategi khusus yang dapat digunakan untuk mendorong terjadinya perubahan dalam proses kegiatan kelompok.

Terdapat beberapa perangkat yang direkomendasikan untuk digunakan dalam melaksanakan kegiatan-kegiatan. Perangkat ini diharapkan agar digunakan oleh para staf dan para residen dalam berinteraksi, dengan tujuan untuk memaksimalkan perubahan perilaku yang terjadi. Perangkat-perangkat tersebut adalah teknik atau ketrampilan yang penting untuk diajarkan dan dilatihkan kepada staf dan residen agar terampil dalam menjalankannya. Berikut adalah perangkat proses kelompok (*Group Process Tools*) yang digunakan dalam kelompok komunitas TC, antara lain :

1). Perangkat Provokatif

- Permusuhan atau kemarahan (*Controlled hostility or anger*): Mengekspresikan perasaan marah untuk meningkatkan kesadaran anggota lain.
- Melebih-lebihkan (*Engrossment*): Melebih-lebihkan suatu perilaku untuk menumbuhkan kesadaran atau meruntuhkan ketidakpedulian
- Humor atau ejekan (*Humor or ridicule*): menggunakan humor dan tawa agar residen dapat mengenali gambar

diri, keyakinan, kepercayaan yang salah.

2). Perangkat evokatif

- Identifikasi (*Identification*): perasaan kebersamaan atau persamaan nasib antar anggota TC yang memiliki pengalaman atau perasaan yang mirip. Identifikasi terlaksana ketika para anggota TC mengekspresikan bahwa mereka mengerti apa yang sedang dialami oleh residen lain karena mereka memiliki pengalaman yang mirip.
- Rasa Haru/belas kasihan (*Compassion*): Perhatian atau kepedulian kepada seseorang yang sedang menderita atau sedang mengalami kesulitan. Residen menunjukkan hal ini ketika mereka memperlihatkan empati dan memberikan dukungan kepada individu yang sedang mengalami kesulitan.
- Empati (*Empathy*): kemampuan untuk memposisikan diri dan memahami kesulitan orang lain.
- Afirmasi (*Affirmation*): Kalimat atau gerak tubuh yang menggambarkan dan memberikan dukungan dan dorongan untuk mengakui proses pembelajaran dan perubahan.

3). Perangkat Provokatif dan evokatif

- Proyeksi (*Projection*): melakukan observasi dan berdasarkan pemikiran dan perasaan diri sendiri.
- Gosip (*Gossip*): Berbicara tentang seorang residen dengan sikap seolah-olah yang dibicarakan sedang tidak berada disitu / tidak mendengarkan
- *Carom shot*: konfrontasi tidak langsung untuk menghindari atau mengurangi penolakan dari konfrontasi langsung. Residen berbicara kepada residen

lain yang memiliki masalah sama dengan residen ketiga yang sebenarnya menjadi target konfrontasi.

- *Lugs*: melakukan kritisi ringan untuk meningkatkan kesadaran tanpa menimbulkan penolakan yang berat dari residen lain.

Seperti yang disebut sebelumnya, kelompok komunitas dalam TC dapat diklasifikasi menjadi dua:

1. Kelompok Edukasional (*Educational Groups*)

Kelompok edukasional mendorong perkembangan diri, menyediakan ketrampilan vokasional, mengajarkan ketrampilan dalam menggunakan perangkat-perangkat TC, yang didalamnya termasuk;

a. Prosedur Grup Perkembangan Pribadi

Tujuan : Mengajarkan residen untuk melakukan eksplorasi pengembangan diri atau perkembangan pribadi secara intelektual dan melakukan diskusi bersama.

Sasaran : *Middle* dan *senior member*

Pelaksana : Junior atau senior staf

Waktu : tidak secara rutin dijadwalkan, namun perlu luangkan waktu yang cukup agar diskusi dapat mengalir dengan lancar.

Pelaksanaan:

- 1) Siapkan makanan dan minuman sebagai kudapan para residen.
- 2) Secara khusus peraturan rumah dimodifikasi untuk mengakomodir kegiatan ini apabila diperlukan.

Contoh : apabila kegiatan dilakukan sampai larut malam, para residen diberikan kelonggaran dalam bangun pagi keesokan hari.

- 3) Hal-hal yang dibahas adalah topik yang berkaitan dengan pemulihan. Berikut beberapa tema yang dapat menjadi tema kegiatan ini;
 - Membuat keputusan
 - Kebebasan dan tanggung jawab
 - Keyakinan diri
 - Kemandirian, dsb.
- 4) Usahakan untuk tidak terlalu membicarakan atau mendiskusikan masalah emosional, masalah dan kekhawatiran pribadi, atau ketidakpuasan terhadap program/TC.
- 5) Pelaksana diharapkan untuk mendokumentasikan keterlibatan tiap residen dalam kegiatan ini agar dapat ditindaklanjuti dalam kegiatan lain dalam TC.

Optimalisasi pelaksanaan:

- 1) Dorong agar setiap residen dapat memberikan pandangan atau pendapatnya.
- 2) Usahakan untuk mencegah diskusi yang lebih mengarah kepada masalah pribadi dari tema yang sudah ditentukan
- 3) Tindak lanjut klien yang tidak terlibat atau terlihat memiliki emosional yang berat pada kegiatan kelompok lain dan kegiatan individual.
- 4) Perhatikan kemajuan para residen selama beberapa hari untuk melihat pengertian yang diberikan dalam kegiatan grup.

a. Prosedur Grup Keterampilan Klinis

Tujuan : mengajarkan dan melatih residen atau staf baru keterampilan dalam menggunakan perangkat proses kelompok secara tepat dan benar.

Sasaran : staf magang, *younger* dan *middle member*

Pelaksana : residen yang senior atau staf

Waktu : disesuaikan dengan kebutuhan

Pelaksanaan

- 1) Menyiapkan permainan peran dalam melaksanakan resolusi konflik (*encounter*).
- 2) Staf atau residen senior yang telah mahir menggunakan perangkat proses kelompok memberikan contoh kepada partisipan dalam penggunaannya.
- 3) Staf atau residen dapat melakukan interupsi terhadap permainan peran tersebut untuk mengilustrasikan penggunaan yang tepat.
- 4) Berikan tugas kepada partisipan untuk menuliskan yang telah dipelajari dalam kegiatan ini.
- 5) Apabila ada keraguan akan pemahaman partisipan akan kegiatan ini, pelaksana atau staf menindaklanjuti dengan melakukan supervisi pada kegiatan yang sebenarnya atau selanjutnya.

Optimalisasi pelaksanaan

- 1) Diskusikan bahwa perangkat tersebut digunakan untuk mendorong terjadinya perubahan sikap

dan perilaku, bukan untuk menjatuhkan atau melecehkan nilai diri para residen.

- 2) Tekankan perlunya empati dalam menggunakan perangkat tersebut terhadap residen agar hasil yang dicapai dapat maksimal.
- 3) Ikuti dan supervisi beberapa pelaksanaan yang dijalankan untuk memantau pemahaman residen dalam menggunakan perangkat TC dan perangkat proses kelompok.

b. **Prosedur Grup keterampilan kerja**

Tujuan : Mengajarkan residen mengenai pekerjaan dalam TC dan cara yang tepat untuk melaksanakannya.

Sasaran : seluruh residen

Pelaksana : Senior Residen, Staf, atau staf pendukung bila diperlukan

Waktu : Sesuai kebutuhan

Pelaksanaan

- 1) Pelaksana dapat memberikan penjelasan mengenai fungsi-fungsi kerja tiap bagian (departemen) TC
- 2) Seringkali dibutuhkan permainan peran pelaksanaan kerja tersebut
- 3) Apabila diperlukan, lakukan permainan peran dilokasi sebenarnya pekerjaan itu dilaksanakan.
- 4) Grup ini juga dapat menjadi wadah pelatihan bidang vokasional

Optimalisasi pelaksanaan

- 1) Dorong partisipan untuk bertanya hal-hal terkait

- dengan pelaksanaan kerja TC dengan terbuka.
- 2) Pastikan koordinator departemen dapat mengkomunikasikan dengan baik dan benar, sehingga dapat menjelaskannya pada pelaksanaan
- c. Grup keterampilan hidup (*Life Skills*)
- Tujuan : Mengajarkan ketrampilan yang dibutuhkan residen untuk menjalani kehidupan dalam masyarakat.
- Sasaran : Seluruh residen
- Pelaksana : Staf atau pembicara undangan
- Waktu : Sesuai kebutuhan atau sesuai dengan rencana perawatan

Pelaksanaan

- 1) Pelaksana dapat menentukan tema atau kriteria residen yang perlu mengikuti kegiatan ini. Contoh, pelaksana melakukan persiapan mengikuti ujian sekolah, sehingga residen yang ikut kegiatan ini hanya yang masih mengikuti sekolah.
- 2) Kegiatan dapat berkelanjutan dan lebih intensif dari grup lain.
- 3) Dapat mengundang narasumber ahli dari luar yang menguasai bidang tertentu.
- 4) Beberapa tema yang dapat menjadi tema kegiatan
 - Keterampilan hidup
 - *Parenting*
 - Penganggaran
 - Menyusun resume/CV, dsb.

Optimalisasi pelaksanaan

- 1) Pastikan bahwa residen yang dipilih untuk mengikuti kegiatan ini memiliki tema yang sama agar dapat memanfaatkan kegiatan grup ini dengan maksimal dan sesuai kebutuhan.
- 2) Gunakan permainan peran dan tugas praktek untuk meningkatkan daya serap partisipan terhadap tema.

d. Grup Tema Khusus

Tujuan : memberikan pengetahuan penting lain terkait dengan Gangguan Penyalahgunaan NAPZA.

Sasaran : residen (sesuai kebutuhan/rencana perawatan)

Pelaksana : staf/ narasumber

Waktu : sesuai kebutuhan (mingguan atau dua mingguan)

Pelaksanaan

- 1) Melihat, observasi, dan diskusikan mengenai kebutuhan residen yang dapat menjadi tema kegiatan
- 2) Siapkan pelaksana yang menguasai bidang tersebut (Senior Residen, Staf, Narasumber)
- 3) Beberapa topik yang dapat menjadi tema kegiatan, yaitu;
 - HIV dan AIDS
 - Hepatitis
 - IMS
 - Gangguan emosional/psikologis

- Gender, dsb.

Optimalisasi pelaksanaan

- 1) Persiapkan modul dan materi sesuai dengan fakta dan informasi terkini
- 2) Luangkan waktu untuk berdiskusi dan dorong keterlibatan seluruh residen

2. Kelompok Klinis (*Clinical Groups*)

Kegiatan kelompok klinis memberikan kesempatan pada residen untuk;

- Mengekspresikan emosi yang mendalam
- Meraih pemahaman akan perilaku diri dan residen lain
- Mengembangkan tanggung rasa pada situasi dan pengalaman orang lain
- Menerima afirmasi pemulihan dari staf dan residen lain
- Memberikan contoh kelompok yang tepat
- Memperlihatkan kepemimpinan

Dalam menjalani *clinical groups* ini perlu dibentengi dengan beberapa peraturan yang menjaga kondisi psikologis dan fisik seluruh residen. Berikut beberapa yang menjadi peraturan dasar;

- Dilarang melakukan kekerasan fisik
- Dilarang melakukan ancaman, baik lisan maupun tidak
- Dilarang melakukan Ejekan fisik/SARA
- Tidak mengungkapkan informasi keluar TC

Pada umumnya TC mengimplementasikan 4 kegiatan kelompok klinis, yang terdiri dari:

a. Grup Resolusi Konflik (*Encounter group*)

Tujuan : membantu meningkatkan kesadaran dan kewaspadaan akan perilaku dan sikap yang merugikan

Sasaran : Seluruh residen

Pelaksana : *Older residen* atau staf

Waktu : terjadwal 2-3 kali perminggu sesuai kebutuhan

Pelaksanaan

- 1) Kegiatan ini menggunakan konfrontasi verbal secara langsung menyikapi perilaku dan sikap
- 2) Gunakan Perangkat proses kelompok (*Group Process Tools*)
- 3) Karena kekhususan kegiatan ini dalam TC dan kegiatan yang sering digunakan dalam TC, Grup Resolusi Konflik (*encounter*) akan dibahas lebih lanjut pada sub-bab 3.5.

b. Grup Pendalaman (*Probes*)

Tujuan : membangun rasa aman dan kepercayaan, serta mendapatkan informasi penting mengenai kehidupan residen dan juga untuk persiapan grup maraton.

