



**PELATIHAN DASAR
BAGI PETUGAS TEKNIS
DI BIDANG REHABILITASI NARKOTIKA**

MODUL BAGI FASILITATOR

Rehabilitasi

| PERPUSTAKAAN BNN RI | |
|---------------------|---------------|
| TGL DITERIMA | : |
| No. INDUK | : 4889 |
| No. KODE BUKU | : 364.8 BAB P |
| SUMBER | : Sumbangan |
| HARGA BUKU | : |
| PARAF PETUGAS | : |

Perpustakaan BNN



**BADAN NARKOTIKA NASIONAL
REPUBLIK INDONESIA**

BUKU II

**PELATIHAN DASAR
BAGI PETUGAS TEKNIS
DI BIDANG REHABILITASI NARKOTIKA**

MODUL BAGI FASILITATOR

**DEPUTI BIDANG REHABILITASI
BADAN NARKOTIKA NASIONAL RI
2019**



Perpustakaan BNN

MODUL BAGI FASILITATOR

**PELATIHAN DASAR BAGI PETUGAS TEKNIS
DI BIDANG REHABILITASI NARKOTIKA**

TIM PENYUSUN

Pelindung : Kepala BNN
Sekretaris Utama BNN

Pengarah : Dra. Yunis Farida Oktoris, M.Si

Penyusun : Dr. dr. Diah Setia Utami, Sp.KJ, MARS
Dra. Riza Sarasvita, MHS, M.Si, Ph.D
Sri Bardiyati, S.Sos, M.Si
Mulyanto, M.Psi
dr. Elvina Katerin Sahunilawane, Sp.KJ
Dr. Aryati Hamzy, Sp.KJ
Vallendiah Ayuningtiyas, M.Psi
Slamet Fatrika Santoso, S.Psi
Vinna Caturinata, M.Psi
dr. Andhika Dian Mubarani
dr. Ni Putu Retno Ariani
dr. Linda Octarina, M.Si
Lince Siahaan, S.Kep, NERS
Chetty Paramita, A.Md, Kep
Kiki Retnowati, SKM
Fakhrizal
Stephanus Sucipto
Riswan
Eri Wibisono
Debby F. Hernawati, M.Psi, Psi
Tutik Hartini, SKM
drg. Putri Yulandari, Sp.KG

Kontributor : Drs. Sutarso, SH
dr. Yuli Astuti
dr. Hari Nugroho, M.Sc

Penerbit :
Deputi Bidang Rehabilitasi
Badan Narkotika Nasional RI
2019

ISBN : 978-623-90510-9-9



KATA SAMBUTAN

KEPALA BADAN NARKOTIKA NASIONAL

Dengan mengucapkan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan rahmat-Nya, Buku Pelatihan Dasar bagi Petugas Teknis Bidang Rehabilitasi Narkotika telah selesai disusun.

Sebagaimana mandat Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika, Badan Narkotika Nasional (BNN) diberikan kewenangan dan tugas untuk melaksanakan pencegahan, dan pemberantasan penyalahgunaan dan peredaran gelap narkotika dan prekursor narkotika serta menjadi *leading sector* dalam penanganan permasalahan narkotika. Sehubungan kewenangan dan tugas yang diemban, secara umum BNN memiliki 3 (tiga) inti tugas pokok atau pilar lembaga BNN, yaitu: (1) Menyusun dan melaksanakan kebijakan nasional mengenai pencegahan dan pemberantasan penyalahgunaan dan peredaran gelap narkotika dan prekursor narkotika; (2) Mencegah dan memberantas serta memberdayakan masyarakat dalam pencegahan penyalahgunaan dan peredaran gelap narkotika dan prekursor narkotika; (3) Meningkatkan kemampuan lembaga rehabilitasi medis dan rehabilitasi sosial pecandu narkotika, baik yang diselenggarakan oleh Pemerintah maupun masyarakat.

Saat ini, organisasi BNN memiliki instansi vertikal di Provinsi dan Kabupaten/ Kota. Pada wilayah Provinsi telah dibentuk 34 Unit Kerja BNN Provinsi, sedangkan di wilayah Kabupaten/ Kota telah terbentuk sebanyak 173 Unit Kerja BNN Kabupaten/ Kota. Dalam pelayanan bidang rehabilitasi, BNN juga memiliki 6 tempat rehabilitasi yang terdiri dari Balai Besar, Balai, dan Loka Rehabilitasi BNN. Berdasarkan struktur organisasi dan jabatan yang ada, BNN didukung dengan Sumber Daya Manusia yang terdiri dari PNS Organik, PNS DPK, Penugasan dari instansi TNI/ Polri, dan Tenaga Kerja Kontrak.

Dalam melaksanakan kewenangan dan tugasnya, BNN harus didukung oleh sumber daya organisasi yang memadai agar tugas dan fungsi dapat dilaksanakan secara optimal. Dengan kondisi kelembagaan sebagaimana tersebut di atas, maka BNN masih terus membutuhkan upaya pengembangan sesuai dengan

tuntutan tugas serta tanggung jawab yang diembannya. Salah satunya adalah upaya BNN dalam mengembangkan Sumber Daya Manusia yang tersedia secara cermat untuk mengoptimalkan pelaksanaan penanganan permasalahan narkoba sesuai dengan tujuan organisasi. Pengembangan SDM dalam bidang rehabilitasi dilakukan dalam rangka meningkatkan upaya pemulihan bagi penyalah guna dan korban penyalahgunaan narkoba agar dapat kembali ke masyarakat dengan kondisi pulih, produktif dan berfungsi secara sosial.

Buku ini merupakan upaya dalam menyediakan materi pelatihan dasar yang lebih komprehensif bagi petugas teknis agar para petugas memiliki persepsi dan pemahaman dasar yang sama dalam penanganan penyalahgunaan narkoba, khususnya dalam bidang rehabilitasi. Selaku Kepala Badan Narkotika Nasional, saya menyambut baik diterbitkannya buku ini. Saya berharap buku ini dapat menjadi sumber referensi praktis bagi semua pihak, khususnya bagi layanan rehabilitasi di Lingkungan BNN.

Kepada semua pihak yang telah turut serta dalam mendukung diterbitkannya buku ini, saya menyampaikan ucapan terimakasih atas kerjasamanya dalam menyusun buku ini. Buku ini diharapkan dapat dimanfaatkan secara optimal.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa senantiasa memberikan petunjuk-Nya kepada kita dalam mensukseskan program rehabilitasi dalam upaya penanganan penyalah guna narkoba untuk mewujudkan masyarakat Indonesia yang sehat dan produktif.

Jakarta, Agustus 2019

Kepala Badan Narkotika Nasional



Drs. Heru Winarko, SH



KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kita panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmat dan hidayah-Nya, Deputi Bidang Rehabilitasi Badan Narkotika Nasional dapat menyusun dan menerbitkan Buku II “Pelatihan Dasar Bagi Petugas Teknis di Bidang Rehabilitasi Narkotika”. Buku ini akan mengulas materi dasar dalam pelaksanaan skrining, asesmen, dan rencana intervensi bagi penyalah guna narkotika, gangguan fisik dan mental pada penyalah guna narkotika, penatalaksanaan konseling, pelibatan keluarga dalam rehabilitasi, dan pendokumentasian dalam layanan rehabilitasi.

Harapan kami, buku ini bisa menjadi acuan bagi para petugas teknis sehingga dapat mewujudkan keseragaman dan kesamaan dalam pelaksanaan layanan rehabilitasi di lingkungan Badan Narkotika Nasional.

Kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang terlibat, baik sebagai Narasumber, Tim Penyusun, Inspirator, dan Panitia yang telah bekerja menyusun buku ini. Buku ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu, kritik dan saran yang bersifat membangun sangat kami harapkan demi sempurnanya buku ini.

Jakarta, Agustus 2019

Deputi Rehabilitasi BNN


Dra. Yunis Farida Oktoris, M.Si



DAFTAR ISI

| | |
|--|-----------|
| Kata Sambutan | i |
| Kata Pengantar | iii |
| Daftar Isi..... | iv |
| Daftar Lampiran | vii |
| BAGIAN 1-KURIKULUM PELATIHAN | 1 |
| Pendahuluan | 2 |
| Tujuan Pelatihan | 2 |
| Ruang Lingkup | 2 |
| Batasan Buku..... | 3 |
| Publikasi..... | 3 |
| Struktur Program..... | 3 |
| Kualifikasi Narasumber | 3 |
| Kualifikasi Peserta..... | 4 |
| Persiapan Pelatihan | 4 |
| Peralatan Pendukung yang Dibutuhkan..... | 4 |
| Pre dan Post Test | 5 |
| Evaluasi..... | 5 |
| Lembar Evaluasi Pelatihan..... | 6 |
| Lembar Evaluasi Narasumber..... | 7 |
| BAGIAN II-MODUL PELATIHAN | 9 |
| MODUL I SKRINING, ASESMEN DAN RENCANA INTERVENSI..... | 10 |
| Deskripsi Singkat | 10 |
| Tujuan Pembelajaran | 10 |
| Indikator Hasil Belajar | 11 |
| Metode dan Alat Pembelajaran | 11 |
| Langkah Pembelajaran | 11 |
| Pokok Bahasan | 12 |
| Uraian Materi | |
| 1.Skrining | 13 |
| 1.1. Pengertian skrining..... | 13 |
| 1.2. Tujuan skrining | 13 |
| 1.3. Jenis instrumen | 13 |
| 1.4. Petunjuk pelaksanaan skrining | 15 |
| 1.5. Prosedur pelaksanaan skrining | 16 |
| 2.Asesmen | 17 |
| 2.1.Pengertian asesmen..... | 17 |
| 2.2.Tujuan asesmen | 18 |
| 2.3.Jenis asesmen..... | 18 |
| 2.4.Teknik pelaksanaan asesmen | 19 |
| 2.5. Prosedur pelaksanaan asesmen | 20 |
| 2.6. Prosedur melakukan asesmen dengan instrumen Formulir Asesmen Wajib Lapor (FAWL) atau Addiction Severity Index-Lite (ASI-Lite)..... | 22 |
| 3.Rencana intervensi | 24 |
| 3.1. Pengertian rencana intervensi | 24 |
| 3.2. Tujuan rencana intervensi | 24 |
| 3.3. Penyusunan rencana intervensi | 24 |
| 3.4. Komponen rencana intervensi | 25 |
| 3.5. Tahapan penyusunan rencana intervensi..... | 25 |
| Lembar Tugas/Latihan | 26 |
| Rangkuman | 26 |
| Referensi | 27 |