Sasaran : *younger* dan *middle resident*, setiap kegiatan jumlah partisipan antara 13-20 orang

Pelaksana : staf senior dibantu dengan 1-2 orang junior staf

Waktu : terjadwal, dengan minimal setiap residen menjalani 3-4 kali kegiatan ini. Durasi untuk pelaksanaan awal adalah 2-3 jam, dan untuk pendalaman lebih lanjut (*extended groups*) dapat berdurasi antara 6-12 jam.

Pelaksanaan

- 1) Tentukan residen yang akan terlibat dalam kegiatan ini. Mereka dapat dipilih berdasarkan kesamaan isu dan masalah khusus yang sering muncul.
- 2) Staf pelaksana memeriksa latar belakang, catatan, dan meninjau perkembangan klinis untuk mendeterminasikan area sensitif atau kejadian penting dalam kehidupannya.
- 3) Staf pelaksana menyiapkan tujuan khusus bagi setiap residen untuk didalami.
- 4) Gunakan permainan peran dan psikodrama untuk mengurangi penolakan dan rasa takut akan masalah emosional yang berat.
- 5) Salah satu cara untuk melihat keberhasilan kegiatan ini adalah apabila seorang residen mengakui sebuah kejadian berat dalam hidupnya dan dapat dengan jelas membicarakannya tanpa emosional yang berlebihan dengan sejalannya waktu.

Optimalisasi pelaksanaan

- 1) Pastikan bahwa isu yang diangkat adalah sesuatu yang menjadi masalah besar atau hambatan bagi para residen yang mengikuti kegiatan ini.

- 2) Kegiatan ini dapat memunculkan perasaan atau emosi yang intens, perhatikan dan catat tanda-tanda yang muncul.
- 3) Tindak lanjuti residen yang terindikasi belum mengatasi permasalahannya.

c. Grup Maraton (*Marathons Group*)

Tujuan : memulai proses penyelesaian pengalaman pahit kehidupan yang menghambat perkembangan individu. Kegiatan ini juga bertujuan untuk meningkatkan motivasi residen untuk menghadapi isu dalam hidupnya

Sasaran : *Middle* dan *Older Residents*, setiap kegiatan jumlah partisipan antara 13-20 orang

Pelaksana : 1-2 Senior staf, dibantu 2-3 Junior Staf

Waktu : terjadwal, dengan minimal setiap residen menjalani 2 kali kegiatan ini. Durasi untuk pelaksanaan awal adalah antara 24-72 jam

Pelaksanaan

- 1) Gunakan grup pendalaman (*probes*) sebagai penggalian isu dan masalah residen sebelum melakukan kegiatan ini
- 2) Langsung dengan melakukan kegiatan kelompok secara terus menerus, agar terbangun kebersamaan dan fokus terhadap kegiatan.
- 3) Gunakan psikodrama dan teater sebagai bagian

kegiatan dengan membuat permainan peran yang mengilustrasikan kejadian penting dalam kehidupan partisipan.

Optimalisasi pelaksanaan

- 1) Beberapa merekomendasikan untuk melakukan kegiatan fisik berat sebelum melakukan kegiatan ini.
- 2) Cermati dan beri penyaluran yang positif untuk perasaan dan emosi kuat yang muncul, karena seringkali kegiatan ini sebagai tempat menyalurkan emosi emosi yang selama ini terpendam (katarsis).

d. Grup Statik (*Static Groups*)

- Tujuan : Membahas kesulitan yang saat ini dialami, umumnya yang berkaitan dengan perawatan atau lingkungan TC.
- Sasaran : Seluruh Residen dengan pembagian sesuai pembagian kasus staf
- Pelaksana : Staf
- Waktu : terjadwal 1 kali seminggu dengan durasi 2-3 jam

Pelaksanaan:

- 1) Terdiri dari staf dan residen yang sama yang bertemu secara rutin untuk periode yang lama
- 2) Rasio staf dan residen jangan terlalu besar
- 3) Kegiatan ini memberikan dukungan terhadap kelompok kecil akan isu khusus dan pengawasan perkembangan tiap residen dalam grup static.
- 4) Meskipun secara umum kegiatan ini adalah untuk

memberikan dukungan, namun konfrontasi, umpan balik, afirmasi, dsb, dapat juga digunakan untuk membantu anggota grup static memperoleh pemahaman tentang dirinya.

- 5) Dalam kegiatan ini dapat membicarakan masa lalu seorang residen, namun diharapkan kelanjutan diskusi diarahkan kepada pengaruhnya pada perilaku dan sikap saat ini

H. RESOLUSI KONFLIK (*ENCOUNTER*)

Dapat dikatakan bahwa resolusi konflik atau *encounter* menjadi ciri dari TC. Kegiatan kelompok Komunitas/Proses kelompok ini merupakan salah satu komponen esensial dalam model TC, dengan memberikan ilustrasi akan dasar dan nilai-nilai dalam TC seperti; ketulusan dan kepedulian dengan tanggung jawab, pentingnya melakukan konfrontasi terhadap realita, kejujuran, kesadaran diri sebagai langkah penting dalam melakukan perubahan.

Proses *encounter* memberikan gambaran akan pertukaran atau komunikasi interpersonal yang berlandaskan akan aksi dan reaksi langsung antar partisipan. Tujuan utama dari proses ini adalah untuk membangun dan meningkatkan kewaspadaan/kesadaran perilaku serta sikap diri yang merugikan dengan mengajarkan para residen untuk;

- Memperlihatkan ketulusan dan tanggung jawab kepedulian.
- Menghadapi realita penyalahgunaan NAPZA dan perilaku negatif.
- Jujur akan perasaan dan berkomitmen untuk melakukan

perubahan perilaku.

- Meningkatkan kewaspadaan untuk perubahan perilaku
- Menyelesaikan masalah interpersonal dengan residen lain

Lebih jauh lagi, berbeda dengan kelompok komunitas lain di TC, dalam *encounter* konfrontasi adalah salah satu elemen penting untuk digunakan. Termasuk didalamnya menggunakan perangkat provokatif dari perangkat proses kelompok. Dalam proses ini, partisipan diizinkan untuk mengekspresikan perasaannya, baik yang positif dan negatif, kepada partisipan lain. Seringkali emosi yang kuat serta mendalam terjadi dalam proses ini, sehingga diperlukannya peraturan dan pengarahan untuk menjaga kondisi psikologi dan rasa aman untuk berekspresi. Tekankan kepada para partisipan bahwa proses *encounter* adalah untuk melakukan konfrontasi terhadap perilaku seseorang, bukan orangnya, termasuk didalamnya suku, agama, ras, dan identitas seksual.

Berikut adalah beberapa hal yang perlu dilarang atau hindari:

- Ancaman keselamatan baik lisan maupun tidak
- Memotong proses *encounter* dengan membantu seseorang yang sedang dikonfrontasi
- Serangan verbal bersama-sama terhadap satu anggota
- Dengan sengaja membuat pernyataan yang menghina
- Mengejek atau memberi label/cap
- Berjalan ketika proses dimulai, kecuali memang diperlukan pengaturan posisi duduk
- Percakapan atau diskusi yang tidak relevan

1. Persiapan Resolusi Konflik (*encounter*)

Persiapan adalah kunci untuk mendapatkan *encounter* yang bermanfaat. Format pelaksanaan ini disusun agar dapat memastikan bahwa prosesnya akan memberikan hasil yang positif. Staf dapat menunjuk seorang senior residen dengan pengawasan staf untuk bertanggung jawab menyiapkan dan mengkoordinasikan tiap *encounter* yang akan dilakukan. Berikut adalah persiapan dalam melakukan *encounter*;

- a. Memasukkan kertas (*dropping a slip*): Residen memasukkan/ membuat kertas (slip) yang didalamnya tercantum namanya, nama individu yang akan diencounter, dan alasan utama secara singkat dan jelas.
- b. Perencanaan (*planning*): staf bersama residen senior melakukan review dari setiap slip yang diterima dan menentukan akan kesamaan isu, komposisi partisipan, dan menyusun jadwal. Disini, staf dan senior residen dapat menyiapkan proses yang akan dilakukan, contohnya slip ditujukan kepada satu orang dengan masalah yang sama dapat diwakili salah seorang saja.
- c. Penugasan kelompok (*Group Assignment*): staf dan residen yang bertanggung jawab untuk proses *encounter* dapat membagi kelompok *encounter* yang terdiri dari 10-13 orang (tidak perlu untuk dibagi kelompok apabila jumlahnya tidak memadai). Pembagian kelompok ini dapat dibagi menurut isu dari slip yang diserahkan dan juga dari umur, status, dsb.
- d. Lingkaran (*the circle*): bentuk lingkaran dengan menggunakan kursi yang tidak membuat duduk terlalu nyaman. Atur posisi duduk sehingga staf dan penanggung jawab *encounter* dapat memonitor seluruh anggota

encounter.

- e. Posisi Konfrontasi (*confrontation positions*): hadapkan partisipan yang melakukan konfrontasi sehingga dapat mencapai hasil yang maksimal.
- f. Rotasi kelompok (*rotating the groups*): ubahlah setiap pembagian kelompok, agar setiap residen mendapatkan kesempatan yang sama untuk melakukan *encounter* dan untuk mencegah kedekatan negatif antar residen.

2. Proses Resolusi Konflik

Proses dalam *encounter* dibagi menjadi empat tahap. Tiga tahap pertama merefleksikan komunikasi antara individu dengan kelompok menuju kesadaran dan perubahan. Sedangkan tahap akhir merupakan kelanjutan dari tahap ketiga tetapi dalam suasana informal.

a. Tahap Konfrontasi

- 1) Fasilitator bertanya kepada residen yang menuliskan slip (kertas pengaduan) tentang observasi dan reaksinya terhadap perilaku yang dilakukan residen lain yang dituliskan dalam slip
- 2) partisipan lain dapat juga memberikan observasi tambahan
- 3) Grup dan staf menggunakan perangkat provokatif untuk memberikan penekanan terhadap masalah dan untuk menimbulkan perasaan-perasaan dari partisipan yang sedang dikonfrontasi
- 4) Residen yang sedang dikonfrontasi diharapkan untuk mendengarkan dengan seksama dan memberikan respon
- 5) Tahap konfrontasi selesai ketika residen mengakui

dan menerima reaksi kelompok akan perilaku yang dibuatnya.

b. Tahap Percakapan

- 1) Ketika tahap konfrontasi dapat teridentifikasi selesai, berikan dukungan dan dorongan residen untuk fokus kepada perilaku atau sikap yang teridentifikasi dan untuk membicarakan perasaan yang muncul.
- 2) Gunakan perangkat evokatif untuk mendalami pemahaman residen terhadap permasalahan dan untuk mendiskusikan alasan penolakan/pertahanan
- 3) Tahap percakapan terlewati ketika residen;
 - Mendemonstrasikan pemahaman terhadap konfrontasi yang terjadi
 - Dapat menyatakan perasaan yang muncul dengan jelas.
 - Dapat menyatakan pola perilaku atau sikapnya
 - Meminta pertolongan untuk membuat perubahan pribadi

c. Tahap Penutupan

- 1) Apabila Tahap Percakapan telah teridentifikasi selesai, minta para partisipan untuk memberikan dorongan positif, umpan balik, saran, serta dukungan kepada residen yang dikonfrontasi.
- 2) Berikan saran dan usulan untuk membuat perubahan yang positif.
- 3) Bicaralah dengan penuh kehangatan, dukungan, dan afirmasi.

d. Tahap Sosialisasi

- 1) Segera lakukan tahapan ini ketika tahap penutupan

telah dilakukan

- 2) tahapan ini merupakan kelanjutan dari tahap penutupan, agar para residen dapat meneruskan memberikan dukungan, afirmasi, dan dorongan kepada sesama residen.
- 3) Ciptakan suasana yang informal dan nyaman, sediakan makanan dan minuman ringan.
- 4) Ikutsertakan seluruh residen dalam kegiatan ini selama kurang lebih 30-45 menit
- 5) Dorong residen senior untuk mendekati residen yang mungkin mengalami kesulitan dengan pengalaman *encounternya*.

Optimalisasi pelaksanaan

- 1) Berikan arahan bahwa proses resolusi konflik ini adalah untuk membantu individu melakukan perubahan.
- 2) Pengarahan yang tepat pada residen yang mengekspresikan dirinya secara berlebihan atau bahkan keluar dari jalur.
- 3) Seringkali kegiatan ini menjadi ajang pelampiasan rasa emosi tanpa melihat kondisi mental/psikis residen yang sedang dikonfrontasi. Sehingga Staf pelaksana wajib untuk menunda pelaksanaan konfrontasi apabila diindikasikan bahwa residen berada dalam kondisi gangguan psikologis (misalnya Depresi)
- 4) Tindak lanjuti residen yang terlihat kesulitan dalam menerima konfrontasi.
- 5) Gunakan tahap sosialisasi untuk saling menguatkan residen yang terlibat dalam kegiatan ini.