MODUL II GANGGUAN FISIK DAN MENTAL PADA GANGGUAN PENGGUNAAN ZAT

| | |
|--|----|
| Deskripsi Singkat | 28 |
| Tujuan Pembelajaran | 29 |
| Indikator Hasil Belajar | 29 |
| Metode dan Alat Pembelajaran | 29 |
| Langkah Pembelajaran | 29 |
| Pokok Bahasan | 30 |
| Uraian Materi..... | 31 |
| 1.Penyakit fisik pada individu dengan gangguan penggunaan zat..... | 32 |
| 1.1.Kegawatdaruratan medik..... | 32 |
| 1.1.1. Overdosis zat | 32 |
| 1.1.2. Gejala putus zat | 33 |
| 1.1.3. Gaduh gelisah | 33 |
| 1.1.4. Bunuh diri | 34 |
| 1.2. Penyakit infeksi akibat penggunaan zat | 35 |
| 1.2.1. TB paru..... | 35 |
| 1.2.2. Hepatitis B | 36 |
| 1.2.3. Hepatitis C kronik | 37 |
| 1.2.4. Infeksi menular seksual (IMS) | 38 |
| 1.2.5. HIV-AIDS | 41 |
| 1.2.6. Penyakit lain | 42 |
| 1.3. Penyakit non-infeksi akibat penggunaan zat | 43 |
| 1.3.1. Penyakit GERD | 43 |
| 1.3.2. Karies gigi..... | 43 |
| 1.3.3. Xerostomia | 44 |
| 2.Gangguan Mental Pada Individu Dengan GPZ..... | 44 |
| 2.1. Gangguan cemas | 46 |
| 2.2. Gangguan kepribadian | 47 |
| 2.3. Gangguan mood..... | 49 |
| 2.4. Skizofrenia..... | 51 |
| Lembar Tugas/Latihan | 52 |
| Rangkuman..... | 54 |
| Referensi | 55 |

MODUL III PENATALAKSANAAN KONSELING

| | |
|--|----|
| Deskripsi Singkat | 59 |
| Tujuan Pembelajaran | 60 |
| Indikator Hasil Belajar | 60 |
| Metode dan Alat Pembelajaran | 60 |
| Langkah Pembelajaran | 60 |
| Pokok Bahasan | 61 |
| Uraian Materi | |
| 1.Pengetahuan dasar konseling..... | 61 |
| 1.1. Definisi konseling..... | 61 |
| 1.2. Definisi hubungan terapeutik | 62 |
| 1.3. Karakteristik konselor | 62 |
| 1.4. Hambatan dalam konseling | 63 |
| 1.5. Hubungan yang harus dihindari dalam konseling | 63 |
| 2. Keterampilan dasar adiksi..... | 64 |
| 2.1. Membuka..... | 64 |
| 2.2. Mendengarkan..... | 65 |
| 2.3. Proses | 73 |
| 2.4. Merespon..... | 75 |
| 2.5. Terminasi..... | 78 |
| Lembar Tugas/Latihan | 79 |



| | |
|--|-----|
| Rangkuman..... | 80 |
| Referensi | 81 |
| MODUL IV PELIBATAN KELUARGA DALAM REHABILITASI | |
| Deskripsi Singkat | 82 |
| Tujuan Pembelajaran | 83 |
| Indikator Hasil Belajar | 83 |
| Metode dan Alat Pembelajaran | 83 |
| Langkah Pembelajaran | 83 |
| Pokok Bahasan | 84 |
| Uraian Materi | |
| 1. Konsep dasar pelibatan keluarga dalam rehabilitasi | 85 |
| 1.1. Pengertian keluarga | 85 |
| 1.2. Fungsi keluarga | 86 |
| 1.3. Pelibatan keluarga dalam terapi gangguan penggunaan narkotika..... | 87 |
| 1.4. Sistem keluarga | 87 |
| 1.4.1. Keluarga sebagai suatu sistem | 87 |
| 1.4.2. Struktur dalam sistem keluarga | 88 |
| 2. Pelibatan keluarga dalam rehabilitasi..... | 89 |
| 2.1. Dampak adiksi narkotika dalam keluarga | 89 |
| 2.2. Tantangan pada pelibatan keluarga dalam rehabilitasi | 90 |
| 2.2.1. Kodependensi | 91 |
| 2.3. Intervensi dalam pelibatan keluarga | 93 |
| 2.3.1. Terapi keluarga | 93 |
| 2.3.2. Edukasi keluarga..... | 97 |
| Lembar Tugas/Latihan | 104 |
| Rangkuman..... | 109 |
| Referensi..... | 109 |
| MODUL V PENDOKUMENTASIAN | |
| Deskripsi Singkat | 111 |
| Tujuan Pembelajaran | 111 |
| Indikator Hasil Belajar | 112 |
| Metode dan Alat Pembelajaran | 112 |
| Langkah Pembelajaran | 112 |
| Pokok Bahasan | 113 |
| Uraian Materi | |
| 1. Rekam rehabilitasi..... | 113 |
| 1.1. Pengertian rekam rehabilitasi | 113 |
| 1.2. Kegunaan rekam rehabilitasi | 114 |
| 1.3. Isi rekam rehabilitasi..... | 116 |
| 1.4. Kepemilikan rekam rehabilitasi | 119 |
| 1.5. Penyimpanan rekam rehabilitasi..... | 119 |
| 1.6. Pemusnahan rekam rehabilitasi | 120 |
| 1.7. Penyusutan rekam rehabilitasi..... | 121 |
| 1.8. Prosedur pemusnahan rekam rehabilitasi | 121 |
| 1.9. Kerahasiaan rekam rehabilitasi | 122 |
| 2. Pengisian rekam rehabilitasi | 122 |
| 2.1. Panduan pengisian rekam rehabilitasi | 122 |
| 2.2. Penomoran rekam rehabilitasi | 124 |
| Rangkuman..... | 126 |
| Referensi | 126 |

DAFTAR LAMPIRAN

| | |
|--|-----|
| Lampiran 1. RBPMP Skrining, Asesmen, dan Rencana Intervensi | 128 |
| Lampiran 2. SAP Skrining, Asesmen dan Rencana Intervensi..... | 131 |
| Lampiran 3. RBPMP Gangguan Fisik dan Mental Pada Gangguan Penggunaan Zat..... | 136 |
| Lampiran 4. SAP Gangguan Fisik dan Mental Pada Gangguan Penggunaan Zat | 139 |
| Lampiran 5. RBPMP Penatalaksanaan Konseling | 144 |
| Lampiran 6. SAP Penatalaksanaan Konseling | 147 |
| Lampiran 7. RBPMP Pelibatan Keluarga Dalam Rehabilitasi..... | 151 |
| Lampiran 8. SAP Pelibatan Keluarga Dalam Rehabilitasi | 153 |
| Lampiran 9. RBPMP Pendokumentasian | 158 |
| Lampiran 10. SAP Pendokumentasian..... | 161 |
| Lampiran 11. WHO-ASSIST V3.0 | 165 |
| Lampiran 12. Formulir Asesmen Wajib Laporan | 172 |



Perpustakaan BNN

BAGIAN I KURIKULUM PELATIHAN

Perpustakaan BNN



Pendahuluan

Buku ini merupakan panduan pelatihan dasar dalam peningkatan kapasitas bagi petugas teknis dalam layanan rehabilitasi sehingga para petugas dapat meningkatkan pengetahuan dan pemahaman dalam memberikan layanan rehabilitasi yang baik dan benar kepada pecandu dan korban penyalahgunaan narkotika yang berada di lembaga rehabilitasi lingkungan BNN.

Modul ini mempertimbangkan kebutuhan, peraturan, prinsip, dan ketersediaan sumber daya dalam penyelenggaraan rehabilitasi bagi pecandu dan korban penyalahgunaan narkotika. Hal ini mengingat program rehabilitasi yang diberikan harus memenuhi kebutuhan individu. Modul ini ditulis untuk praktisi dan penyedia layanan yang memberikan perawatan ketergantungan narkotika.

Beberapa materi di dalam modul ini diadaptasi, dikutip dan dikembangkan dari beberapa literatur lain terkait penyelenggaraan rehabilitasi bagi pecandu dan korban penyalahgunaan narkotika. Proses ini dilakukan oleh Tim Kerja dari BNN.

Tujuan Pelatihan

Memberikan panduan materi dasar dan edukasi tentang skrining, asesmen, dan rencana intervensi, gangguan fisik dan mental pada gangguan penggunaan zat, penatalaksanaan konseling, pelibatan keluarga dalam layanan rehabilitasi, serta pendokumentasian sebagai pembekalan peserta agar peserta dapat:

1. Meningkatkan pengetahuan dan mengaplikasikan skrining, asesmen, rencana intervensi, dan konseling
2. Mengembangkan pemahaman mengenai gangguan fisik dan mental pada gangguan penggunaan zat
3. Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan petugas dalam pelibatan keluarga dan pendokumentasian di layanan rehabilitasi.

Ruang Lingkup

Buku pelatihan dasar ini dikemas dalam 5 (empat) materi dasar, yaitu skrining, asesmen, dan rencana intervensi, gangguan fisik dan mental pada gangguan penggunaan zat, penatalaksanaan konseling, pelibatan keluarga dalam layanan rehabilitasi, serta pendokumentasian.

Dibutuhkan waktu efektif pelaksanaan pelatihan selama setidaknya 5 (lima) hari efektif. Jadwal lengkap dari pelatihan ini terlampir pada bagian lain di modul ini. Pelatihan ini menggunakan metode pembelajaran dengan pendekatan yang mendorong para peserta untuk berpartisipasi aktif melalui beberapa hal, seperti:

- Presentasi dan curah pendapat;
- Aktifitas belajar kreatif terarah dengan sesama peserta lainnya;
- Diskusi terarah;
- Latihan bermain peran.

Partisipasi aktif Anda dalam pelatihan ini merupakan hal yang sangat penting untuk membuat pelatihan ini menjadi pengalaman belajar yang produktif dan bermanfaat.



Batasan Buku

Buku ini merupakan buku pelatihan dasar peningkatan kemampuan petugas teknis rehabilitasi dalam pelaksanaan rehabilitasi bagi pecandu dan penyalah guna narkotika.

Publikasi

Seluruh materi di dalam buku ini, kecuali yang diambil langsung dari sumber hak ciptanya, merupakan domain publik yang dapat diproduksi atau diperbanyak untuk tujuan non-komersial tanpa ijin dari BNN. Namun demikian, buku ini tidak dapat diproduksi atau didistribusikan untuk dijual atau kepentingan komersil lain, mencakup digunakan dalam pelatihan atau peningkatan kapasitas, tanpa izin resmi dari BNN. Kutipan dari sumber-sumber di buku ini wajib dihargai, sesuai dengan etika dalam mempublikasi informasi kepada khalayak.

Struktur Program

| NO | MATERI | WAKTU | | | JML |
|----|--|-------|---|----|--------------|
| | | T | P | PL | |
| 1 | Skrining, asesmen, dan rencana intervensi | - | - | - | 6 JP |
| 2 | Gangguan fisik dan mental pada gangguan penggunaan zat | - | - | - | 6 JP |
| 3 | Penatalaksanaan konseling | - | - | - | 3 JP |
| 4 | Pelibatan keluarga dalam layanan rehabilitasi | - | - | - | 3 JP |
| 5 | Pendokumentasian | - | - | - | 3 JP |
| | SUB TOTAL | - | - | - | 21 JP |

Keterangan:

Waktu = 1 Jam Pembelajaran (jpl) = 45 menit

T = Teori, P = Penugasan, PL = Praktik Lapangan

Kualifikasi Narasumber

Fasilitator yang dicalonkan dan menjadi narasumber dari buku ini harus merupakan profesional yang memiliki latar belakang pendidikan dan pengalaman pekerjaan yang terkait erat dengan topik dari buku ini dan juga memiliki pengalaman menjadi fasilitator dalam pelatihan publik sebelumnya, agar dapat memahami dan mampu menjelaskan kembali dengan baik materi-materi yang ada kepada para peserta. Fasilitator untuk pelatihan ini harus memiliki beberapa syarat pengetahuan dan keterampilan seperti berikut ini:

- Pengetahuan atas penerapan dari konten kurikulum dan mampu mengikuti perkembangan pengetahuan dan kebijakan khususnya dalam layanan rehabilitasi.
- Pengalaman dan kemampuan menggunakan teknik mengajar seperti yang digunakan pada modul pelatihan ini.
- Kemampuan untuk memfasilitasi pembelajaran peserta, termasuk penggunaan beragam aktifitas kelompok, curah pendapat, studi kasus dan simulasi praktek..
- Kemampuan untuk bekerja sama tim dan juga peserta dengan sikap empati, terbuka, tidak menghakimi dan tidak mendiskriminasi.



Kualifikasi Peserta

Jumlah peserta pelatihan efektif (yang membuat proses belajar menjadi dinamis dan saling memberi manfaat) berjumlah maksimal 25 (dua puluh lima) orang per kelasnya. Kurang atau lebih dari jumlah itu akan mengurangi efektifitas dari pelaksanaan pelatihan.

Persiapan Pelatihan

Pelatihan dilakukan di fasilitas yang memiliki ruang pertemuan yang kondusif (bebas gangguan), nyaman, dengan peralatan pendukung yang berfungsi baik dan mampu untuk menampung semua peserta dalam 1 (satu) kelas pelatihan, maupun dalam kelompok-kelompok kecil. Tempat duduk peserta sebaiknya dibuat dalam format meja bundar (*round table*) dengan masing-masing meja terdiri dari 5- 6 (lima hingga enam) orang peserta atau format huruf "U" (*u-shape*), dengan syarat memiliki kursi yang terintegrasi dengan meja lipat untuk peserta menulis atau meletakkan buku, untuk mengefektifkan proses diskusi dan pembelajaran selama pelatihan berlangsung. Ruang pelatihan juga harus memiliki luas yang cukup dan dapat memberikan privasi untuk melakukan aktifitas, seperti bermain peran, simulasi dan kegiatan lainnya.

Narasumber juga diharapkan untuk dapat bertindak kreatif dalam membawakan sesi, seperti mendorong peserta untuk membuat presentasi atau poster dengan warna dan ornamen yang menarik, memanfaatkan bahan-bahan atau alat tulis yang tersedia. Presentasi mencakup konsep-konsep penting dari topik yang dibahas. Sebagai contoh lain, narasumber juga diperbolehkan memperdengarkan musik ketika peserta memasuki ruang pelatihan, ketika jeda dan selama beberapa kegiatan (jika sesuai dengan topik dan pendekatan pelatihan). Tujuan utamanya adalah menciptakan suasana yang cair, akrab dan nyaman untuk peserta.

Hidangan ringan, mencakup permen, teh, kopi dan air minum lainnya, diharapkan tersedia selama istirahat, untuk penyegaran dan mendorong peserta untuk berbaur maupun berbicara dengan sesama peserta lainnya.

Narasumber juga sebaiknya membantu panitia dan peserta terkait informasi-informasi pendukung yang dibutuhkan oleh peserta, mencakup jadwal pelatihan, lokasi untuk makan siang dan lain-lain.

Peralatan Pendukung yang Dibutuhkan

- Proyektor presentasi (LCD Projector) dan layarnya.
- Komputer jinjing (Laptop); disarankan membawa alat pengganti slide jarak jauh (clicker) untuk mempermudah narasumber dalam mengajar.
- Pengeras suara nirkabel (MIC wireless).
- Papan presentasi (*flip chart*) beserta kertasnya.
- Spidol khusus untuk *flip chart* (mata spidol besar).
- Spidol warna-warni khusus untuk *white board* (marker).
- Buku panduan peserta (modul pelatihan).
- Alat tulis peserta; minimal terdiri dari pulpen dan buku untuk mencatat.
- Selotip kertas dan lem kertas.
- Gunting.
- Kertas *post-it* warna warni.

Pre dan Post Tes

Sebagai salah satu indikator keberhasilan pelatihan, perlu diberikan pre tes sebelum dimulainya pelatihan dan post tes sesudah dilakukan pelatihan. Adapun pre dan post test terpisahkan dari lampiran ini.

Evaluasi

Untuk mengetahui sejauh mana proses pelatihan yang dilakukan bermanfaat bagi peserta dan juga sebagai bahan masukan untuk peningkatan proses pelatihan kedepannya, maka diperlukan sebuah alat ukur untuk dapat mengetahuinya. Dibawah ini merupakan instrumen evaluasi yang dapat digunakan selama pelatihan.

Perpustakaan BNN

Lembar Evaluasi Pelatihan

| Berikan penilaian dengan cara mengisi kolom angka (1 – 5) sesuai dengan pendapat Anda | Sangat Setuju | Setuju | Ragu-ragu | Tidak Setuju | Sangat Tidak Setuju |
|---|---------------|--------|-----------|--------------|---------------------|
| Pelaksanaan Pelatihan | | | | | |
| Metode dan sesi pelatihan dilakukan dengan cara yang menarik dan menyenangkan | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Banyak pengetahuan maupun keterampilan baru yang saya dapat dari pelatihan ini | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Topik pelatihan sesuai dan bermanfaat untuk pekerjaan saya | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Metode yang digunakan memudahkan saya dalam lebih memahami materi pelatihan | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Buku panduan pelatihan membantu saya dalam memahami materi pelatihan | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Fasilitas pelatihan (ruang pelatihan, <i>sound system</i> , dll) menunjang proses pelatihan | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Pelayanan yang diberikan selama pelatihan memuaskan (mencakup makanan, dll) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Secara keseluruhan pelatihan berlangsung menarik dan dikelola dengan baik | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Harap lengkapi pernyataan di bawah ini! | | | | | |
| Modul yang paling menarik dan paling bermanfaat untuk diri saya adalah (tuliskan judulnya): | | | | | |
| Modul yang kurang menarik dan kurang bermanfaat untuk diri saya adalah (tuliskan judulnya): | | | | | |
| Untuk pelatihan berikutnya, saya mengusulkan adanya perubahan dalam hal: | | | | | |
| Materi lain yang ingin saya ketahui di pelatihan berikutnya: | | | | | |

Lembar Evaluasi Narasumber

| Nama Narasumber | A | B | C | D | E | F |
|-----------------|---|---|---|---|---|---|
| Contoh: XXX | 8 | 9 | 9 | 9 | 8 | 9 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Domain penilaian:

- A. Cara penyampaian materi
- B. Penguasaan materi
- C. Cara berinteraksi
- D. Penggunaan alat bantu pelatihan
- E. Manajemen waktu
- F. Kerapihan diri

Kriteria penilaian:

- 1 – 2 = Tidak baik
- 3 – 4 = Kurang baik
- 5 – 6 = Rata-rata
- 7 – 8 = Baik
- 9 – 10 = Sangat baik

Kritik dan Saran Lainnya Secara Keseluruhan:

Perpustakaan BNN

BAGIAN II

MODUL

PELATIHAN

Perpustakaan BNN



Kegiatan Belajar: 1

SKRINING, ASESMEN KOMPREHENSIF DAN RENCANA INTERVENSI

① 6 JP = 270 Menit

DESKRIPSI SINGKAT

Gangguan penggunaan narkoba merupakan masalah yang kompleks. Identifikasi secara komprehensif sangat diperlukan dalam menilai bagaimana derajat penggunaan narkoba seseorang. Identifikasi dilakukan melalui wawancara awal untuk mendapatkan informasi dari klien dan keluarganya. Identifikasi merupakan tahapan yang penting untuk melihat karakteristik pengguna, permasalahan yang dihadapinya karena kebutuhan terapi setiap klien berbeda. Agar dapat melakukan identifikasi, petugas dapat menggunakan minimal satu instrumen penilaian agar data yang didapat akurat. Salah satu cara identifikasi yang paling sederhana adalah melakukan skrining. Apabila dari hasil skrining, klien dinyatakan pengguna narkoba, maka pemeriksaan lanjutannya adalah asesmen yang akan dilakukan secara komprehensif. Hasil asesmen ini akan menjadi dasar menentukan rencana terapi yang sesuai kebutuhan klien. Rencana terapi yang akan diterima setiap klien dapat berbeda karena kebutuhan terapi setiap klien berbeda. Asesmen yang dilakukan secara detail, sistematis, dan komprehensif sangat membantu penentuan terapi yang tepat bagi klien. Modul ini secara khusus akan membahas berbagai pokok bahasan, yaitu skrining, asesmen, dan rencana intervensi.

TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah mempelajari modul ini, peserta diharapkan dapat menjelaskan mengenai skrining, asesmen, dan rencana intervensi.

INDIKATOR HASIL BELAJAR

Setelah mengikuti pembelajaran ini, peserta diharapkan dapat:

1. Menjelaskan tentang skrining
2. Menjelaskan tentang asesmen
3. Menjelaskan tentang rencana intervensi

METODE DAN ALAT PEMBELAJARAN

Metode : ceramah interaktif, tanya jawab, curah pendapat, diskusi kasus, permainan, pre dan post test

Alat pembelajaran: bahan tayang, multimedia, spidol, kertas, alat tulis, lembar pre dan post test

LANGKAH PEMBELAJARAN

1. Fasilitator mengucapkan salam pembuka, memimpin doa, dan memperkenalkan diri.
2. Fasilitator menciptakan suasana kelas yang kondusif (*ice breaking*) dengan permainan “marina, menara, menari”.
3. Fasilitator menjelaskan tujuan pembelajaran dan indikator hasil belajar.
4. Fasilitator meminta peserta pelatihan mengungkapkan pengetahuannya tentang skrining.
5. Fasilitator menjelaskan pengertian dan tujuan skrining.
6. Fasilitator menjelaskan jenis instrumen skrining.
7. Fasilitator menjelaskan petunjuk dan prosedur pelaksanaan skrining.
8. Fasilitator meminta peserta pelatihan mengungkapkan pengetahuannya tentang asesmen.
9. Fasilitator menjelaskan pengertian dan tujuan asesmen.
10. Fasilitator menjelaskan jenis asesmen.

11. Fasilitator menjelaskan teknik dan prosedur asesmen.
12. Fasilitator menjelaskan pengertian dan tujuan rencana intervensi.
13. Fasilitator menjelaskan penyusunan, komponen, dan tahapan penyusunan rencana intervensi.
14. Fasilitator menjelaskan tentang pengisian ASSIST berdasarkan kasus yang ditampilkan.
15. Fasilitator membuat rangkuman bersama peserta.
16. Fasilitator melaksanakan evaluasi pembelajaran secara umum.
17. Fasilitator acara dengan ucapan terima kasih dan memberikan apresiasi kepada peserta.