I. DOKUMENTASI DATA KLIEN

1. Asesmen

Adalah suatu proses penggalan informasi awal yang dilakukan untuk dijadikan dasar dalam tindak lanjut menangani suatu permasalahan/kasus.

Personel : kegiatan ini dilakukan oleh seorang staf/konselor yang bertugas untuk melakukan *asesmen* dan dilakukan terhadap klien/residen.

Waktu pelaksanaan : biasanya dilakukan kepada residen baru atau residen yang baru menyelesaikan fase detoksifikasi.

Tahapan pelaksanaan :

- a. Mempersiapkan formulir *asesmen* yang dimiliki oleh instansi.
- b. Mempersiapkan tempat yang nyaman buat melaksanakan *asesmen*.
- c. Memanggil klien yang sudah dijadwalkan pada hari ini untuk dilakukan asesmen.
- d. *Asesmen* dilakukan dengan jangka waktu yang sudah ditentukan (60 menit)

Optimalisasi pelaksanaan prosedur (pencegahan resiko):

Dalam pelaksanaan sesi *asesmen* ini dapat ditemui residen yang tidak kooperatif, karena sifat mereka yang tertutup (*blocking*). Maka diperlukan staf yang sudah terlatih untuk melaksanakan asesmen / wawancara. Apabila residen belum

siap untuk dilakukan asesmen, maka sebaiknya ditunda dulu karena apabila dipaksakan hasil asesmen yang diperoleh akan kurang akurat. Asesmen ini juga perlu diulang secara periodik agar informasi yang diperoleh sesuai dengan kondisi residen terakhir.

2. *SOCRATES(Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale)*

Adalah suatu alat tes yang dilaksanakan untuk mengetahui tahap kesiapan klien / residen dalam menjalani program.

Personel : kegiatan ini dilakukan oleh seorang staf/konselor yang bertugas untuk melakukan *SOCRATES* dan dilakukan terhadap klien/ residen.

Waktu pelaksanaan : biasanya dilakukan kepada residen baru bergabung kedalam program *primary* (primer) pada minggu pertama.

Tahapan pelaksanaan :

- a. Mempersiapkan formulir *SOCRATES* yang dimiliki oleh instansi.
- b. Mempersiapkan tempat yang nyaman buat melaksanakan *SOCRATES*.
- c. Memanggil klien yang sudah dijadwalkan pada hari ini untuk di *SOCRATES*
- d. *SOCRATES* dilakukan dengan jangka waktu yang sudah ditentukan (60 menit)

Optimalisasi pelaksanaan prosedur (pencegahan resiko):

Dalam pelaksanaan sesi *SOCRATES* ini dapat ditemui staf tidak mengerti dalam pengaplikasian alat tes tersebut. Maka diperlukan staf yang sudah terlatih untuk melaksanakan *SOCRATES*.

3. *Individual Treatment Plan*

Merupakan sebuah rencana perawatan individu adalah dokumen tertulis dan spesifik, mengidentifikasi masalah-masalah khusus yang membawa residen ke dalam perawatan yang bertujuan untuk membuat perubahan, mengidentifikasi masalah yang harus diatasi, bagaimana mereka akan diintervensi dan merinci perubahan yang diharapkan dalam hal perilaku.

Rencana perawatan dikembangkan dengan menggunakan informasi yang diberikan oleh orang tua, penilaian klien / residen dan diselesaikan oleh semua staf profesional yang menyediakan jasa. Hal ini erat dimonitor dan disesuaikan sebagaimana dibutuhkan staf yang bekerja.

Personel : kegiatan ini dilakukan oleh konselor klinis yang bertugas dan dilakukan terhadap klien / residen.

Waktu pelaksanaan : biasanya dilakukan kepada residen di setiap fase-fasenya didalam proses rehabilitasi (*primary – re-entry*).

Tahapan pelaksanaan :

- a. Mempersiapkan formulir *Individual Treatment Plan* yang dimiliki oleh instansi.

- b. Mempersiapkan tempat yang nyaman buat melaksanakan *individual treatment plan*.
- c. Memanggil klien yang sudah dijadwalkan pada hari ini untuk di *individual treatment plan*.
- d. *Individual treatment plan* dilakukan dengan jangka waktu yang sudah ditentukan (60-90 menit)

Optimalisasi pelaksanaan prosedur (pencegahan resiko)

Dalam pembuatan *Individual treatment plan* harus di review setiap minggu nya, kalau didapatkan permasalahan atau hambatan *Individual treatment plan* dapat di *up grade*.

4. **Progress Report**

Merupakan sebuah laporan atas hasil yang telah dicapai oleh klien / residen dalam kurun waktu tertentu.

Personel : kegiatan ini dilakukan oleh konselor klinis yang bertugas.

Waktu pelaksanaan : biasanya dilakukan oleh seorang konselor pada setiap bulannya kepada masing-masing klien / residen.

Tahapan pelaksanaan :

- a. Mempersiapkan formulir *Progress Report* yang dimiliki oleh instansi.
- b. Mempersiapkan tempat yang layak (*confidential*) untuk membuat *Progress Report*.
- c. Menyimpannya pada *case file* masing-masing klien / residen.
- d. Setiap awal bulannya dibawa untuk dipresentasikan oleh supervisor klinikal.

Optimalisasi pelaksanaan prosedur (pencegahan resiko)
Dalam pelaksanaan sesi *Progress Report* ini dapat ditemui staf yang menunda-nunda.

Perpustakaan BNN

BAB IV MANAJEMEN KRISIS

A. DEFINISI

Menurut Kamus besar bahasa Indonesia, arti kata krisis adalah suatu keadaan yang berbahaya (dalam menderita sakit); parah sekali, atau keadaan yang genting. Krisis juga sering dikaitkan dengan situasi gawat darurat. Dalam kaitannya dengan masalah kesehatan, krisis dapat diartikan sebagai suatu keadaan yang genting dan parah serta membahayakan nyawa atau memiliki kemungkinan memberikan dampak serius terhadap kesehatan seseorang, sehingga perlu mendapatkan bantuan segera.

Manajemen krisis itu sendiri dapat diterjemahkan sebagai serangkaian kegiatan, prosedur ataupun strategi yang dilakukan untuk dapat meminimalisir dan mengurangi risiko terjadinya krisis. Manajemen krisis dapat dilakukan mulai dari proses persiapan, penanganan saat terjadinya krisis, tindak lanjut penanganan krisis maupun fase setelah pemulihan dari krisis. Manajemen krisis dalam hal ini dilakukan oleh instansi ataupun pengelola program TC.

Pembahasan mengenai krisis dalam juknis TC diangkat menjadi satu pembahasan tersendiri untuk mengantisipasi berbagai hal yang umumnya ditemukan dalam penyelenggaraan program TC. Seperti kita ketahui bahwa residen yang mengikuti program TC adalah seseorang yang sedang bermasalah dengan adiksi NAPZA, sehingga kemungkinan untuk adanya kejadian gawat darurat sangat besar. Oleh sebab itu para pengelola dan staf yang menyelenggarakan program TC perlu mengetahui

manajemen penanganan krisis dan memiliki prosedur resmi untuk hal tersebut.

B. TUJUAN

Manajemen krisis dalam pusat penyelenggaraan program TC dibuat dengan tujuan agar pengelola program TC dapat :

- a. Menyediakan prosedur manajemen krisis yang jelas dan tertulis dalam penyelenggaraan program TC.
- b. Menyediakan sarana dan prasarana yang menunjang untuk upaya pertolongan awal bagi residen yang mengalami situasi gawat darurat.
- c. Memberikan pengetahuan dan keterampilan staf untuk memberikan pertolongan awal saat menangani kejadian krisis atau kegawatdaruratan dan mampu merujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat.
- d. Mensosialisasikan manajemen krisis ini terhadap para peserta program TC yang lain agar mereka dapat saling membantu pada saat menghadapi temannya yang mengalami kejadian krisis.

C. RUANG LINGKUP

Manajemen krisis yang akan kita bahas dalam buku ini adalah hanya yang berhubungan dengan kasus-kasus kegawatdaruratan yang biasanya terjadi di pusat penyelenggaraan program TC, diantaranya adalah kasus percobaan bunuh diri, intoksikasi atau overdosis, agresif dan eksodus atau residen kabur berkelompok. Dalam buku ini juga akan dibahas mengenai evakuasi terhadap kejadian tidak terduga seperti bencana.

D. PROSEDUR MANAJEMEN KRISIS

1. Prosedur Penanganan Kasus Gawat Darurat NAPZA

Definisi

Yang dimaksud dengan Prosedur Penanganan Kasus Gawat Darurat NAPZA adalah serangkaian aturan yang berisi tata cara penanganan kejadian atau kasus gawat dan darurat baik fisik maupun psikis akibat penggunaan NAPZA yang dapat mengancam kehidupan diri sendiri maupun orang lain.

Tujuan

Penanganan Kasus Gawat Darurat NAPZA dilakukan secara cepat dan tepat dengan mengikuti prinsip-rinsip Bantuan Hidup Dasar (*Basic Life Support*) dan penanggulangan kegawat daruratan, dengan tujuan:

- 1) Mengatasi keadaan akut residen (termasuk keadaan gaduh gelisah residen)
- 2) Memberikan bantuan hidup dasar residen
- 3) Minimalisasi angka kecacatan residen
- 4) Menurunkan angka kematian akibat kondisi akut yang diderita residen

Personel

Berbicara mengenai personel yang melakukan penanganan kasus gawat darurat NAPZA yang ada di Pusat program TC, tentunya adalah konselor ataupun staf yang bekerja di dalam fasilitas tersebut. Mereka adalah orang yang hampir 24 jam berada bersama dengan residen. Namun demikian, residen yang lainpun mungkin sekali berada pertama kali di saat keadaan darurat terjadi. Oleh sebab itu mereka perlu mengetahui prosedur penanganan ini.

Tahapan pelaksanaan Kondisi intoksikasi NAPZA atau overdosis NAPZA

Perlu dibedakan dua istilah ini agar tidak terjadi kerancuan dalam penatalaksanaannya. Intoksikasi adalah suatu kondisi yang timbul akibat menggunakan NAPZA sehingga terjadi gangguan kesadaran, fungsi kognitif, persepsi, afek/mood, perilaku atau fungsi dan respon psikofisiologis lainnya. Kondisi intoksikasi memang diharapkan oleh klien atau yang dikenal istilah umumnya adalah “Mabuk”, umumnya kondisi ini bersifat darurat. Sedangkan overdosis adalah suatu kondisi intoksikasi di luar kemampuan adaptasi tubuh individu sehingga dapat menimbulkan bahaya bagi diri individu tersebut, kondisi ini seringkali suatu yang gawat. Gejala-gejala yang timbul akibat intoksikasi NAPZA dapat memberikan reaksi berbeda pada setiap orang tergantung dari jenis zat yang digunakan dan berapa banyak jumlah zat yang dikonsumsi. Namun, secara umum gejala yang mungkin timbul dan perlu diwaspadai adalah sebagai berikut:

- Agitasi	- Kejang
- Kehilangan berat badan	- Gigi gemeretak, rahang atas dan bawah beradu
- Takikardia	- Gangguan pernafasan
- Dehidrasi	- Stroke
- Hipertermi	- Gangguan kardiovaskular
- Imunitas rendah	- Ataksia (gangguan koordinasi) dan bicara cadel/tak jelas
- Paranoia	- emosi labil dan disinhibisi
- Delusi	- mood yang bervariasi
- Halusinasi	
- Kehilangan rasa lelah	
- Tidak dapat tidur	

Penanganan pertama yang dapat dilakukan;

- Jika residen nampak tegang dan panik (umumnya terjadi

pada intoksikasi amphetamine, LSD, ekstasi), yang perlu dilakukan:

- 1) tenangkan dan yakinkan mereka
 - 2) jelaskan bahwa perasaan tegang dan panik akan hilang
 - 3) jauhkan dari keramaian, suara bising dan cahaya terang
 - 4) Jika mereka hiperventilasi (nafas terengah-engah), dorong mereka untuk rileks, dan tarik nafas panjang
- b. Jika residen merasa sangat mengantuk (umumnya merupakan risiko dari penggunaan tranquiliser, heroin, alkohol dan zat yang mudah menguap), yang perlu dilakukan:
- 1) Hubungi ambulans secepatnya
 - 2) Buat residen tetap dalam keadaan sadar, tapi jangan mengguncang tubuhnya atau mengagetkannya, terutama jika dia mengkonsumsi lem atau solven lainnya.
 - 3) Tempatkan residen pada posisi *recovery* (akan dibahas lebih lanjut) dan ajak dia bicara
 - 4) Jangan pernah memberikan kopi untuk merangsang kesadarannya, karena bisa membuat zat yang dikonsumsi bekerja lebih cepat.