POKOK BAHASAN

Dalam modul ini akan dibahas pokok bahasan dan subpokok bahasan berikut:

Pokok Bahasan 1. Skrining

- 1.1. Pengertian skrining
- 1.2. Tujuan skrining
- 1.3. Jenis instrumen
- 1.4. Petunjuk pelaksanaan skrining
- 1.5. Prosedur pelaksanaan skrining

Pokok Bahasan 2. Asesmen

- 2.1. Pengertian asesmen
- 2.2. Tujuan asesmen
- 2.3. Jenis asesmen
- 2.4. Teknik pelaksanaan asesmen
- 2.5. Prosedur pelaksanaan asesmen
- 2.6. Prosedur melakukan asesmen dengan instrumen Formulir Asesmen Wajib Lapor (FAWL) atau *Addiction Severity Index- Lite version* (ASI-Lite)

Pokok Bahasan 3. Rencana intervensi

- 3.1. Pengertian rencana intervensi
- 3.2. Tujuan rencana intervensi
- 3.3. Penyusunan rencana intervensi
- 3.4. Komponen rencana intervensi
- 3.5. Tahapan penyusunan rencana intervensi

URAIAN MATERI

1. Skrining

1.1. Pengertian Skrining

Skrining merupakan penilaian awal yang dapat menunjukkan kemungkinan adanya kondisi spesifik penggunaan narkoba. Skrining juga merupakan suatu prosedur atau teknik yang digunakan untuk menggambarkan indikator risiko, menetapkan kemungkinan terdapatnya masalah atau hal yang perlu diperhatikan, dan mengidentifikasi adanya kebutuhan evaluasi lanjutan. Skrining juga merupakan proses pendeteksian kasus/ kondisi kesehatan tertentu pada populasi sehat sebagai upaya untuk pendeteksian dini bagi kelompok risiko tinggi.

1.2. Tujuan Skrining

Skrining bertujuan untuk menentukan ada atau tidaknya masalah, memberikan kesempatan untuk dilakukannya edukasi dan intervensi dini, memberikan peringatan kepada penyedia layanan akan risiko interaksi medikasi atau aspek terapi lainnya, dan mengurangi tingkah laku risiko tinggi pada orang yang tidak mengalami ketergantungan.

1.3. Jenis Instrumen

Jenis instrumen yang digunakan dalam skrining adalah: *Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)*, *Drug Abuse Screening Test (DAST-10)*, *Cutdown Annoyed Guilty Eye-opener (CAGE)*, *Tolerance Worried*

Eye-opener Amnesia K/Cutdown (TWEAK), Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), dan Car Relax Alone Forget Friends Trouble (CRAFFT). Tiga instrumen yang sudah diadaptasi dalam bahasa Indonesia dan digunakan di Indonesia adalah ASSIST, DAST 10 dan AUDIT.

Tabel 1. Perbandingan Jenis Instrumen Skrining

| Jenis Instrumen | Tujuan | Metode Penilaian | Sasaran |
|---|---|--|-----------------------------------|
| Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) | Mendeteksi dan memberikan gambaran umum tentang penggunaan narkotika | Wawancara, penilaian diri, dan skoring | Orang dewasa (usia 18 – 60 tahun) |
| Drug Abuse Screening Test (DAST-10) | Mendeteksi dan memberikan gambaran terkait penggunaan narkotika dalam 12 bulan terakhir. Instrumen ini tidak digunakan untuk mendeteksi rokok dan alkohol | Penilaian diri dan skoring | Remaja akhir dan dewasa |
| Cutdown Annoyed Guilty Eye-opener (CAGE) | Mengidentifikasi resiko penggunaan alkohol | Wawancara penilaian diri, dan skoring | Remaja > 16 tahun dan dewasa |
| Tolerance Worried Eye-opener Amnesia K/Cutdown (TWEAK) | Mengidentifikasi resiko penggunaan alkohol | Wawancara, penilaian diri, dan skoring | Wanita hamil |

| | | | |
|--|--|--|---------------------------|
| Alcohol Use Disorders Identificati-on Test (AUDIT) | Mengidentifikasi gangguan penggunaan alkohol | Wawancara, penilaian diri, dan skoring | Remaja dan dewasa |
| Car Relax Alone Forget Friends Trouble (CRAFFT) | Mengidentifikasi penggunaan narkoba, resiko membawa kendaraan terkait penggunaan narkoba, dan gangguan akibat penggunaan zat | Penilaian diri dan skoring | Populasi usia 12-21 tahun |

1.4. Petunjuk Pelaksanaan Skrining

Skrining dilakukan pada populasi umum yang belum diketahui riwayat penggunaan narkotikanya. Skrining merupakan bagian dari proses penerimaan awal ketika calon klien datang ke pelayanan rehabilitasi. Skrining dilaksanakan dengan menggunakan instrumen singkat yang valid dan cepat untuk mendapatkan informasi mengenai suatu faktor risiko dan/atau masalah yang terkait dengan penggunaan zat yang adiktif. Hasil skrining adalah gambaran umum mengenai taraf permasalahan klien yang terkait dengan penggunaan narkotikanya. Skrining dilaksanakan sesuai dengan perbedaan tipe calon klien. Terdapat 2 (dua) kriteria calon klien, yaitu sukarela (*voluntary*) dan rujukan/putusan pengadilan (*compulsary*).

a. Skrining pada klien yang datang atas kemauan sendiri dilakukan menggunakan instrumen singkat. Pada klien yang hasil skriningnya adalah risiko rendah atau tidak ada risiko, maka klien akan diberikan edukasi singkat tentang gangguan penggunaan narkoba dan pencegahannya dalam durasi 5-30 menit. Sedangkan jika hasil skrining menunjukkan risiko sedang dan risiko

berat, serta memenuhi indikasi untuk rawat inap, maka klien akan melanjutkan ke proses asesmen.

b. Skrining pada klien rujukan atau putusan pengadilan

Proses skrining dilakukan oleh lembaga yang merujuk. Klien/ pengantar menyerahkan dokumen pendukung. Bagi klien rujukan: hasil skrining, surat rujukan, dan surat tugas akan langsung dibawa oleh petugas lembaga saat melakukan perujukan. Sedangkan bagi klien putusan pengadilan: surat perintah, berita acara putusan/ penetapan pengadilan akan dibawa oleh pihak kejaksaan dan berita acara serah terima akan dibuat dan ditandatangani oleh petugas di fasilitas rehabilitasi yang menerima dengan pihak kejaksaan. Bagi klien titipan penyidik atau jaksa: klien akan diantar oleh penyidik atau jaksa yang berwenang dengan membawa surat rekomendasi Tim Asesmen Terpadu (TAT), kemudian penandatanganan berita acara serah terima antara fasilitas rehabilitasi yang menerima dengan pihak penyidik atau jaksa.

1.5. Prosedur Pelaksanaan Skrining

Langkah-langkah petugas dalam melakukan skrining pada calon klien yang datang, adalah:

- a. Petugas menyiapkan instrumen skrining yang akan digunakan (disesuaikan dengan kebutuhan dan tujuan yang diharapkan).
- b. Petugas memberikan penjelasan kepada klien tentang tujuan instrumen yang akan digunakan.
- c. Petugas memberikan penjelasan kepada klien tentang tata cara pengisian instrumen.
- d. Petugas membacakan instruksi pemeriksaan sesuai dengan instrumen yang digunakan.
- e. Petugas memandu klien dalam mengisi instrumen atau petugas dapat melakukan wawancara sesuai pertanyaan yang ada dalam instrumen.

- f. Petugas menjelaskan istilah umum atau terminologi yang terdapat di dalam instrumen.
- g. Petugas menjelaskan bahwa hasil wawancara bersifat rahasia.

2. Asesmen

Asesmen terhadap pecandu dan korban penyalahgunaan narkotika dilakukan secara menyeluruh, baik biologis, psikologis dan sosial. Model pendekatan ini akan mengungkap faktor-faktor yang terkait, yaitu: pertama, faktor biologis seperti kondisi fisik dan riwayat penyakit yang pernah dideritanya. Kedua, faktor psikologis seperti kondisi pikiran, emosional, sikap, dan kondisi sosial klien termasuk hubungan klien dengan lingkungan sosialnya. Kombinasi risiko tinggi dari faktor biologis, psikologis dan sosial dapat menyebabkan seseorang menjadi pengguna, pecandu dan pengguna narkotika. Kondisi ini harus dipahami oleh petugas asesmen dan pihak terkait lainnya yang terlibat dalam proses pemulihan klien. Melalui asesmen, petugas diharapkan dapat mengetahui hal-hal yang berhubungan dengan klien, seperti pola penggunaan zat, hubungan sosial, kebutuhan, kondisi fisik dan psikologis serta potensi yang dimiliki oleh klien untuk menunjang proses pemulihan.

2.1. Pengertian Asesmen

Asesmen adalah proses pengumpulan informasi yang hasilnya akan digunakan sebagai dasar untuk pengambilan keputusan yang nantinya akan dikomunikasikan dengan pihak-pihak terkait oleh asesor. (Nitzel, dkk 1998) Sedangkan dalam konteks pemulihan, asesmen dapat didefinisikan sebagai proses yang dilakukan secara sistematis dalam mengumpulkan data dan informasi sehingga dapat mengukur tingkat ketergantungan narkotika saat ini, mengetahui masalah-masalah yang terkait dan mengidentifikasi hambatan serta potensi yang dimiliki klien selama menjalani pemulihan. Hasil asesmen akan menentukan jenis terapi dan rehabilitasi yang diperlukan sesuai kondisi obyektif klien.

2.2. Tujuan Asesmen

Asesmen bertujuan untuk mengidentifikasi pola atau riwayat penggunaan narkoba, fungsi sosial dan psikologis klien, masalah-masalah yang terjadi akibat penggunaan narkoba, menentukan tingkat keparahan penggunaan dan tingkat kematangan serta kesiapan klien untuk melaksanakan terapi, memastikan ada tidaknya gangguan kejiwaan, dan menentukan model intervensi atau kebutuhan terapi, serta untuk mengevaluasi sumber daya yang dapat digunakan klien dalam mengatasi permasalahannya.

2.3. Jenis Instrumen

Instrumen yang digunakan dalam asesmen adalah *Addiction Severity Indeks* (ASI). Indeks memodifikasi instrumen tersebut menjadi Formulir Asesmen Wajib Laporan (FAWL). Sedangkan instrumen tambahan yang dapat digunakan dalam asesmen adalah *University of Rhode Island Change Assesment* (URICA) dan *The World Health Organization Quality of Life* (WHO-QoL).