Posisi *recovery*

Jika residen pingsan namun masih bernafas:

- a) Naikkan salah satu lengan ke arah atas,
- b) tekuk salah satu kaki sementara kaki yang lain lurus
- c) (dalam keadaan berbaring) Balikkan posisi residen

- ke samping, lengan yang lain letakkan di bawah pipi.
- d) Tetap bersamanya, awasi napasnya, dan minta orang lain untuk menghubungi ambulans.
 - e) Jangan lakukan posisi *recovery* ini pada residen yang mengalami cedera leher atau kepala



#ADAM.



#ADAM.



#ADAM

** contoh gambar posisi recovery*

- c. Jika suhu tubuh residen meninggi dan dehidrasi: ekstasi dan *speed* mempengaruhi kontrol suhu tubuh. Jika residen mengkonsumsi zat tersebut dan kurang minum air putih, maka suhu tubuh akan meningkat dan mengalami dehidrasi. Tanda-tanda yang perlu diwaspadai diantaranya kram, pingsan, sakit kepala dan lelah secara tiba-tiba. Jika hal ini terjadi, yang perlu dilakukan:
- 1) Pindahkan residen ke tempat yang sepi dan sejuk (bawa keluar kadang lebih baik)
 - 2) Lepaskan pakaian yang berlebihan dan dinginkan suhu tubuhnya
 - 3) Dorong residen untuk minum air putih sedikit demi sedikit
 - 4) Jika gejala masih muncul, panggil ambulans secepatnya dan pastikan ada orang yang menemani

Kuncinya adalah menyeimbangkan antara *intake* cairan dan banyaknya cairan yang keluar, sehingga sekaligus menurunkan suhu tubuh.

- d. Jika residen pingsan dan kehilangan kesadaran
Yang perlu dilakukan:
- 1) Tempatkan mereka pada posisi *recovery*
 - 2) Periksa nafasnya. Persiapkan diri untuk memberikan nafas buatan (resusitasi mulut ke mulut)
 - 3) Hubungi ambulans secepatnya
 - 4) Hangatkan tubuhnya, tapi jangan terlalu panas
 - 5) Jika residen tidak sadarkan diri, jangan berikan cairan karena kemungkinan bisa tersedak
- e. Jika residen tidak bernafas
Pada saat residen ditemukan dalam keadaan tidak bernafas, Anda harus bertindak cepat. Secepat mungkin panggil ambulans, semakin cepat ambulans datang semakin besar pula kemungkinan dia selamat. Sementara menunggu datangnya ambulans, anda dapat meningkatkan kemungkinan residen bertahan dengan cara membersihkan jalan napasnya kemudian bantu untuk memperlancar aliran darah dengan memasukkan oksigen ke seluruh tubuh untuk mengaktifkan fungsi organ vital. Ini disebut dengan Pijat Jantung (*cardiac massage*)
- 1) Bersihkan jalan napas
 - Panggil ambulans secepatnya
 - Baringkan residen
 - Cepat buka mulutnya dan keluarkan benda asing

yang mungkin ada di dalam mulut dan usahakan untuk dimuntahkan

- Dongakkan kepalanya, angkat dagu perlahan untuk membuka jalan napas

2) Pijat Jantung (*cardiac massage*)

- Letakkan kedua tangan tepat di atas tulang dada turun ke arah tulang iga (kira-kira di antara kedua puting susu)
- Tekan dengan kuat dan lembut kira-kira sekitar 80 kali per menit
- Pijat jantung sangatlah melelahkan, jadi dapat dilakukan bergantian setiap beberapa menit
- Anda dapat memberikan napas buatan setelah setiap 30 tekan jantung (*cardiac compressions*) sampai ambulans datang dan mengambil alih

3) Pemberian Napas Buatan

- Tutup cuping hidung residen dengan jari-jari anda
- Tarik napas panjang dan letakkan mulut anda ke mulutnya
- Tiup kan udara ke mulutnya sampai dadanya mengembang
- Ulangi beberapa kali

1. Prosedur Penanganan Kasus Percobaan bunuh diri

Definisi

Percobaan bunuh diri adalah usaha yang dilakukan untuk mengakhiri hidup seseorang. Upaya ini bisa melalui berbagai

cara, mulai dari memotong urat nadi, menggantung diri, meminum insektisida ataupun obat-obatan dalam jumlah banyak dan lain-lain. Percobaan bunuh diri merupakan hal yang paling dikhawatirkan dari kondisi depresi yang dialami seseorang.

Tujuan

Prosedur penanganan kasus percobaan bunuh diri ini dibuat untuk :

- a. mempersiapkan staf dalam menangani kejadian percobaan bunuh diri
- b. mengantisipasi sarana dan prasarana yang mungkin dapat menjadi alat dalam melakukan usaha percobaan bunuh diri.
- c. mengevaluasi kegiatan dalam program TC yang mungkin terlewat atau kurang mendapatkan perhatian lebih sehingga memberikan dampak bagi residen.

Personel

Staf dan konselor ataupun tenaga medis yang mungkin tersedia di Pusat penyelenggaraan program TC.

Tahapan pelaksanaan

- a. Pelajari tanda-tanda peringatan bunuh diri
Umumnya seseorang memberikan tanda-tanda peringatan sebelum dia melakukan upaya bunuh diri, namun terkadang orang lain di sekitarnya mengabaikan tanda-tanda ini. Tanda-tanda peringatan ini diantaranya adalah:
 - 1) ada wacana untuk mengakhiri hidup

- 2) Selalu bicara mengenai kematian
- 3) Memberi komentar yang mengindikasikan keputusan, ketidakberdayaan, tidak berguna dan lain-lain
- 4) Bicara seperti misalnya: “semua lebih baik, jika saya tidak ada” atau “saya ingin mati saja”
- 5) Perasaan sedih yang mendalam (depresi)
- 6) Perubahan drastis dan tiba-tiba merasa sangat sedih, kemudian berubah menjadi tenang atau bahkan terlihat senang.
- 7) Ada keinginan untuk mati dan bertindak mengarah pada kematian misalnya menyetir ugal-ugalan

Yang harus dilakukan:

- Jangan pernah anggap remeh tanda-tanda peringatan tersebut
- Dengarkan apa yang dikatakannya
- Beranikan diri untuk menanyakan apa rencana mereka, tapi jangan berdebat
- Biarkan dia tahu bahwa ada orang lain yang peduli akan keadaannya
- Cari bantuan profesional
- Dukungan sesama sangat penting

b. Jika residen ditemukan melakukan percobaan bunuh diri dan masih menunjukkan tanda kehidupan, perlu segera dilakukan:

- 1) Periksa jalan napas (terutama jika residen berusaha menggantung dirinya, lepaskan semua ikatan, dan jika

perlu berikan napas buatan)

- 2) Prosedur intoksikasi NAPZA (jika residen mengkonsumsi insektisida atau NAPZA dalam jumlah banyak)
 - 3) Periksa jika ada perdarahan hebat (terutama bagi residen yang berusaha memotong urat nadi):
 - Balut dengan kain pada bagian yang luka
 - Pastikan balutan cukup kuat untuk menghentikan pendarahan
 - Usahakan menekan balutan sekitar 10 menit
 - Jika kain yang dipakai dipenuhi dengan darah, jangan lepas balutan, ambil kain yang lain untuk menambah balutan.
 - Usahakan posisi luka berada lebih tinggi dari jantung untuk menghindari lebih banyaknya pendarahan. Jika perlu baringkan residen.
 - Jika pendarahan tidak berhenti, tekan bagian luka lebih kuat lagi dan bahkan tambahkan menekan di titik-titik yang lain, seperti misalnya jika pendarahan di pergelangan tangan, maka tekan lengan bagian atas.
 - Waspadaai terjadinya tersedak
 - Segera panggil ambulans dan rujuk ke Rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan terdekat.
- c. Jika residen ditemukan telah bunuh diri dan tidak lagi menunjukkan tanda kehidupan, perlu segera dilakukan:
- 1) Kontak petugas keamanan dan petugas kepolisian

segera, jangan memindahkan mayat sebelum mendapatkan izin dari petugas kepolisian

- 2) Jaga jangan sampai barang bukti hilang
- 3) Buat berita acara kematian
- 4) Lakukan pertemuan kelompok untuk mengatasi perasaan *shock* yang mungkin dialami anggota komunitas TC lainnya. Biarkan setiap anggota, baik staf maupun residen menumpahkan perasaannya agar peristiwa bunuh diri tersebut tidak membawa dampak psikologis yang berkepanjangan
- 5) Bagi residen yang tinggal sekamar dengan pelaku bunuh diri, dapat dipindahkan sementara waktu atau ditemani oleh residen lainnya, sehingga dampak psikologis dapat dikendalikan seoptimal mungkin.

2. Prosedur Penanganan Kasus Residen Kabur (Eksodus)

Definisi

Yang dimaksud prosedur penanganan kasus residen kabur adalah serangkaian strategi dan langkah-langkah yang perlu dilakukan untuk mencegah dan meminimalisir terjadinya upaya untuk keluar/kabur dari pusat penyelenggaraan TC, baik yang dilakukan secara perorangan maupun masal (eksodus).

Tujuan

Prosedur penanganan kasus residen kabur/eksodus dilakukan untuk:

- a. mencegah keluarnya residen dari pusat penyelenggaraan program TC

- b. mempersiapkan sarana dan prasarana yang menunjang program TC dan memberikan rasa aman dan nyaman bagi pesertanya.
- c. mempersiapkan SDM yang ada di pusat penyelenggaraan program TC untuk mengantisipasi kasus ini
- d. mengurangi dampak psikologis bagi residen lain yang berada di dalam pusat penyelenggaraan program TC.

Personel

Staf yang sangat terkait dengan kasus ini adalah bagian keamanan (satpam), dan *front liner*. Namun demikian seluruh staf perlu mengetahui prosedur ini untuk dapat berjaga-jaga dan mengantisipasi kemungkinan terjadinya residen kabur/eksodus.

Tahapan pelaksanaan

- 1) Pastikan seluruh pintu, pagar, atap dan jendela dalam kondisi yang baik. Jika ada kerusakan kecil segera laporkan dan perbaiki.
- 2) *Shift* tugas petugas harus diatur dengan baik, agar meminimalisir potensi kekosongan petugas penjagaan.
- 3) Awasi residen dalam setiap kegiatan yang dilakukan. Dalam hal ini konselor harus jeli melihat adanya perubahan atau gerak-gerik residen yang mungkin mencurigakan.

3. Prosedur Penanganan Residen Agresif

Definisi

Prosedur penanganan residen agresif adalah usaha dalam mengatasi residen yang kehilangan kemampuan untuk

mengontrol rasa marahnya sehingga apabila tidak segera diatasi dapat mendorong timbulnya kekerasan ataupun perilaku menuntut yang mengganggu keberlangsungan program.

Tujuan

Sebagian pecandu adalah individu yang memiliki masalah dalam kontrol emosinya. Penanganan yang dilakukan diharapkan dapat mengatasi respons marah residen dan membatasi agar respons tersebut tidak meluas.

Personel

Staf yang sangat terkait dengan kasus ini adalah konselor dan bagian keamanan (satpam). Namun demikian seluruh staf perlu mengetahui prosedur ini untuk menanggulangi secara cepat perilaku agresif yang mungkin ditimbulkan pada residen.

Tahapan pelaksanaan

- a. Bersikaplah selalu tenang dan santai mungkin.
- b. Membuat kontak mata dengan residen yang agresif, karena kontak mata menunjukkan keseriusan kita dalam menangani permasalahannya.
- c. Katakan bahwa anda mencoba untuk membantunya dalam mengatasi kemarahan dan kegelisahannya, mintalah residen tersebut untuk mengatakan apa yang dirasakannya
- d. Segera setelah residen lebih tenang, lakukan pembicaraan lebih lanjut

- e. Apabila residen tidak dapat lebih tenang dan mengamuk, lakukan fiksasi, dengan membawanya pada ruangan yang aman tanpa ada benda tajam atau benda-benda lain yang dapat memungkinkan terjadinya bunuh diri atau melukai orang lain
- f. Pada beberapa kasus dibutuhkan farmakoterapi untuk membantu residen menenangkan diri. Konsul dokter untuk penatalaksanaan farmakoterapi.
- g. Apabila agresivitas telah berhasil diatasi, lakukan konseling lanjutan, gali permasalahan yang utama, waspadai kemungkinan masalah-masalah kejiwaan yang dialaminya.