Tabel 2. Perbandingan Jenis Instrumen Untuk Asesmen

| Jenis Asesmen | Tujuan | Metode Penilaian |
|---|---|-----------------------|
| <i>Addiction Severity Indeks-Lite version</i> (ASI-Lite) atau Formulir Asesmen Wajib Laporan (FAWL) | Mengidentifikasi pola/ riwayat penggunaan narkoba, fungsi sosial dan psikologis serta kebutuhan terapi secara umum, Menentukan tingkat keparahan gangguan penggunaan narkoba. Menentukan ada tidaknya gangguan kejiwaan | Wawancara dan skoring |

| | | |
|---|--|--|
| <i>University of Rhode Island Change Assesment (URICA)</i> | Mengukur tahap perubahan perilaku dan tahapan kesiapan klien | Wawancara, penilaian diri, dan skoring |
| <i>The World Health Organizati-on Quality of Life (WHO-QoL)</i> | Mengukur kualitas hidup klien gangguan penggunaan narkotika | Penilaian diri dan skoring |

2.4. Teknik Pelaksanaan Asesmen

Asesmen dilakukan pada klien yang dalam kondisi intoksikasi (berada dalam pengaruh narkotika) berat, tidak mengalami gejala putus zat berat, tidak mengalami gangguan fisik dan mental yang dapat mengganggu konsentrasi serta kemampuan klien dalam memahami dan menjawab pertanyaan. Waktu pelaksanaan asesmen adalah awal klien masuk program, sedang menjalani program dan menjelang program berakhir. Biasanya asesmen dilakukan pertama kali pada saat klien datang ke layanan. Pada klien yang datang dalam kondisi yang tidak memungkinkan asesmen dilakukan (misalnya: intoksikasi akut, gejala putus zat yang berat), asesmen awal bisa dilakukan dalam dua minggu pertama perawatan. Teknik melakukan asesmen adalah:

- a. Petugas melakukan wawancara dan mengobservasi perilaku klien selama proses wawancara.
- b. Petugas melakukan wawancara dan mengobservasi sumber terkait, seperti keluarga, teman, karyawan, dan sumber rujukan lainnya.
- c. Petugas mengisi instrumen sesuai dengan jawaban yang diberikan oleh klien.
- d. Petugas melakukan pemeriksaan fisik secara menyeluruh.

Prinsip-prinsip yang harus diperhatikan petugas pada saat melakukan asesmen, yaitu:



- a. **Penerimaan**
Petugas menerima klien apa adanya.
- b. **Kerahasiaan**
Data, informasi dan fakta-fakta harus dijaga kerahasiaannya. Petugas tidak boleh menyebarkan data kepada siapapun yang tidak berhak.
- c. **Individualiasi**
Setiap klien memiliki pribadi unik, sehingga klien harus diperlakukan sesuai dengan kebutuhannya.
- d. **Menghormati hak individu**
Petugas harus memahami bahwa selama wawancara, klien akan menentukan sendiri tentang kebutuhan atau masalahnya, cara memenuhi kebutuhan dan memecahkan masalahnya sendiri.
- e. **Tidak menghakimi**
Petugas tidak mencap/ melabel klien.
- f. **Berbasis bukti atau faktual**
Petugas memahami bahwa semua pernyataan masalah harus berdasarkan bukti-bukti dan ada fakta yang mendukung.
- g. **Kesadaran diri**
Petugas harus menyadari kekurangan dirinya dalam memberikan pertolongan kepada klien.

Asesmen diulang secara periodik agar dapat mengidentifikasi masalah-masalah baru sehingga membantu proses pengawasan keberhasilan terapi rehabilitasi klien. Saat melakukan asesmen lanjutan, fokus perhatian terutama diberikan pada indikator-indikator perubahan perilaku.

2.5. Prosedur Pelaksanaan Asesmen

Langkah-langkah petugas dalam melaksanakan asesmen adalah:

1. Melakukan perencanaan;
2. Menyiapkan instrumen yang akan digunakan;
3. Menyiapkan pedoman wawancara dan observasi;



4. Menyiapkan jadwal/ waktu pelaksanaan asesmen;
5. Menentukan tempat dilaksanakan asesmen;
6. Melakukan koordinasi dengan lembaga terkait seperti Puskesmas, Rumah Sakit, lembaga pendidikan, dunia usaha, dan lain-lainnya;
7. Mengumpulkan data;
8. Membangun hubungan baik dengan klien;
9. Menyiapkan diri untuk peka terhadap kondisi fisik, mental emosional klien, artinya bahwa jika kondisi klien mengalami situasi dan kondisi yang kurang baik, maka seorang pekerja sosial tidak boleh memaksakan diri untuk menggali informasi terhadap klien;
10. Menjelaskan pentingnya asesmen psikososial bagi klien, yaitu untuk kepentingan memberikan terapi/ penanganan lanjutan demi kepentingan terbaik klien;
11. Melakukan pengisian instrumen;
12. Melakukan observasi kepada klien;
13. Melakukan pencatatan dan perekaman selama pelaksanaan;
14. Melakukan proses data;
15. Menganalisa/ mengolah data hasil instrumen;
16. Memeriksa semua data yang sudah diperoleh secara satu persatu dan dicocokkan dengan situasi serta kondisi klien pada saat observasi dan wawancara;
17. Menyimpulkan hasil analisa data;
18. Mengklarifikasi data dengan situasi dan kondisi klien maupun sumber-sumber informasi lain untuk mendapatkan data yang akurat;
19. Menentukan masalah klien;
20. Mengkomunikasikan data atau menyampaikan hasil asesmen kepada pihak-pihak terkait seperti: petugas lain yang terkait dengan permasalahan klien, pihak kepolisian jika penyalah guna narkoba terkait dengan kasus hukum; dan

21. Menyimpan data ke dalam file untuk menjaga kerahasiaan klien.

2.6. Prosedur Melakukan Asesmen Dengan Instrumen Formulir Asesmen Wajib Lapor (FAWL) atau *Addiction Severity Index- Lite Version* (ASI-Lite)

Addiction Severity Index merupakan instrumen wawancara yang bersifat semi-terstruktur untuk menggali informasi tentang 7 domain, yaitu riwayat medis, status dukungan hidup, riwayat penggunaan alkohol, riwayat penggunaan narkotika, riwayat status hukum, riwayat keluarga/ sosial, dan riwayat psikiatris. Sedangkan pada instrumen *Addiction Severity Index-Lite version* (ASI-Lite) atau Formulir Asesmen Wajib Lapor (FAWL), letak domain riwayat penggunaan alkohol digabung dengan riwayat penggunaan narkotika, sehingga menjadi 6 domain dalam Formulir Asesmen Wajib Lapor.

Prosedur dalam melakukan asesmen dengan menggunakan instrumen FAWL adalah:

1. Saat memulai wawancara, petugas memperkenalkan diri, menciptakan hubungan baik dengan klien, menjelaskan tujuan asesmen dan aturan umum dalam pengisian FAWL.
2. Saat wawancara: petugas menjelaskan skala penilaian klien
 - a. Untuk menstandarkan asesmen ini digunakan sebuah skala 5 poin (0-4) bagi pasien menilai keparahan masalah mereka dan sejauh mana klien merasa terapi adalah penting untuk dirinya.
 - 0 tidak sama sekali
 - 1 ringan
 - 2 sedang
 - 3 berat
 - 4 sangat berat
 - b. Petugas melakukan klarifikasi atas respon atau jawaban klien yang dianggap penting untuk memastikan kualitas jawaban klien atau apakah klien mengerti tentang maksud dari pertanyaan yang diajukan. Apabila



klien mengalami kesulitan dalam memahami banyak pertanyaan, maka wawancara ditunda/ dihentikan dulu.

3. Setelah wawancara: petugas melakukan penilaian

Penilaian setiap domain berdasarkan jawaban klien pada setiap domain dan bukan jawaban tambahan yang berhubungan domain lain. Keparahan berarti kebutuhan klien untuk mendapat terapi. Penilaian ini harus didasarkan pada jumlah, lama, dan intensitas gejala di dalam satu domain masalah.

Tabel 3. Petunjuk Penilaian Hasil Enam Domain FAWL

| Skor | Intepretasi |
|-------|--|
| 0 – 1 | Tak ada masalah nyata, terapi tak dianjurkan |
| 2 – 3 | Masalah ringan, terapi mungkin tak dianjurkan |
| 4 – 5 | Masalah sedang, terapi dianjurkan |
| 6 – 7 | Masalah sungguh-sungguh ada, terapi diperlukan |
| 8 – 9 | Masalah ekstrem, terapi mutlak diperlukan |

Perolehan penilaian keparahan dilakukan setelah seluruh domain sudah diisi.

Penilaian didapatkan dengan langkah-langkah sebagai berikut:

- a. Menentukan 2 hingga 3 skor yang paling baik menggambarkan kebutuhan klien untuk terapi pada saat ini berdasarkan data obyektif;
- b. Membuat sebuah gambaran kondisi klien berdasarkan butir obyektif;
- c. Memformulasikan sebuah rentang perkiraan (kira-kira);
- d. Memilih satu skor di dalam rentang di atas menggunakan hanya data subjektif di domain tersebut;
- e. Jika klien menganggap masalah sungguh-sungguh dan merasa terapi adalah penting, pilih skor yang tinggi di dalam rentang itu;



- f. Jika klien menganggap masalah kurang serius dan menganggap kebutuhan untuk terapi kurang penting, pilihlah skor yang rendah;
- g. Pada derajat keparahan ringan, klien dapat diberikan intervensi singkat;
- h. Pada derajat keparahan sedang, klien dapat menjalani program rawat jalan dan atau rawat inap jangka pendek sesuai kebutuhan;
- i. Pada derajat keparahan berat, klien menjalani rehabilitasi rawat inap jangka panjang berdasarkan kebutuhan penyalah guna, korban penyalahgunaan dan atau pecandu narkoba serta jenis zat yang digunakan;
- j. Menuliskan tanggal asesmen setiap petugas selesai mengisi domain. Tanggal asesmen tidak selalu sama dengan tanggal kedatangan awal klien.

3. Rencana Intervensi

3.1. Pengertian Rencana Intervensi

Rencana intervensi merupakan kegiatan lanjutan yang dilakukan sistematis dan terencana berdasarkan hasil asesmen (ASI-Lite/FAWL). Setelah mengetahui permasalahan yang dihadapi klien melalui hasil asesmen, maka seorang asesor/petugas membuat rencana intervensi yang sesuai permasalahan dan kebutuhan klien. Evaluasi secara berkala harus dilakukan untuk mengetahui perkembangan klien.

3.2. Tujuan Rencana Intervensi

Tujuan penyusunan rencana intervensi yaitu untuk mendapatkan bentuk intervensi yang spesifik dan sesuai dengan kebutuhan klien. Klien dan konselor dapat fokus pada proses selama masa rehabilitasi berdasarkan rencana terapi yang sudah dibuat bersama. Klien bersama konselornya mengidentifikasi dan menyetujui tujuan serta strategi.

3.3. Penyusunan Rencana Intervensi

Penyusunan rencana intervensi merupakan tindak lanjut dari asesmen yang telah dilakukan. Rencana intervensi disusun dengan mempertimbangkan hasil

pemeriksaan awal dan diagnosis yang diperoleh dari asesmen serta disusun berdasarkan hasil asesmen mengenai situasi klien, masalah-masalah, kebutuhan dan kekuatan klien. Kualitas hasil asesmen akan sangat menentukan kualitas pelayanan. Rencana intervensi dibuat pada penerimaan awal dan dapat diperbaharui/ ditinjau kembali/ direvisi pada sepanjang masa perawatan.

3.4. Komponen Rencana Intervensi :

Rencana intervensi memiliki beberapa komponen, yaitu:

- a. Pernyataan masalah: identifikasi isu atau masalah klien, berdasarkan informasi dari skrining, asesmen, atau informasi lain.
- b. Pernyataan tujuan: tentang hasil yang diinginkan oleh klien ketika rawatan berjalan atau sudah selesai dan respon klien terhadap pernyataan masalah.
- c. Objektif: tentang perubahan apa yang diperlukan dan langkah yang diperlukan untuk meraih tujuan.
- d. Intervensi: tindakan yang dilakukan oleh staf, klien, keluarga, rekan sebaya atau dukungan lain, rencana layanan, strategi atau metodologi, respon terhadap tujuan dan sasaran yang akan dicapai.
- e. Rencana intervensi dibuat secara komprehensif, termasuk rencana program, dan tindakan yang akan diberikan pada klien. Rencana intervensi harus sesuai dengan kebutuhan individu, kesiapan, preferensi, dan tujuan setiap klien. Rencana intervensi harus diperiksa minimal 1 kali dalam sebulan untuk memastikan perkembangan klien. Konselor dapat membuat perubahan pada rencana rawatan jika diperlukan.

Dalam menentukan rencana terapi, petugas perlu memperhatikan hal-hal berikut: apakah program yang direncanakan sesuai kebutuhan klien atau perlu perujukan, apakah klien memerlukan terapi untuk gangguan penyerta, baik masalah fisik maupun mental, dan apakah klien memerlukan detoksifikasi.

3.5. Tahapan Penyusunan Rencana Intervensi

1. Penyiapan data-data yang dibutuhkan: hasil skrining, resume asesmen, dan data kolateral;



2. Penyiapan ruangan dan formulir rencana intervensi;
3. Perancangan dan pembuatan rencana intervensi bersama dengan klien berdasarkan kesepakatan bersama;
4. Pembacaan hasil rencana intervensi ke klien, lalu konselor dan klien menandatangani hasil tersebut. Konselor akan menyimpan hasil tersebut dalam dokumen klien.

LATIHAN

Petunjuk: masing-masing peserta mengisi form ASSIST berdasarkan kasus di bawah ini

Kasus 1

Yana, perempuan berusia 20 tahun, baru lulus SMA. Ia datang ke IPWL dibawa oleh orang tuanya. Yana tidak merasa perlu melaporkan diri karena dia tidak merasa ketergantungan. Ia menggunakan ganja sejak kelas 2 SMP. Yana menggunakan ganja 1 linting setiap malam minggu dan terakhir dia menggunakan pada 1 minggu yang lalu. Sejak 3 bulan yang lalu, Yana mulai menggunakan sabu sebanyak 5 shoot – 7 shoot sebanyak 2 kali seminggu saat dia dugem bersama teman-temannya. Terakhir dia menggunakan sabu kira-kira 2 hari yang lalu. Yana pernah minum alkohol tetapi hanya saat dia dugem. Yana tidak meokok karena dia selalu batuk-batuk jika merokok.

Setelah semua peserta selesai mengisi ASSIST, maka fasilitator akan mendiskusikan

RANGKUMAN

Identifikasi secara komprehensif harus dilakukan pada setiap klien yang datang ke IPWL dan tempat rehabilitasi. Identifikasi awal menggunakan teknik skrining. Instrumen skrining

yang sering digunakan adalah ASSIST karena ASSIST mudah penggunaannya, dapat digunakan untuk semua aspek masyarakat, dan berisi informasi semua jenis narkotika. Hasil skrining akan menjadi dasar dilakukannya pemeriksaan lanjutan yaitu asesmen. Instrumen asesmen yang sering digunakan adalah *Addiction Severity Index (ASI)*. Hasil asesmen akan menentukan rencana intervensi yang akan diterima klien karena kebutuhan terapi setiap klien berbeda.

REFERENSI

- Kementerian Kesehatan RI. Modul Asesmen dan Rencana Terapi Gangguan Penggunaan Narkotika. Edisi Revisi 2018
- The Colombo Plan Asian Centre for Certification and Education of Addiction Professionals Training Series, Curriculum 5 Screening, Intake, Assesment, Treatment Planning and Documentation for Professionals Addiction*
- World Health Organization, The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) manual for us in primary care*

Kegiatan Belajar: 2

GANGGUAN FISIK DAN MENTAL PADA GANGGUAN PENGGUNAAN ZAT

6 JP = 270 Menit

DESKRIPSI SINGKAT

Narkotika adalah zat yang bekerja di otak dan akan mengubah struktur serta kerja otak. Narkotika termasuk dalam zat psikoaktif. Zat psikoaktif yaitu zat yang bekerja secara selektif di otak sehingga menimbulkan perubahan perilaku, emosi, persepsi, dan kesadaran. Penyalahgunaan zat psikoaktif akan menyebabkan penyakit pada fisik dan gangguan mental. Sebanyak 29 juta orang di dunia mengalami gangguan penggunaan zat (GPZ). (UNODC 2016) Istilah gangguan penggunaan zat mengacu pada masalah penggunaan zat yang menyebabkan gangguan pada fungsi dalam kehidupannya sehari-hari. Hampir semua organ dapat menjadi sakit akibat zat psikoaktif. Penyakit fisik yang sering diderita individu dengan gangguan penggunaan zat adalah hepatitis B, hepatitis C, HIV-AIDS, TB paru, karies gigi, dan penyakit lain. Di dunia, sekitar 2 milyar orang sudah terinfeksi virus hepatitis B yang terdiri dari 240 juta orang mengidap hepatitis B kronik dan 170 orang mengidap hepatitis C. Pada pengidap hepatitis B kronik tersebut, sekitar dua pertiga nya adalah pembawa (*carier*) kronis hepatitis, yaitu mereka tidak memiliki gejala hepatitis B, walaupun ada virus hepatitis B di dalam tubuh mereka yang dapat menular kepada orang lain. Sedangkan sepertiga lainnya menderita hepatitis B yang kronis aktif. Gangguan mental yang sering terjadi pada GPZ adalah gangguan cemas, gangguan mood, gangguan kepribadian, dan skizofrenia. Skizofrenia adalah gangguan psikotik yang sering ditemukan pada individu dengan GPZ dan pada skizofrenia juga angka GPZ sangat tinggi yaitu sebesar 47%, walaupun insidensnya hanya 5 - 50 per 100.000 penduduk per tahun di dunia. Data dari UNODC (2010) menyatakan bahwa sekitar 45% gangguan penggunaan zat juga mengalami paling sedikit satu gangguan mental. Modul ini secara khusus akan membahas berbagai pokok bahasan, yaitu penyakit fisik pada individu dengan gangguan

penggunaan zat yang terdiri dari kegawatdaruratan medik, penyakit infeksi dan non infeksi, serta gangguan mental pada individu dengan gangguan penggunaan zat yang terdiri dari gangguan cemas, gangguan mood, gangguan kepribadian, dan skizofrenia.

TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah mempelajari modul ini, peserta diharapkan mampu menjelaskan tentang penyakit-penyakit fisik dan gangguan mental yang terjadi akibat penggunaan zat psikoaktif. Namun sebelumnya, peserta diharapkan terlebih dahulu dapat memahami definisi, gejala, dan pengobatan secara umum.

INDIKATOR HASIL BELAJAR

Setelah mengikuti kegiatan pembelajaran, peserta dapat :

- a. Menjelaskan penyakit fisik yang dapat terjadi pada GPZ
- b. Menjelaskan gangguan mental yang dapat terjadi pada GPZ

Metode: ceramah interaktif, curah pendapat, tanya jawab, diskusi kelompok, permainan, dan pre serta post test

METODE DAN ALAT PEMBELAJARAN

Alat pembelajaran: bahan tayang, multimedia, spidol, kertas, alat tulis, lembar soal pre dan post test

LANGKAH PEMBELAJARAN

1. Fasilitator mengucapkan salam pembuka dan memperkenalkan diri.
2. Fasilitator menciptakan suasana kelas yang kondusif (*ice breaking*) dengan permainan “tepuk tangan siang – malam.
3. Fasilitator menjelaskan tujuan pembelajaran dan indikator keberhasilan.

4. Fasilitator meminta peserta pelatihan mengungkapkan pengetahuannya tentang kegawatdaruratan medik pada individu dengan GPZ.
5. Fasilitator menjelaskan kegawatdaruratan medik yang dapat terjadi pada individu pada GPZ.
6. Fasilitator melakukan diskusi mengenai materi kegawatdaruratan medik.
7. Fasilitator menjelaskan penyakit infeksi yang dapat terjadi pada individu dengan GPZ.
8. Fasilitator melakukan diskusi tentang penyakit infeksi yang dapat terjadi pada individu dengan GPZ.
9. Fasilitator menjelaskan penyakit non-infeksi yang dapat terjadi pada individu dengan GPZ.
10. Fasilitator melakukan diskusi kelompok bagian 1
11. Fasilitator menjelaskan gangguan mental yang dapat terjadi pada individu dengan GPZ.
12. Fasilitator melakukan diskusi kelompok bagian ke 2.
13. Fasilitator membuat rangkuman bersama peserta.
14. Fasilitator melaksanakan evaluasi pembelajaran secara umum.
15. Fasilitator acara dengan ucapan terima kasih dan memberikan apresiasi kepada peserta.

POKOK BAHASAN

Dalam modul ini akan dibahas pokok bahasan dan subpokok bahasan berikut:

Pokok Bahasan 1. Penyakit fisik pada individu dengan gangguan penggunaan zat

1.1. Kegawatdaruratan medik

1.1.1. Overdosis

1.1.2. Gejala putus zat

1.1.3. Gaduh gelisah

1.1.4. Bunuh diri

1.2. Penyakit infeksi akibat penggunaan zat

1.2.1. TB paru

- 1.2.2. Hepatitis B
- 1.2.3. Hepatitis C kronik
- 1.2.4. Infeksi Menular Seksual (IMS)
- 1.2.5. HIV-AIDS
- 1.2.6. Penyakit lain
- 1.3. Penyakit non-infeksi akibat penggunaan zat
 - 1.3.1. Penyakit GERD
 - 1.3.2. Karies gigi
 - 1.3.3. Xerostomia

Pokok Bahasan 2. Gangguan mental pada individu dengan gangguan penggunaan zat

- 2.1. Gangguan cemas
- 2.2. Gangguan kepribadian
- 2.3. Gangguan mood
- 2.4. Skizofrenia

URAIAN MATERI

Narkotika merupakan zat psikoaktif yang bekerja di susunan syaraf pusat (otak dan batang otak) sehingga penyalahgunaan zat psikoaktif dapat menyebabkan penggunanya mengalami penyakit pada fisik, gangguan mental dan akan memengaruhi fungsi sosialnya. Otak merupakan organ utama yang berperan dalam mengatur semua fungsi dalam tubuh. Penyalahgunaan zat psikoaktif secara teratur atau berkala akan dapat menimbulkan penyakit fisik baik penyakit yang tergolong infeksi ataupun non infeksi. yang. Contoh penyakit infeksi adalah TB paru, hepatitis B, hepatitis C kronis, penyakit menular seksual, HIV-AIDS, scabies, dan jamur pada kulit serta organ genital. Sedangkan contoh penyakit non infeksi adalah GERD, karies gigi, dan xerostomia. Selain penyakit-penyakit di atas, pengguna dapat mengalami gangguan mental dan dapat berada dalam keadaan yang memerlukan penanganan segera, seperti overdosis, gejala yang timbul akibat putus zat, gaduh gelisah dan bunuh diri.