4. Prosedur Evakuasi Bencana

Definisi

Prosedur evakuasi bencana adalah serangkaian usaha atau strategi yang dilakukan untuk memindahkan korban dari lokasi yang tertimpa bencana ke wilayah yang lebih aman untuk mendapatkan pertolongan

Tujuan

Mengingat letak geografisnya, Indonesia merupakan wilayah yang rawan terhadap terjadinya bencana alam, baik itu gempa bumi, Tsunami dan gunung meletus. Berbagai perbuatan manusia yang mengakibatkan bencana seperti banjir, kebakaran dan tanah longsor pun sering kali dialami. Oleh sebab itu seluruh staf, dan residen perlu dipersiapkan untuk mengantisipasi terjadinya bencana. Tujuan dibuatnya

prosedur evakuasi bencana adalah:

- a. Mempersiapkan langkah-langkah yang harus dilakukan pada saat terjadinya bencana
- b. mempersiapkan seluruh penghuni pusat penyelenggaraan program TC untuk dapat saling memberikan bantuan terhadap orang lain di sekitarnya.
- c. mengetahui dan mempersiapkan sarana dan prasarana untuk antisipasi terjadinya bencana

Prinsip dasar penanggulangan bencana

Berbagai pendekatan dan metode dapat dilakukan pada saat penanggulangan bencana, namun demikian prinsip-prinsip dasar perlu diperhatikan. Prinsip tersebut diantaranya adalah:

- a. Hak asasi dan kesetaraan
- b. Partisipasi
- c. Tidak menimbulkan bahaya (*Do no harm*)
- d. Membangun kapasitas dan sumberdaya yang tersedia
- e. Sistem dukungan yang terintegrasi
- f. Dukungan berlapis

Personel

Dalam situasi bencana, staf ataupun konselor di pusat penyelenggaraan program TC berubah fungsi menjadi koordinator dalam evakuasi bencana. Sebelum terjadinya bencana, perlu pembagian tugas yang jelas, sehingga semua sudah mengetahui siapa melakukan apa dan tidak terjadi kekacauan. Semua staf dan konselor harus memberikan rasa tenang kepada seluruh residen.

Tahapan pelaksanaan

- a. Perlu disepakati bersama titik evakuasi sebagai tempat berkumpul pada saat terjadinya bencana
- b. Di setiap lantai gedung perlu dibuat jalur evakuasi
- c. Prosedur evakuasi standar harus dibuat secara tertulis dan ditempatkan di tempat-tempat yang mudah dibaca semua orang.
- d. Seluruh sarana dan prasarana pencegahan bencana sudah dipersiapkan dan diperiksa kelayakannya (misalnya, tabung pemadam kebakaran, perahu karet, dll)
- e. Sosialisasi dan Simulasi evakuasi bencana perlu dilakukan secara berkala.
- f. Pusat penyelenggaraa program TC harus memiliki nomor telepon penting sebagai rujukan dalam meminta bantuan.

Perpustakaan BNN

BAB V

MONITORING DAN EVALUASI

Kegiatan monitoring evaluasi (monev) suatu program adalah hal yang bersifat mutlak. Program TC memiliki kegiatan yang terencana, yang lengkap dengan rincian tujuan beserta jenis-jenis kegiatannya. Oleh karena itu, untuk mengetahui apakah program-program tersebut diimplementasikan dengan benar dan memberi manfaat sebagaimana tujuannya, diperlukan monitoring dan evaluasi. Monev dapat bersifat internal, artinya dilakukan sendiri oleh lembaga, dapat pula bersifat eksternal, dimana pihak luar untuk melakukan monev secara independen.

Monitoring dan evaluasi yang dimaksud adalah suatu proses yang sistematis yang dilaksanakan untuk mengetahui bagaimana program dijalankan dan sejauhmana memberi hasil sesuai tujuan yang ditetapkan. Keberhasilan suatu program tidak dapat terlepas dari segi pelaksanaannya. Oleh karena itu, monitoring dan evaluasi terhadap suatu program akan menyangkut berbagai hal yang terkait, baik yang menyangkut kualitas masukan (input), kualitas proses maupun kualitas hasil pelaksanaan (output) program. Selain itu, monitoring dan evaluasi terhadap suatu program dapat dilaksanakan atas dasar sekuensi implementasinya, dapat pula dilakukan terhadap komponen programnya (Issac & Michael, 1981).

A. MONEV INPUT

Monev kualitas masukan (input) pada program TC diarahkan untuk melihat sejauhmana program memiliki perangkat-perangkat administrasi dan sarana prasarana yang dibutuhkan dalam menjalankan program. Hal ini termasuk:

1. adakah standar prosedur operasional pelaksanaan kegiatan?;

2. adakah jadwal kegiatan harian, seberapa sering diperbarui?;
3. adakah perencanaan anggaran?;
4. sejauhmana sarana prasarana mendukung pelaksanaan program?;
5. adakah rencana pengembangan sumber daya staf?;
6. adakah supervisi klinis maupun administratif?;
7. dan lain-lain.

B. MONEV PROSES

Monev kualitas proses pada program TC ditujukan untuk melihat sejauhmana rangkaian fase dan kegiatan dilaksanakan sebagaimana pedoman. Hal ini mencakup:

1. Petugas monev mengkaji apakah tahapan pelaksanaan setiap fase dan kegiatan dijalankan? Adakah hambatan yang mengganggu pelaksanaan proses?
2. Bagaimana respon residen secara umum terhadap pelaksanaan kegiatan? Adakah respon yang berbeda untuk kegiatan-kegiatan tertentu?
3. Bagaimana tingkat kepuasan residen?
4. Bagaimana persepsi beban kerja pada staf?
5. dan lain-lain

C. MONEV OUTPUT

Monev kualitas hasil (output) pada program TC ditujukan untuk melihat sejauhmana program memberikan pengaruh pada residen secara khusus dan keluarga secara umum. Hal ini mencakup:

1. Bagaimana perubahan perilaku diukur?
2. Sejauhmana tingkat perubahan itu terjadi?

3. Indikator apa yang digunakan untuk menyatakan keberhasilan?

Buku Standarisasi TC Swadaya Masyarakat menyebutkan beberapa indikator mutu program, yaitu:

- a. Persentase residen yang menyelesaikan program
- b. Persentase angka *drop-out* dari program
- c. Perubahan kualitas hidup residen selama dalam program

Perpustakaan BNN

PENUTUP

Penyusunan Petunjuk Teknis Rehabilitasi *Therapeutic Community* (TC) ini merupakan salah satu upaya menyediakan suatu acuan yang dapat digunakan oleh petugas pelaksana atau konselor yang melaksanakan pembinaan terhadap klien di lembaga rehabilitasi TC milik masyarakat. Dengan adanya petunjuk teknis ini diharapkan setiap petugas/konselor dapat melaksanakan program rehabilitasi dengan pendekatan TC secara efektif dan efisien yang disesuaikan dengan kebutuhan klien.

Proses penyusunan petunjuk teknis rehabilitasi TC ini telah didukung oleh narasumber dan pakar bidang terapi dan rehabilitasi TC untuk mendapatkan konfirmasi sesuai bidang keilmuan. Demikian pula tim penyusun melibatkan praktisi dan personil yang berkompeten menangani bidang rehabilitasi TC bagi korban penyalahgunaan narkotika. Namun demikian berbagai kekurangan mungkin masih ditemukan baik dari segi isi materi maupun struktur dan susunan juknis. Oleh karena itu saran dan kritik dari semua pihak yang terkait dengan pemanfaatan juklak ini akan menjadi masukan yang berguna untuk perbaikan di waktu mendatang.

Selanjutnya, evaluasi terhadap penyusunan juknis ini akan terus diupayakan, baik dalam efektifitas pemanfaatan juknis oleh profesi terkait maupun relevansi materi terhadap perkembangan metode TC.

Akhir kata, petunjuk teknis rehabilitasi TC ini diharapkan dapat memberikan manfaat yang berarti dalam upaya meningkatkan efektifitas pelayanan rehabilitasi TC dalam proses pemulihan penyalahgunaan narkoba di seluruh wilayah Indonesia.

DAFTAR PUSTAKA

- Australian Therapeutic Community Association. 2002. *Towards Better Practice in Therapeutic Communities*. Bangalow, NSW: ATCA
- DeLeon, G. 2000. *The Therapeutic Community: theory, model and method*. New York: Springer Publishing Company
- Direktorat Jenderal Pelayanan dan Rehabilitasi Sosial, Departemen Sosial RI. 2002. *Metode Therapeutic Community (Komunitas Terapeutik dalam Rehabilitasi Sosial Penyalahgunaan NAPZA)*, Jakarta: Direktorat Pelayanan dan Rehabilitasi Sosial Korban NAPZA
- Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik, Departemen Kesehatan RI, 2009. *Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Jiwa*, Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik
- <http://www.drugabuse.gov/ResearchReports/Therapeutic/default.html>, Diakses pada tanggal 25 Januari 2011
- (<http://www.therapeuticcommunities.org/klac.htm>), accessed on February 19, 2011
- <http://healthguide.howstuffworks.com/recovery-position-picture.htm>
- <http://www.thesite.org/drinkanddrugs/drugsafety/usingdrugs/firstaid>
- <http://www.mayoclinic.com/health/FirstAidIndex/FirstAidIndex>
- International journal of therapeutic communities 28, 1, Spring 2007. *Therapeutic Community*.
- IASC Guideline on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Setting, 2007
- Kementerian Kesehatan, 2010. Kepmenkes RI no 420 MENKES/

SK/III/2010 tentang Pedoman Terapi dan Rehabilitasi Komprehensif pada Gangguan Penggunaan NAPZA berbasis Rumah Sakit

Kementerian Kesehatan, 2010. Kepmenkes RI no 421/MENKES/SK/III/2010 tentang Standar Pelayanan Terapi dan Rehabilitasi Gangguan Penggunaan Napza

Kementerian Kesehatan, 2007. Pedoman Teknis Penanggulangan Krisis Kesehatan Akibat Bencana, Departemen Kesehatan RI

National Institute on Drug Abuse. 1994. Therapeutic Community: Advances in Research and Application. *Research Monograph Series No. 144*. Bethesda, MD: NIDA

Nosocomial Infection, www.wikipedia.org, Diakses pada tanggal 12 Februari 2011

Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 340/MENKES/PER/III/2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit

Perfas B. Fernando, "Therapeutic Community- A Practice Guide", 2003, Universe, Inc., United States of America.

Tims, F.M., Jainchill, N. & De Leon, G. 1994. Therapeutic Communities and Treatment Research. *NIDA Research Monograph 144*, "Therapeutic Community: Advances in Research and Application". Maryland: National Institute on Drug Abuse.

Undang- Undang RI No 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit

Universal Precaution, www.wikipedia.org, Diakses pada tanggal 12 Februari 2011

WHO Western Pacific Region. 2006. *Integration of Harm Reduction*

Into Abstinence-based Therapeutic Communities: a case study of We Help Ourselves, Australia. Geneva: WHO

Perpustakaan BNN

JARGON DALAM TC

- **Prospect chair**
Duduk dengan fokus di depan *Creed*, diperuntukkan residen yang bermasalah atau biasanya untuk residen baru untuk menunggu penyambutan.
- **Chair.**
Kursi yang diperuntukkan setiap anggota keluarga untuk menunggu jalannya sesi atau digunakan anggota keluarga yang menjalani LE.
- **Spoken to.**
Tools session, membicarakan dan memberitahukan kepada anggota keluarga atas perilakunya yang keluar jalur.
- **Dealt with**
Tools session, merupakan suatu peringatan terhadap anggota keluarga yang perilakunya telah keluar dari jalur pemulihan.
- **Hair cut**
Session tools, merupakan peringatan keras untuk pemangkasan perilaku anggota keluarga yang perilaku negatifnya berulang-ulang, ini merupakan teguran secara verbal yang keras dan tegas di gunakan untuk membangun *insight*.
- **General meeting**
Pertemuan yang dihadiri seluruh *family* yang dilakukan pada saat terjadi sebuah *out standing* dalam rumah atau terjadi pada salah satu anggota keluarga. Pertemuan ini dipimpin langsung oleh Program Director/Program Manager.
- **House meeting**
Pertemuan yang dihadiri seluruh anggota rumah *primary/re-entry* untuk membahas, permasalahan dalam rumah, *issue, job change*, perubahan dalam rumah, dll.
- **Morning meeting**
Pertemuan yang dilakukan setiap pagi dan dihadiri semua anggota keluarga, sebagai pembuka hari yang selalu dipimpin

oleh *mayor on duty*.

- **Pull up**

Berfungsi sebagai alat bantu *awareness* terhadap rumah dan sebagai mata dan telinga rumah. Untuk mencatat berbagai macam hal yang ada di dalam rumah yang dinilai tidak sesuai.