1. Penyakit Fisik Pada Individu Dengan Gangguan Penggunaan Zat

1.1. Kegawatdaruratan Medik

Kegawatdaruratan dapat terjadi pada individu yang menggunakan narkotika. Kegawatdaruratan terjadi karena penggunaan zat dalam jumlah banyak, zat yang biasa digunakan diberhentikan atau dikurangi dosisnya secara tiba-tiba, atau karena kondisi mental yang membuatnya menjadi gaduh gelisah dan melakukan bunuh diri.

1.1.1. Overdosis Zat

Overdosis adalah kelebihan dosis yang terjadi akibat tubuh mengalami keracunan obat. Tidak semua zat psikoaktif akan memberikan efek mematikan jika digunakan dalam dosis berlebihan. Istilah overdosis zat berbeda dengan intoksikasi zat. Intoksikasi zat adalah efek merugikan yang ditimbulkan oleh zat setelah zat masuk ke dalam tubuh dan bereaksi secara kimiawi.

Tabel 1. Overdosis Zat

| Zat Psikoaktif | Gejala | Tanda |
|----------------|--|--|
| Golongan Opiat | Wajah pucat, gelisah, panik, sangat ketakutan, berkeringat dingin, takut mati, dan sesak nafas. | Mukosa bibir dan kuku berwarna kebiruan, badan demam, pupil mata mengecil, pernapasan pelan, penurunan kesadaran sampai koma |
| Amfetamin | Pusing, mual, muntah, cemas, tegang, mudah tersinggung, ketakutan, leher seperti tercekik, nyeri dada, badan merasa kedinginan, otot terasa lelah dan lemah. | Sesak nafas, irama jantung cepat, kejang dan dapat terjadi koma. |
| Benzodiazepin | Penurunan kesadaran setelah minum obat golongan benzodiazepin | Penurunan kesadaran yang dalam, pernapasan lambat. |

| | | |
|----------------|--|--|
| Alkohol | Muka memerah, bicara cadel dan berlebihan, mual, muntah, mudah tersinggung, lupa ingatan, gangguan koordinasi (contoh: jalan tidak stabil), gangguan perilaku. | Kemerahan pada telapak tangan, bintik-bintik merah pada muka, bahu, dan lengan atas, pernapasan lambat dan dapat terjadi koma. |
|----------------|--|--|

1.1.2. Gejala Putus Zat

Gejala putus zat adalah gejala yang timbul pada pengguna zat setelah zat yang biasa digunakannya dikurangi dosisnya atau dihentikan secara tiba-tiba. Tidak semua zat psikoaktif yang jika dikurangi dosis atau dihentikan pemakaiannya tiba-tiba akan menyebabkan klien berada dalam kondisi kegawatdaruratan medik.

Tabel 2. Gejala Putus Zat

| Zat Psikoaktif | Gejala |
|-----------------------|---|
| Benzodiazepin | Berkeringat, pergerakan yang tidak disadari pada tangan meningkat, mual, muntah, insomnia, halusinasi, cemas, kejang. |
| Alkohol | Pergerakan yang tidak disadari pada kelopak mata, lidah, dan tangan. mual, muntah, rasa lelah dan lemah, berkeringat, cemas, gangguan daya ingat dan depresi. |

1.1.3. Gaduh Gelisah

Gaduh gelisah adalah suatu keadaan dimana perilaku seseorang sukar dikendalikan karena terjadinya peningkatan aktivitas mental dan motorik yang disebabkan oleh kecemasan dengan/tanpa panik, kebingungan yang terjadi sesudah kejang, ledakan amarah, dan penyakit kejiwaan psikosis. Gejala seseorang yang sedang gaduh gelisah adalah klien tidak mampu untuk duduk diam/ tenang (yaitu klien berjalan mondar-mandir, banyak berbicara, klien berlari-lari atau meloncat-loncat), muka kelihatan bingung/



marah-marah/ takut, halusinasi, sikap bermusuhan, dan waham curiga. Penanganan klien gaduh gelisah harus dilakukan dengan hati-hati agar tidak membahayakan diri klien dan orang disekitarnya. Pasien dicoba ditenangkan dengan cara mengajaknya berbicara tentang perasaannya, harapannya, dan keinginannya. Perawat segera melapor kepada dokter piket. Dokter piket melakukan penilaian skor PANS-EC (instrumen untuk menilai derajat gaduh gelisah). Selanjutnya dokter piket melaporkan ke Psikiater.

1.1.4. Bunuh Diri

Bunuh diri adalah kematian yang terjadi akibat tindakan sengaja yang dilakukan klien sendiri. Pikiran dan usaha bunuh diri merupakan awal terjadinya bunuh diri. Gejala klien yang mau bunuh diri tidak jelas, terkadang kita mengetahuinya dari perkataan klien itu sendiri. Pasien-pasien yang berhasil melaksanakan bunuh diri, biasanya 80% mengidap gangguan afektif dan 20% peminum alkohol. Pada kasus skizofrenia, 10% meninggal karena bunuh diri. Sejumlah klien yang berhasil melakukan bunuh diri, tidak melakukan percobaan bunuh diri sebelumnya. Pada klien yang melakukan percobaan bunuh diri, petugas perlu mengetahui tentang beberapa hal, seperti adanya riwayat percobaan bunuh diri, riwayat bunuh diri dalam keluarga, riwayat penggunaan sarana yang dapat digunakan untuk bunuh diri (seperti, menggantung diri, senjata, senjata api, usaha menenggelamkan diri, pisau, gunting, dll), pernyataan bahwa klien pingin mati atau ada ide mau bunuh diri, dan riwayat penggunaan zat psikoaktif. Pada klien yang melakukan percobaan bunuh diri perlu dilakukan tindakan untuk menjaga keamanan klien, seperti klien dimonitor ketat dalam 24 jam, konsul ke Psikiater, ruangan diamankan dari semua peralatan yang dapat digunakan klien untuk bunuh diri, perujukan ke layanan psikiatri dan pembuatan laporan tentang kondisi tersebut.



organ vital, tidak melakukan hubungan seksual, dan berobat ke Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin.



Gambar 4. Gejala gonore pada perempuan dan laki-laki
(Sumber: <http://allisya.id/wp-content/uploads/2018/10/Tanda-gejala-dan-Penyebab-penyakit-Gonore.png>)

B. Sifilis

Sifilis adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh *Treponema pallidum*, menyerang hampir semua alat tubuh, menyerupai banyak penyakit, mempunyai masa laten, dan dapat ditularkan dari ibu ke janin. Penularan *Treponema pallidum* melalui kontak langsung dengan luka di mukosa atau kulit selama hubungan seksual, pertukaran jarum suntik pada pengguna narkotika suntik, dan melalui transplasental dari ibu ke anak. Sifilis memiliki 4 fase. Gejala awal adalah nafsu makan berkurang, nyeri kepala, demam yang tidak tinggi, nyeri pada tulang, luka pada kulit yang berbentuk seperti korengan tetapi tidak gatal dan tidak ada nanah yang disebut ulkus durum. Setelah beberapa tahun infeksi, klien akan mengalami gangguan pada mata, otak, jantung, pembuluh darah, hati, tulang dan sendi-sendi, serta dapat menyebabkan kematian. Klien harus berobat ke Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin. Pencegahan penyakit sifilis adalah tidak mengonsumsi narkotika, tidak berhubungan seks sebelum menikah, setia pada pasangan, penapisan sifilis pada kelompok risiko

tinggi dan ibu hamil, penapisan sifilis pada penderita HIV dan penapisan HIV pada penderita sifilis.

C. Herpes Simpleks

Herpes simpleks adalah Infeksi yang disebabkan virus herpes simpleks, yang ditandai dengan kelainan pada kulit berupa vesikel-vesikel berkelompok di atas kulit yang sembab dan kemerahan pada rongga mulut atau genital.



Gambar 6. Herpes simpleks di rongga mulut

(Sumber: <https://cached.imagescaler.hbpl.co.uk/resize/scaleWidth/620/cached.offlinehbpl.hbpl.co.uk/news/PGH/CAE9B35C-E82D-AA97-5E3A99449296B6B0.gif>)

Gejalanya adalah demam, nafsu makan berkurang, badan terasa lelah, pembesaran kelenjar getah bening dan adanya vesikel-vesikel berkelompok di kulit mulut atau genital. Apabila penyakitnya berulang, klien dapat mengalami gangguan tidur dan emosional serta gangguan menstruasi. Klien harus berobat ke Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin, menjaga kebersihan organ mulut dan genital, serta tidak berhubungan seksual.

D. Kandidiasis Vaginal

Kandidiasis vaginal adalah penyakit infeksi yang disebabkan jamur *Candida albicans* pada orang genital perempuan (dari mulut rahim sampai vagina). Penyakit ini ditandai dengan keluar cairan dan lendir berwarna putih yang bergumpal disertai rasa gatal dan iritasi pada vagina. Penyakit ini sering terjadi pada perempuan yang menggunakan narkotika karena kurangnya kebersihan diri dan perilaku seksual yang tidak bersih.

1.2.5. HIV-AIDS (*Human Immunodeficiency Virus (HIV) - Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)*)

HIV adalah nama virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia, yaitu sel darah putih (sel T) dan CD4. Penularan HIV melalui darah, cairan sperma, cairan kelamin dan ASI. Cara penularan paling sering adalah pemakaian bersama jarum suntik dengan orang yang terinfeksi HIV dan hubungan seksual yang tidak aman. HIV tidak menular melalui makan bersama, berpelukan, berenang, berciuman, tinggal serumah dengan orang terinfeksi HIV, dan gigitan nyamuk/ serangga.

AIDS adalah infeksi yang menyebabkan suatu spektrum penyakit yang menyerang sel-sel kekebalan tubuh (dimulai dari infeksi primer, dengan atau tanpa sindrom akut, stadium tanpa gejala, hingga stadium lanjut. Menurut WHO, ada 4 stadium AIDS yang diawali stadium 1 tanpa gejala, dan diakhiri dengan stadium 4 yang hampir semua organ sudah terinfeksi (dari otak sampai otot). Perjalanan HIV menjadi AIDS, yaitu setelah HIV masuk ke tubuh manusia, tes HIV tidak langsung positif. Fase antara HIV masuk sampai tes HIV positif disebut sebagai fase jendela. Pada 95% kasus, fase jendela selama 3 bulan, tetapi bisa terjadi selama 2 – 6 bulan. Fase jendela merupakan fase pertama. Selanjutnya, fase kedua yang terjadi selama 3 – 10 tahun setelah HIV positif. Pada fase ini, individu merasa sehat, tidak ada gejala/ keluhan. Lalu, fase ketiga yaitu fase munculnya gejala/ Tanda penyakit dan infeksi oportunistik dalam tubuh yang akan berlangsung selama 1-2 tahun. Lalu individu akan meninggal. Penyakit penyerta yang sering terjadi pada HIV-AIDS adalah meningitis TB, toksoplasmosis. Obat ARV (anti retrovirus) sebaiknya diberikan setelah positif HIV tanpa melihat nilai CD4.