- **Tools of the house**

Perangkat rumah yang berfungsi sebagai alat bantu untuk proses pemangkasan perilaku yang tidak sesuai dengan nilai-nilai *recovery*.

- **Static group**

Sebuah *group* konseling yang berisikan beberapa anggota keluarga (5 – 15 orang) dimana didalamnya ada seorang konselor untuk memfasilitasi.

- **Encounter group**

Sebuah *group* dimana setiap anggota keluarga dibebaskan untuk mengekspresikan perasaannya terhadap anggota keluarga yang lain dengan *proper* dan sesuai peraturan *group* yang ada.

- **PAGE (Peer Assesment group Evaluation)**

Sebuah *group* dimana setiap anggota keluarga menyorot dan mengelaborasi negatif dan positifnya anggota keluarga lainnya.

- **Wrap up**

Sebuah *group* yang diadakan setiap malam, yang berfungsi untuk menutup hari, dimana setiap anggotanya menceritakan tentang satu hari yang telah dijalaninya.

- **Learning experience**

Pembelajaran yang diberikan kepada anggota keluarga untuk dapat menyadari perilakunya yang negatif. Biasanya disebut LE, akan dijalankan dalam waktu beberapa hari, untuk sementara waktu *privilege*-nya tidak diberikan dulu.

- **Time off**

Tidak mengikuti jadwal harian program, akan diberikan kepada anggota keluarga yang dinilai sangat memerlukan, dan diberikan langsung oleh staf.

- **Task**

Tugas-tugas yang diberikan kepada anggota keluarga untuk

mendapatkan suatu *insight* atas perilakunya yang keluar jalur.

- **X communicato**

Sebuah LE dimana salah satu atau semua anggota keluarga tidak diperkenankan melakukan komunikasi dalam bentuk apapun. Baik verbal dan non verbal.

- **Spare part**

Sebuah LE dengan mengerjakan tugas-tugas *department* yang berat, seperti *breakdown, scrab*, dll.

- **Ground**

LE dengan mengerjakan tugas-tugas diluar rumah atau di tempat tidak beratap seperti di lapangan, di halaman, dll.

- **Potsink**

LE yang dimana diberikan tugas-tugas sekitar *department kitchen*, seperti mencuci alat-alat dapur.

- **Disphan**

Ditugaskan untuk membersihkan dan mencuci alat-alat makan anggota keluarga.

- **Others**

LE dengan tugas *mem-back up*/membantu semua pekerjaan dalam *department*.

- **Probe**

Merupakan *special group* yang diadakan tidak terjadwal tetap, diadakan sesuai kebutuhan anggota keluarga *peer base*.Ini merupakan *group sharing* yang berdurasi lebih kurang 8 jam.

- **Extended**

Kelanjutan dari *Probe*, yang berdurasi lebih kurang 36 jam

- **Marathon**

Merupakan kelanjutan dari *extended*, yang berdurasi lebih kurang 72 jam.

- **Expeditor team**

Team yang bertugas sebagai mata dan telinga rumah serta mengawasi setiap pergerakan anggota keluarga.

- **House keeping**

Departemen yang area *job function*-nya membersihkan semua fasilitas yang ada di rumah.

- **Maintenance**

Departemen yang area tugasnya memperbaiki alat-alat atau fasilitas di rumah yang rusak.

- **Laundry**

Departemen yang mempunyai fungsi tugasnya mencuci semua pakaian, sprei dan perlengkapan lainnya.

- **Gastronomy/kitchen**

Departemen yang mempunyai tanggung jawab menyediakan, menyiapkan makanan untuk semua anggota keluarga dan bertanggung jawab dengan semua yang berhubungan dengan dapur.

- **RCO (Resident Coordinator)**

Bertanggung jawab dengan jalannya rumah setiap harinya dan mempertanggung jawabkan kepada *mayor on duty*.

- **COD (Coordinator of Department)**

Bertanggung jawab mengkoordinir *department* dan membantu RCO menjalani program setiap harinya serta mempertanggung jawabkan kepada RCO.

- **Chief**

Bertanggung jawab memimpin *expeditor team* dalam menjalankan tugasnya setiap harinya, mempertanggung jawabkan tugasnya kepada RCO dan COD.

- **Shingle (Bastard of the house)**

Merupakan bagian dari *expeditor team*, yang bertugas membantu *chief* untuk *create* dan memberi stimulus kepada anggota keluarga di dalam rumah.

- **On point (Crew Expeditor)**

Bagian dari *expeditor team* yang bertugas untuk menjaga *point-point* atau area-area yang sudah ditentukan, seperti *front desk*, *back desk*, *main front desk*.

- **HOD(Head of Department)**

Bertugas sebagai kepala *department* dan bertanggung jawab dengan rencana tugas *department* setiap harinya, dan mempertanggung jawabkan kepada COD, selain berfungsi sebagai ibu di dalam rumah yang selalu memberi motivasi positif.

- **Ramrod**

Bertugas di bawah pengawasan dan mendapatkan delegasi

langsung dari HOD, mensupervisi pekerjaan anggota *department*.

- **Crew**
Anggota dari setiap *department*, dibawah pengawasan *ramrod*.
- **New admission**
Anggota keluarga baru, yang bergabung dalam keluarga di rumah *primary*, masih dalam tahap observasi lebih kurang 3 – 6 hari.
- **Induction**
Fase awal dalam program *primary*, dalam fase ini bertujuan untuk belajar dan adaptasi dengan program di rumah *primary*.
- **Relate/sharing**
Ungkapan tentang perasaan, pikiran, *issue* yang ada dalam diri kepada anggota keluarga lainnya dan staf.
- **Feed back**
Masukan yang diberikan atau memberi masukan kepada atau dari anggota keluarga lainnya.
- **Confrontation**
Komunikasi dasar pada saat seorang anggota keluarga menegur, menanyakan, memberi masukan dan lain sebagainya.
- **Direction**
Memberi atau menerima arahan atas sikap dan perilaku dari atau kepada anggota keluarga.
- **Patch up**
Masukan yang bersifat untuk memotivasi atau menaikkan lagi perasaan anggota keluarga yang sedang mempunyai masalah.
- **Announcement**
Pemberitahuan atau pengumuman yang tujuannya memberi informasi baik dalam rumah maupun diri sendiri.
- **Curfew**
Jam tidur
- **Accountability / account**
Meminta atau permohonan secara *proper*.
- **Deserve**
Kondisi dimana salah satu anggota keluarga dinilai layak untuk mendapatkan sesuatu.
- **Rejection**
Kondisi dimana salah satu anggota keluarga *accountability*-nya

di tolak karena dinilai belum layak .

- **Approved**
Kondisi dimana salah satu anggota keluarga *accountability*-nya disetujui.
- **Communicate**
Komunikasi, berkomunikasi, mengkomunikasikan kepada anggota keluarga dan staf.
- **Get back**
Suatu bentuk komunikasi yang bertujuan untuk membicarakan sesuatu hal kepada anggota keluarga atau staf
- **Responsible**
Setiap anggota keluarga berperan dan diberi suatu tanggung jawab yang harus dijalaninya.
- **Knuckle head**
Keras kepala.
- **Catch 22**
No win or lose situation (serba salah)
- **Sneaky**
Melakukan sesuatu hal dengan cara diam-diam.
- **Contract**
Meminjam, memakai dan atau bekerja sama dalam konotasi negatif antar anggota keluarga.
- **Guilt**
Kesalahan / rasa bersalah yang disebabkan perilaku yang negatif.
- **Drop slip**
Menulis nama anggota keluarga yang membuat kita kesal, untuk kita ekspresikan perasaan tersebut di *group en-counter*.
- **Display irritation**
Menunjukkan sikap dan perilaku berdasarkan bahasa tubuh.
- **React**
Mengeluarkan perasaan tidak menerima dengan cara tidak *proper*
- **Belly flip**
Merasakan sesuatu pada saat terjadi sesuatu hal. Sering disebut suara hati.
- **Bottom line**

Secara garis besar / kesimpulan.

- **Ding bat**
Bingung
- **Space cadet**
Suka menampakkan pura-pura bodoh atau pura-pura tidak tahu.
- **Image**
Selalu memperlihatkan hal yang baik-baik saja, sering disebut pakai topeng.
- **Lawyer**
Bertindak seperti pengacara, membela orang lain.
- **Scape goat**
Menyalahkan orang lain / mengkambing hitamkan.
- **Taking a trip**
Melamun / mengkhayal / tidak fokus
- **Licker**
Merayu / menjilat untuk mendapatkan apa yang ia mau.
- **Murder one**
Menatap seseorang dengan cara tidak *proper*.
- **Selling a ticket**
Menjual perilaku yang dapat menyebabkan terjadinya kekerasan. Sering disebut juga mengancam.
- **Play safe**
Selalu mencari kondisi yang aman bagi dirinya. Anggota keluarga yang ada kondisi ini tidak berani untuk menerima tantangan perubahan yang baik bagi pemulihannya.
- **War story**
Bercerita tentang masa pemakaiannya dulu, ini bisa memicu sugesti terhadap *drugs*.
- **Playing games**
Mencari perasaan enak dengan cara diam-diam / *sneaky*
- **Squating**
Melihat orang lain dengan membayangkan nafsu seksual.
- **Rationalize**
Membenarkan perilaku negatif.
- **Shooting the curve**
Tidak melewati struktur hirarki yang ada.

- **Sliding back**
Motivasi menurun.
- **Smoke screen**
Kondisi yang tidak jelas.
- **Laying back**
Lazy, bermalas-malas.
- **Wood work**
Pura-pura sibuk.
- **Above syndrome**
Merasa paling benar.
- **Flagging**
Menunjukkan sikap dengan menggunakan bahasa tubuh untuk mencari perhatian.
- **Licking or coming out**
Kelepasan bicara / spontan
- **Out of wack**
Keluar dari batas-batas atau keluar dari jalur.
- **Tunnel vision**
Hanya fokus dengan satu hal, terlalu memandangi jauh ke depan tanpa memikirkan faktor-faktor yang lain, sering disebut juga pakai kaca mata kuda.
- **Take thing for granted**
Perilaku tidak tahu diri dengan mencari kesempatan menerima atau mengambil sesuatu dari orang lain tanpa merasa cukup atau tidak sadar diri.
- **Easy way out**
Instan, ingin cepatnya saja menggunakan cara pintas, tanpa melewati suatu proses.
- **First thing first**
Mengerjakan sesuatu dengan menentukan prioritas mana yang didahulukan, dengan melewati proses yang ada, tidak melakukan sesuatu langsung sekaligus
- **P&Q**
Pride and Quality, memiliki nilai diri dan berkualitas.
- **Under estimate**
Memandang remeh.

- **Fiter down**
Memberitahu dengan mengajari hal-hal yang belum diketahui oleh anggota keluarga lain.
- **Therapeutic dope**
Bad filter down, memberitahu atau mengajari hal-hal yang salah atau keluar dari batas-batas.
- **Denial**
Penyangkalan, tidak mengakui atau berbohong.
- **Acceptance / accept**
Penerimaan diri / menerima sesuatu hal dalam diri
- **Dolphin**
Follower, selalu mengikuti arus yang ada tanpa mengetahui dan atau memikirkan baik-buruknya.
- **Compulsive**
Dorongan keinginan yang sangat besar serta diikuti permintaan yang banyak.
- **Handle feeling**
Mengontrol perasaan yang ada, atau menahan keinginan yang muncul
- **Delay impulse**
Menunda keinginan yang muncul pada saat itu.
- **Coping skill**
Kemampuan keterampilan yang ada dalam diri untuk menghadapi sesuatu permasalahan.
- **Cover up feeling**
Merupakan bentuk penyangkalan terhadap perasaan yang ada dengan menutup perasaan sebenarnya dengan menunjukkan bahwa ia tidak mengalami suatu hal.
- **Bumping feeling**
Melampiaskan perasaan yang ada, dengan melakukan suatu hal agar perasaan yang dirasakan itu hilang untuk sementara.
- **Medicate feeling**
Berusaha untuk menstabilkan perasaan yang timbul untuk menjadi perasaan yang positif.
- **Out let**
Bercanda berlebihan.

- **Alien syndrome**
Tetap merasa menjadi orang asing, bukan bagian dari keluarga.
- **Isolate**
Mencari tempat untuk memisahkan diri dari anggota keluarga yang lain untuk menyendiri.
- **Self centered**
Memusatkan perhatiannya pada diri sendiri dengan tidak menghiraukan situasi, kondisi dan lingkungan sekitar.
- **Manipulate**
Memanipulasi atau merekayasa suatu cerita dengan berbohong untuk mencari untung dan atau menghindari dari suatu kesalahan.
- **Snow ball effect**
Setiap permasalahan yang selalu dipendam atau tidak pernah diselesaikan, makin lama akan makin bertambah besar permasalahan tersebut, seperti bola salju yang menggelinding makin lama makin bertambah besar.
- **Bottle up**
Apa yang dirasakan selalu disimpan sendiri tidak pernah berbagi dengan anggota keluarga yang lain makin lama diri kita tidak cukup kapasitasnya untuk menampung sehingga dapat menimbulkan gejala dalam diri sendiri yang biasanya *action*-nya negatif.
- **Punching hole**
Sikap dan perilaku pertahanan diri untuk menghindari, dengan tidak mengakui apa yang dilakukan dengan membuat alasan dengan melempar ke hal yang lain, yang bukan sebenarnya.
- **Get a grip**
Mengambil kembali suatu pegangan dengan tujuan untuk kembali ke jalur yang benar.
- **Role play**
Melakukan peran atau berperan sebagai apa yang menjadi tanggung jawab yang diberikan kepada setiap anggota keluarga.
- **Selfish**
Hanya memikirkan diri sendiri
- **Dealing**
Berani dan menerima untuk menghadapi situasi kondisi yang ada.

- **Coupe**
Mengakui apa yang telah dilakukan.
- **Personal belonging**
Barang-barang pribadi yang dimiliki setiap anggota keluarga.
- **Toiletries**
Perlengkapan mandi.
- **Home leave**
Privilege yang diberikan kepada anggota keluarga untuk keluar bersama keluarga atau orangtuanya dengan waktu yang telah ditetapkan.
- **Business pass**
Privilege yang diberikan kepada anggota keluarga untuk keluar dengan keperluan tertentu, seperti *medical*, dan keperluan lainnya.
- **Case load**
Group yang membahas tentang keperluan, *accountability* dan atau *request* dari anggota keluarga.
- **Spot check**
Pemeriksaan yang dilakukan oleh anggota keluarga atau staf terhadap anggota keluarga lainnya atau barang-barang yang masuk kedalam area rumah.
- **Family outing**
Pergi keluar dari *facility* dengan tujuan rekreasi, *pleasure time*, dsb, yang dilakukan semua anggota keluarga dan semua staf sesuai waktu yang telah ditetapkan.
- **Request**
Permintaan kebutuhan sehari-hari dari tiap anggota keluarga
- **Post request**
Group yang diselenggarakan bagi anggota keluarga yang telah menjalankan *homeleave*, *business pass*, dll, untuk menanyakan banyak hal apa yang telah dijalaninya.
- **Shut down**
No status. Diberikan kepada anggota keluarga karena sikap dan perilakunya keluar dari batas-batas yang ada, dengan tujuan untuk merasakan serta menyadari apa yang telah dilakukannya.
- **Tight house**

Suatu kondisi dimana rumah dan semua keluarga dinilai negatif, maka dengan itu status rumah dan struktur yang ada dirumah akan dipegang langsung oleh staf, dengan tujuan untuk *follow up issue-issue* yang muncul di dalam rumah.

- **Clean up**

Suatu bentuk pembelajaran yang lebih singkat yang diberikan kepada anggota keluarga atau rumah karena dinilai negatif. Diberikan sebagai *wake up call* atau mengingatkan anggota keluarga.

- **Hierarchy**

Suatu bentuk susunan struktur yang berurutan dari tingkatan yang paling rendah sampai dengan tingkatan yang paling atas.

- **Pull back/banned**

Menarik kembali *privilege* yang telah diberikan dalam jangka waktu tertentu.

- **Can't be bothered**

Masa bodoh

- **Double check**

Melihat atau memeriksa kembali apa yang telah dikerjakan, apakah ada yang kurang atau tidak.

- **Team work**

Kerja sama

- **Punctuality**

Tepat waktu

- **Comparing**

Membanding-bandingkan

- **Interrupt**

Bentuk interupsi atau pemberitahuan yang dilakukan anggota keluarga kepada anggota keluarga lainnya karena dinilai kurang benar atau tidak *proper*, saat dalam suatu *group* atau aktivitas.

- **Follow up**

Membereskan sampai dengan selesai.

- **Awareness/aware**

Kewaspadaan yang menimbulkan suatu kesadaran dalam diri.

- **Siesta**

Tidur siang

- **Privilege**
Suatu kepercayaan yang diberikan yang harus di pertanggung jawabkan.
- **Acting out**
Reaksi tingkah laku yang keluar karena pengaruh dalam diri.
- **Iceberg effect**
Komitmen yang lemah
- **Over look**
Melihat sesuatu yang tidak *proper* tapi tidak di-*follow up*
- **Negative thinking**
Pikiran negatif
- **Mind racing**
Bermain-main dengan pikiran sendiri.
- **Reading**
Membaca situasi dan kondisi yang belum tentu terjadi, dengan mengkira-kira.
- **Proper**
Sesuai atau dengan benar.

- **Firm**
Tegas
- **Attitude**
Tingkah laku
- **Feeling**
Perasaan
- **Result**
Hasil keputusan
- **Procrastinate**
Menunda-nunda

(Sumber : Pengasih Malaysia)

Pengalaman Penerapan Program TC di Indonesia

TC Swadaya Masyarakat

Definisi: TC berbasis komunitas adalah sebuah tempat perawatan yang diinisiasi oleh anggota masyarakat untuk merespon permasalahan adiksi dan penyalahgunaan NARKOBA sebagai alternatif dari layanan yang dimiliki oleh pemerintah. Pelaksana dari perawatan dengan basis semacam ini harus melibatkan elemen masyarakat yang terkena dampak langsung oleh permasalahan ini. Jadi sebaiknya TC berbasis masyarakat harus melibatkan pecandu dalam pemulihan itu sendiri yang nantinya akan menjadi staf atau konselor program, namun demikian program juga bisa melibatkan orang tua pecandu dan profesional (dokter, psikolog, psikiater, petugas sosial, pendidik agama) agar bisa memaksimalkan layanan. Landasan hukum dari TC berbasis masyarakat bisa berbentuk yayasan atau perhimpunan.

Seting : Tempat dilaksanakannya TC berbasis masyarakat biasanya menggunakan rumah sebagai tempat perawatan. Bentuk rumah harus bisa mengakomodir struktur program TC (ada ruang untuk tidur, ruang untuk sesi, ruang untuk olahraga, ruang untuk mandi, ruang untuk konseling, ruang untuk staf, ruang untuk makan, ruang untuk gudang, ruang untuk santai, ruang untuk menerima tamu). Lokasi bisa di sekitar perkotaan ataupun di daerah yang agak jauh dari keramaian, ini semua bergantung dari kemampuan keuangan lembaga. Hal terpenting yang harus dipersiapkan setelah mendapatkan rumah untuk dijadikan *facility* adalah ijin dari lingkungan sekitar (tetangga di sebelah kiri, kanan, depan, belakang, RT, RW).

Karakteristik program

Umum

- Jangka waktu program 6 – 18 bulan untuk satu rangkaian program menginap
- Program dibagi menjadi 4 tahapan: *Induction, Primary, Re entry, After care*
- *Peer* menjadi kekuatan program
- Biopsikososial menjadi landasan perawatan
- Memiliki akses rujukan yang cukup luas karena berjejaring dengan banyak layanan
- Sesi peningkatan *vocational skill*
- Sesi agama

Khusus

- Ada layanan kelompok dukungan untuk residen dengan status HIV +
- Ada sesi 12 langkah dan pertemuan *Narcotics Anonymous* tertutup di facility
- Ada sesi CBT (*cognitive behavioural therapy*)
- Ada sesi tentang LEGAL (Mengetahui aturan undang-undang yang berlaku) terkait NARKOBA
- Psychotherapy oleh profesional

Keuntungan:

- Perawatan mudah diakses oleh pecandu dan keluarganya
- Biaya perawatan cukup terjangkau ada subsidi bagi klien yang tidak mampu
- Karena jumlah residen terbatas maka staf/konselor bisa lebih fokus dalam menangani perawatannya (rasio 1 staf : 4 klien)
- Untuk *facility* yang jaraknya cukup dekat dengan keramaian kegiatan di program *re-entry* seperti sekolah, kursus, kerja cukup mudah untuk dilakukan
- Program cukup luwes dan terbuka terhadap ilmu-ilmu baru
- Memiliki jaringan nasional dan internasional yang cukup banyak

- Mudah dalam mengembangkan atau memadukan layanan lain terkait NARKOBA dan penyakit penyertanya.
- Program bergantung sekali dari rencana perawatan
- Kultur program yang kontekstual dengan budaya, nilai dan kebiasaan lokal dimana tempat perawatan itu berada.
- Kerjasama yang cukup banyak dengan masyarakat maupun pemerintah

Hambatan/Tantangan:

- Keberlanjutan pendanaan program, *treatment fee* yang menjadi sumber pendanaan TC sangat bergantung dari dibayar penuh tidaknya *fee* itu sendiri dan berapa banyak jumlah residen yang mengikuti program.
- Kondisi kesehatan klien yang sebagian besar adalah ODHA, membuat TC berbasis masyarakat harus memperluas dan memperkuat jaringan dengan layanan kesehatan pemerintah maupun swasta
- Sulitnya mencari profesional yang mau dibayar cukup rendah untuk membantu TC
- Pemberdayaan ekonomi untuk klien paska perawatan menjadi tantangan tersendiri karena sebagian besar dari mereka berasal dari keluarga yang tidak mampu khususnya untuk pengguna heroin.
- Stigma yang beredar di seputar pecandu adalah rehabilitasi itu penuh dengan kekerasan, mahal dan kaku sehingga membuat mereka enggan untuk masuk perawatan
- Belum pahamnya orang tua terhadap konsep kecanduan sebagai penyakit membuat orang tua menjadi apatis untuk memasukkan kembali anaknya yang *relapse* ke tempat perawatan
- Klien luar kota/ pulau tidak maksimal dalam pembinaan orangtuanya karena masalah jarak
- *Skill* konselor hanya berdasarkan pengalaman empiris
- Belum adanya sertifikasi bagi konselor adiksi sehingga banyak

pihak yang meragukan kerja mereka

- Idealnya program berbasis masyarakat didukung oleh pemerintah karena masyarakat adalah garis depan penanggulangan NARKOBA.
- Tidak bisa menampung semua alumni yang mempunyai ketertarikan untuk bekerja di tempat perawatan.
- Belum adanya asosiasi rehabilitasi berbasis masyarakat yang berguna untuk *share knowledge, update* pengetahuan.
- Penanganan masa detoksifikasi dan kesehatan terkait kecanduan yang sangat terbatas
- Kesulitan untuk menangani kasus *dual diagnose*

TC dengan Standar Keamanan Khusus

Model program TC yang menggunakan sistem keamanan yang maksimum (khusus), karena biasanya residen yang ada di dalam fasilitas tersebut merupakan hasil dari sistem peradilan kriminal (*compulsory*). Untuk itu sangat dibutuhkan sistem keamanan yang maksimal, mulai dari tahap awal (detoksifikasi) sampai dengan *re-entry*. Hal – hal yang perlu diperhatikan oleh program semacam ini adalah, **sistem keamanan fasilitas, keamanan staf dan keamanan residen dan penanganan bencana.**

Model TC yang menggunakan sistem keamanan khusus biasanya berada :

1. **Government model** (fasilitas pemerintah yang semua orang bisa masuk dan biasanya gratis).
2. **Prison model** (rumah tahanan / lembaga pemasyarakatan yang di setting khusus untuk terpidana narkoba).

Karakteristik umum :

Karakteristik umum pada program ini sama dengan program – program TC lain nya, dimana 12 *core function* (12 fungsi dasar) yang menjadi karakter program TC tetap dijalankan oleh program ini, yaitu *screening, intake, orientation, assessment, treatment planning, counseling, case management, crisis intervention, client education, referral, report & record keeping, consultation.*

Karakteristik Khusus pada program ini adalah

Sistem keamanan fasilitas :

a. Bangunan

Untuk bangunan yang digunakan pada program ini adalah bangunan yang permanen (kuat), agar tidak dapat mudah dirusak / dijebol oleh para residen untuk melarikan diri. Pintu, jendela dan atap perlu dilengkapi teralis. Sebaiknya pintu, jendela dan semua aliran listrik, dikendalikan dari luar (ruang staf).

b. Pagar / tembok

Pagar dan tembok sangat berpengaruh pada fasilitas seperti ini, sangat berbeda dengan fasilitas metode TC lainnya yang tidak menggunakan pagar / tembok yang tinggi. Mengingat residen berasal dari sistem peradilan kriminal, maka pagar / tembok yang kokoh / tinggi sangat diperlukan untuk meminimalisasi kemungkinan residen kabur.

c. CCTV / *two way mirror*

CCTV / *two way mirror* berfungsi sebagai monitoring pada tempat-tempat yang sulit / susah terjangkau setiap waktu (kamar mandi, ruang tidur, ruang cuci / jemur dan setiap tikungan dibangunan). Mengingat jumlah residen yang banyak dan luasnya fasilitas yang ada maka CCTV / *two way mirror* ini sangat berguna sekali.

Sistem keamanan staf :

- a. Pembekalan ilmu bela diri (karate, tae kwon do, aikido, dll) yang fungsinya hanya digunakan untuk membela diri dan melumpuhkan residen yang sudah mengancam keselamatan petugas (*security*, perawat dan konselor).
- b. Tim huru hara, tim ini bekerja khusus untuk keadaan *emergency* (eksodus, kudeta, dll) yang sifatnya melibatkan banyak residen (massal). Tim ini siaga selama 24 jam/ 7 hari dengan jadwal piket jaga.

SISTEM KEAMANAN RESIDEN

Prosedur *Spot Check*

Prosedur *Spot Check* adalah prosedur bagi petugas untuk melakukan pemeriksaan badan (termasuk pemeriksaan urin) dan barang bawaan kepada calon residen, residen, orangtua/keluarga, tamu, petugas Damping & Jangkau untuk mencegah terjadinya pelanggaran dalam pelaksanaan program.

A. Residen Baru

1. Petugas memberikan penjelasan kepada objek yang akan diperiksa tentang prosedur pemeriksaan.
2. Petugas meminta untuk menyerahkan seluruh barang bawaan.
3. Petugas meminta untuk melepas seluruh pakaian yang dikenakan saat itu termasuk aksesoris.
4. Sebelum melakukan pemeriksaan badan petugas harus menggunakan sarung tangan (*hand scoon*) dan masker
5. Petugas melakukan pemeriksaan badan dimulai dari kepala sampai ujung kaki termasuk mulut dengan cara berkumur dan dubur dengan cara jongkok berdiri minimal 3 kali. Pemeriksaan menggunakan alat bantu senter dan kaca pembesar.
6. Petugas meminta yang bersangkutan untuk mandi keramas (disiapkan shampoo dan sabun mandi) selanjutnya disiapkan pakaian seragam detoksifikasi.
7. Petugas mendampingi calon residen untuk dilakukan pemeriksaan fisik oleh petugas medis selanjutnya residen dilarang berinteraksi dengan keluarga/pengantar.
8. Setelah dilakukan pemeriksaan medis selanjutnya petugas mendampingi calon residen diantar ke ruang detoksifikasi.
9. Pencatatan barang bawaan dilakukan oleh petugas yang lain untuk dibuatkan daftar barang sebelum disimpan dalam gudang UGD dan disaksikan serta ditandatangani oleh keluarga/ pengantar.
10. Pada saat barang bawaan akan diambil (berdasarkan permintaan residen) setelah residen melanjutkan program

ke *primary* maka akan dilakukan *spot check* barang bawaan oleh petugas keamanan.

B. Spot Check Reguler

1. Petugas menjelaskan tentang tujuan pemeriksaan *spot check*
2. Pelaksanaan *Spot Check Reguler* di Pos Utama oleh petugas keamanan.
3. Dilaksanakan kepada residen yang memperoleh ijin untuk melakukan pemeriksaan medis (*medical pass*), ijin untuk urusan khusus (*bussiness pass*), cuti (*home leave*) atau kegiatan lain di luar fasilitas (*outside facility movement*).
4. Petugas meminta untuk menyerahkan seluruh barang bawaan.
5. Petugas meminta untuk melepas seluruh pakaian yang dikenakan saat itu, termasuk aksesoris yang dikenakan.
6. Sebelum melakukan pemeriksaan badan petugas harus menggunakan sarung tangan (*hand scoon*) dan masker, sebagai prasyarat prinsip kewaspadaan umum (*general precaution*)
7. Petugas melakukan pemeriksaan badan dimulai dari kepala sampai ujung kaki termasuk mulut dengan cara berkumur dan dubur dengan cara jongkok berdiri minimal 3 kali. Pemeriksaan menggunakan alat bantu senter dan kaca pembesar.
8. Setelah pemeriksaan dilaksanakan, khusus untuk residen *re-entry*, petugas menghubungi *mayor on duty* untuk melakukan pemeriksaan lebih lanjut.
9. Barang-barang yang dilarang masuk ke fasilitas dibuatkan daftar khusus (terlampir).

C. Spot Check untuk Kunjungan Tamu dan Keluarga.

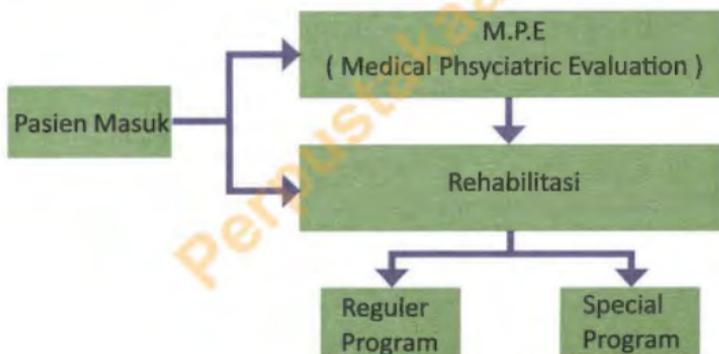
1. Pelaksanaan *Spot Check* untuk Kunjungan Tamu dan Keluarga di *TC House* oleh petugas keamanan (*security*).
2. Petugas menjelaskan tujuan pemeriksaan terhadap barang-barang bawaan yang dilarang.

3. Petugas meminta kepada pengunjung untuk menyimpan barang-barang bawaan di loker yang telah disediakan dan selanjutnya kunci dibawa sendiri.
4. Barang bawaan pengunjung yang ditiptkan dalam loker dapat diambil kembali setelah selesai kunjungan dan mengembalikan kunci kepada petugas.

TC Berbasis Rumah Sakit

Dalam penerapan *Therapeutic Community* berbasis rumah sakit ada beberapa hal yang patut diperhatikan khususnya pada kebutuhan klien akan masalah medis / psikis.

- Penyaringan dan asesmen kondisi medis klien menjadi prioritas utama
- Penempatan dan penerapan program disesuaikan dengan kondisi medis / psikis klien



Fase Detoksifikasi

- Lebih dikenal dengan nama MPE (*Medical Phsyiatric Evaluation*), yakni salah satu tahapan untuk melakukan pengobatan pada gejala putus zat yang timbul dilengkapi dengan pemeriksaan dan pengobatan medis dan/atau psikis
- Pengaplikasian skrining dan asesmen bagi kelanjutan program pasien yang bersangkutan sesuai keputusan team terkait

berdasarkan pada hasil pemeriksaan medis dan tes psikologi yang dilaksanakan

- Penentuan program dan tim yang bertanggung jawab terhadap klien pada saat klien masuk kedalam program rehabilitasi
- Durasi waktu berkisar antara 2-4 minggu tergantung pada kasus yang ditemui

Fase Rehabilitasi

○ **Reguler Program**

- Penerapan Program bagi klien yang dinilai mampu secara medis dan psikis untuk menerapkan keseluruhan program beserta perangkat yang diterapkan sesuai regulasi yang berlaku.
- Kondisi medis dan psikis tetap menjadi pertimbangan awal dan prioritas selama klien menjalani reguler program.
- Penerapan konsul medis setiap minggunya guna mengevaluasi dan menilai kondisi klien selama klien berada didalam reguler program

○ **Special program**

- Salah satu fasilitas yang dipersiapkan untuk menangani kasus-kasus khusus, terutama dalam penanganan kasus medis yang kurang baik dan/atau kondisi kejiwaan yang membutuhkan penanganan khusus.
- Regulasi dan jadwal harian lebih bersifat fleksibel dan sesuai dengan kapasitas dan kebutuhan masing-masing klien didalam special program.
- Peran dokter, psikiater, dan tim medis lebih ditekankan dengan tetap di lakukan supervisi harian oleh konselor yang ditunjuk

Multi Discipline Approach

Dalam penerapan TC berbasiskan Rumah Sakit, peran profesional dari disiplin ilmu lain sangat dibutuhkan, dalam hal ini keterkaitan profesional lain bukan lagi satu tindakan yang berdiri sendiri namun sudah menjadi satu bagian dari sebuah tim terapis.

Berdasarkan pengalaman yang dijalani oleh Instalasi rehabilitasi RSKO Jakarta, sampai dengan saat ini, tim terapis yang ada didalam

instalasi rehabilitasi terdiri dari :

- Psikiater
- Psikolog
- Dokter Umum
- Keperawatan
- Konselor

Sedangkan untuk dokter spesialis (Internis, Saraf, dll.) masih bersifat rujukan.

Peran dari seluruh profesional terkait sangat tampak jelas pada penerapan asesmen pada klien khususnya pada tahap MPE (Detoksifikasi). Penilaian dilakukan oleh seluruh tim terapis (dapat dilaksanakan secara bersama-sama atau bertahap sesuai bidang yang sedang difokuskan) dan hasil dari penilaian ini akan diangkat menjadi topik pada "*Case Conference*" guna menentukan penempatan klien didalam program rehabilitasi dan pematangan perencanaan terapi yang akan diterapkan pada klien.

Kendala

Berdasarkan pengalaman dari pendekatan ini, beberapa kendala yang terjadi adalah sebagai berikut:

- Kurang komunikasi dan kesalahpahaman antara profesional yang terkait
- Keterbatasan waktu bagi profesional yang memiliki kewajiban dan tanggung jawab lain diluar rehabilitasi
- Pemahaman nilai-nilai pemulihan yang berbeda diantara profesional yang terlibat didalam program rehabilitasi
- Konsistensi pelaksanaan rapat koordinasi (*case conference*), masih banyak disesuaikan dengan ketersediaan waktu dari tiap profesional yang terlibat, seringkali sulit memenuhi kebutuhan waktu klien, sehingga dapat mempengaruhi penerapan program.
- Pelaksanaan asesmen ulang dan evaluasi pada saat klien akan selesai program (*discharge*) yang masih kurang terkoordinasi, termasuk penyelesaian masalah administrasi klien, rujukan lanjutan medis, dan laporan kemajuan klien

Keuntungan

Adapun disamping itu, beberapa keuntungan dan manfaat yang diperoleh dengan penerapan pendekatan multidisiplin ini adalah :

- Efisiensi biaya yang harus dikeluarkan bagi klien dengan ketersediaan “Paket Program” seperti ini
- Efisiensi waktu bagi pelaksanaan pemeriksaan medis / psikis serta tindak lanjut medis dan psikis yang dibutuhkan klien
- Validitas data dan Informasi dari penilaian yang diberikan oleh tiap profesional terkait yang sangat berpengaruh terhadap tindak lanjut yang akan dilakukan.
- Peningkatan pengetahuan dan kapasitas dari masing-masing SDM yang terlibat
- Peningkatan kapasitas Instalasi dalam hal penerimaan kasus-kasus pada klien yang berkebutuhan khusus

Perpustakaan BINA

NARASUMBER

1. Dr. Al Bahri Husin, Sp.KJ
2. Dr. Benny Ardjil, Sp.KJ
3. Dr. Diah Setia Utami, Sp.KJ
4. Dr. Nanang A. Parwoto, Sp.KJ, MARS
5. Sharif Hamid
6. Faisal Afdhal

PENYUSUN

1. Dra. Riza Sarasvita, MSi, MHS, PhD
2. Dra. Mayda Wardianti, MSi
3. Anne Ivana, S.Psi
4. Narendra Narotama, ST
5. Ir. Ediani Rahardjanti, M.Si
6. Sri Bardiyati, S.Sos, M.Si
7. Mushlihah, S.Psi, M.Si
8. M. Retno Daru Dewi, S.Psi, M.Si
9. Mulyono, S.Sos
10. Suhartini Saragi, SKM
11. Achmad
12. Iqbal Rahman
13. Dody Nasrul
14. Subhan Hamonangan Panjaitan

KONTRIBUTOR

15. Desi Ari Susanto, AMK
16. Syaiful Bahri, Amd
17. Jarot Apriyanto
18. Wilis Wulandari

Perpustakaan BNN



BADAN NARKOTIKA NASIONAL
Jl. MT. Haryono No. 11
Cawang Jakarta Timur
Telp : +62 21 8087 1566, 8087 1567
Fax : +62 21 8088 5225, 8087 1591-92-93
website : www.bnn.go.id
Email : info@bnn.go.id

ISBN : 978-979-19124-4-0