Beberapa cara pencegahan HIV adalah menghindari penggunaan jarum suntik dan alat suntik bersama, tidak menggunakan narkoba, setia pada

pasangan dengan cara tidak melakukan hubungan seksual pada orang lain, memahami cara penularan HIV, melaporkan apabila tertusuk jarum atau alat tajam lainnya (pisau cukur) yg telah digunakan oleh ODHA, minum obat pencegahan selama 6 bulan secara rutin bagi mereka yang terpajan, dan melakukan pemeriksaan laboratorium secara berkala. Pencegahan yang dapat dilakukan oleh ODHA adalah melakukan pemeriksaan immunoglobulin G toksoplasma, tidak makan daging yang tidak dimasak dengan baik dan sayuran mentah, berobat rutin ke Dokter Spesialis Penyakit Dalam.

1.2.6. Penyakit Lain

A. Scabies

Penyakit infeksi kulit yang disebabkan oleh tungau. Gejala khas adalah gatal pada malam hari di daerah telapak tangan, telapak kaki, perut bagian bawah, dan genital. Kelainan kulit adalah bintil-bintil merah yang menyebar ditandai dengan adanya bekas garukan pada kulit.

B. Tinea Versikolor

Penyakit ini dikenal dengan sebutan 'panu'. Panu adalah infeksi jamur pada kulit yang ditandai dengan timbulnya bercak-bercak berbentuk bulat, berbatas tegas, dan berwarna putih serta disertai rasa gatal. Bercak-bercak tersebut dapat melebar dan menjadi sangat gatal. Kebersihan diri yang kurang, seperti jarang mandi dapat memicu timbulnya penyakit ini.

C. Tinea Korporis

Tinea korporis adalah infeksi jamur pada kulit yang disebabkan jamur dermatofita. Infeksi ini ditandai kelainan pada kulit berupa ruam melingkar yang berwarna kemerahan atau keperakan. Infeksi kulit ini akan bertambah banyak di badan jika tidak diobati, Kulit akan terasa gatal terutama jika badan berkeringat. Penyakit ini sering terjadi pada GPZ karena kebersihan diri yang kurang.





Diagram 1. Hubungan GPZ dengan gangguan mental
(Sumber: U.S. *Substance Abuse and Mental Health services*.(2010)

Secara klinis, 35-60% dari individu dengan GPZ menderita gangguan kepribadian antisosial dan sebanyak 30-50% pengguna opioid serta 40% pengguna alkohol didapatkan mengalami gangguan depresi mayor sehingga risiko bunuh diri lebih tinggi. Tingginya prevalensi komorbiditas antara GPZ dan gangguan mental lainnya tidaklah berarti yang satu menyebabkan yang lainnya, walaupun salah satu muncul terlebih dahulu. Faktanya adalah sulit untuk menetapkan penyebab atau urutan kejadian (gangguan mana yang menyebabkan gangguan yang lainnya). GPZ dan gangguan mental lain dapat timbul pada saat bersamaan, tanpa yang satu menyebabkan yang lainnya. Ada 4 alasan mengapa GPZ terjadi bersama dengan penyakit mental lainnya, yaitu:

1. Penyalahgunaan zat memfasilitasi timbulnya gangguan mental yang belum menunjukkan gejala pada individu yang rentan secara biologis.
2. Individu dengan gangguan mental dapat menggunakan zat sebagai bentuk medikasi diri.
3. Tumpang tindih area otak yang terlibat dalam GPZ dan gangguan mental akan saling memengaruhi. Misalnya penyalahgunaan zat yang mendahului gejala pertama gangguan mental dapat menghasilkan perubahan dalam struktur dan

fungsi otak yang memicu kecenderungan yang sudah ada untuk terjadinya gangguan mental lainnya, demikian pula sebaliknya.

4. GPZ dan gangguan mental lainnya disebabkan oleh faktor-faktor yang saling tumpang tindih. Misalnya pengalaman diabaikan dan disakiti ketika masa kanak, seperti pelecehan seksual, siksaan fisik, atau kehancuran keluarga yang merupakan faktor resiko. Sejumlah penelitian menyebutkan bahwa, 75% individu yang menderita gangguan kepribadian ambang pernah mengalami pelecehan seksual.

A. Gangguan Cemas

Gangguan cemas adalah gangguan jiwa yang ditandai kecemasan atau rasa khawatir yang berlebihan dan tidak rasional, bahkan terkadang tidak sesuai terhadap berbagai peristiwa kehidupan sehari-hari, yang berlangsung hampir setiap hari dan paling sedikit selama 6 bulan, serta berhubungan dengan aktifitas atau kejadian (seperti pekerjaan dan aktifitas sosial). Individu yang sedang mengalami gangguan cemas juga disertai dengan reaksi somatik, seperti badan gemetar, berkeringat, jantung berdebar, mual, dan perut kembung.

Penyebab pasti gangguan cemas belum diketahui, tetapi sejumlah teori menyatakan gangguan cemas berhubungan dengan faktor keturunan, konflik lama yang tidak terselesaikan, dan adanya gangguan di otak. Gangguan cemas dan GPZ biasa muncul bersamaan. Ada 3 jenis gangguan cemas, yaitu:

1. Gangguan cemas menyeluruh

Klien akan merasakan kecemasan berlebihan disertai gemetaran, kelelahan, sakit kepala, pernafasan pendek, badan berkeringat, jantung berdebar, mual, dan perut terasa kembung. Gangguan ini bersifat kronis dan dapat berlangsung seumur hidup.



2. Gangguan panik

Gejalanya adalah serangan panik timbul tiba-tiba selama 10 menit dan ditandai jantung berdebar, badan berkeringat, gemetar, sensasi rasa sesak napas, dan rasa tertedak. Klien dengan gangguan panik sering pergi ke unit gawat darurat di RS karena khawatir kena serangan jantung, tetapi pemeriksaan jantung normal.

3. Gangguan stres pasca trauma

Gangguan ini terjadi akibat kejadian traumatik tertentu yang ditandai adanya ingatan kembali tentang peristiwa traumatik yang pernah dialami atau dapat dipicu oleh bau atau suara dari trauma tersebut, adanya mimpi buruk tentang kejadian tersebut, merasakan seakan-akan trauma tersebut terjadi kembali, dan menghindari berbagai situasi atau kondisi yang akan mengingatkannya akan peristiwa traumatik tersebut. Individu akan mengalami sulit tidur atau tidur tidak nyenyak, waspada berlebihan, hilangnya minat untuk melakukan sesuatu, dan merasa terasing dari orang lain. Contoh kejadian traumatik adalah bencana alam, tindak kekerasan interpersonal, dan lain-lain. Gambaran gangguan stres pasca trauma, yaitu: gangguan kecemasan sosial/fobia sosial. Fobia merupakan suatu ketakutan yang tidak rasional dan terjadi secara jelas, menetap serta berlebihan terhadap suatu objek yang spesifik/ keadaan. Gejala klien yang fobia sosial adalah: saat bersama orang lain, klien akan merasa sangat cemas, waspada, takut, khawatir, mual atau sakit perut sehingga dia akan menghindari keramaian.

Gangguan cemas dapat dikurangi dengan melakukan meditasi, psikoterapi dan minum obat dari Dokter Spesialis Kejiwaan/ Psikiater.

B. Gangguan Kepribadian

Gangguan kepribadian adalah ciri kepribadian yang bersifat tidak fleksibel dan maladaptif sehingga menyebabkan ketidakfungsian bermakna dalam hubungan di keluarga, pekerjaan dan sosial. Gangguan kepribadian cenderung muncul pada



remaja usia >18 tahun dan menetap pada dewasa. Ada 3 kelompok jenis kepribadian menurut DSM-IV. Pada modul ini gangguan kepribadian yang akan dibahas adalah gangguan kepribadian antisosial yang sering terjadi pada laki-laki dan gangguan kepribadian ambang (*borderline*) yang sering pada perempuan.

B.1. Gangguan Kepribadian Anti-Sosial

Gangguan kepribadian antisosial lebih banyak diderita oleh laki-laki daripada perempuan dengan perbandingan 3:1.(WHO 2011) Tanda gangguan ini adalah adanya pola menetap dari pengabaian terhadap hak orang lain yang diperlihatkan klien dengan perilaku permusuhan dan agresif. Beberapa perilaku saat masa anak-anak yang dapat menjadi Tanda saat dia dewasa akan mengalami gangguan kepribadian antisosial, yaitu terlibat dalam tindakan permusuhan seperti *bullying* dan mengintimidasi orang lain, merusak properti seperti pembakaran, terlibat dalam penipuan/ pencurian dan pelanggaran aturan yang serius.

Seseorang dengan gangguan kepribadian antisosial akan melakukan sesuatu tanpa memikirkan konsekuensinya sehingga dia sering berada dalam situasi yang berbahaya atau bermasalah dengan hukum. Dia juga tidak pernah menyesal dengan perbuatan negatifnya dan selalu menyalahkan korban atas tindakan jahatnya. Dia juga tidak pernah belajar dari pengalaman dan tidak bisa menerima kesalahan. Pada kenyataannya, terkadang sulit membedakan gangguan kepribadian antisosial dari GPZ karena individu dengan GPZ sering memperlihatkan perilaku antisosial sebagai bagian dari perilaku GPZnya.

B.2. Gangguan Kepribadian Ambang (*Borderline*)

Individu dengan gangguan kepribadian ambang sering melukai diri sendiri sampai ada yang melakukan bunuh diri. (Bohus, dkk 2002). Tanda seseorang yang memiliki gangguan kepribadian ambang adalah mood cepat berubah sehingga klien sering berganti pekerjaan/ pasangan/ tempat tinggal, mudah gelisah, mudah membenci, rasa takut ditinggalkan, perasaan hampa,



cenderung melukai diri sendiri apabila mengalami penolakan. Gangguan kepribadian ini sering terjadi pada GPZ dan wanita.

C. Gangguan Mood (Gangguan Suasana Perasaan)

Gangguan mood sangat berkaitan dengan GPZ, terutama gangguan bipolar dan depresi mayor. Individu dengan GPZ sangat rentan untuk mengalami gangguan mood, begitu pula sebaliknya.

Gangguan mood adalah gangguan jiwa yang bersifat berulang, ditandai gejala manik, depresi atau campuran yang dapat berlangsung seumur hidup dan penyebab pastinya belum diketahui. Hubungan genetik memiliki kontribusi besar untuk terjadinya gangguan mood. Gangguan mood bersifat menetap dan berlangsung minimal 2 minggu. Gangguan mood merupakan tipe gangguan yang sering terjadi, dimana kejadian depresi mencapai 350 juta orang dan menjadi penyebab disabilitas utama di seluruh dunia. (WHO 2017) Umumnya gangguan mood dimulai pada usia 20 tahunan. Gangguan mood terdiri 4 jenis. Pada modul ini gangguan mood yang akan dibahas adalah gangguan bipolar dan gangguan depresi mayor

C.1. Gangguan Bipolar

Lebih dari 50% individu dengan gangguan bipolar juga mengalami GPZ. Penggunaan narkotika menyebabkan gejala mania dan depresi lebih ekstrim, sehingga pasien menjadi kebal terhadap terapi, dan memengaruhi hasil terapi menjadi lebih buruk. Komorbiditas gangguan bipolar dengan GPZ menyebabkan klien memiliki angka harapan hidup lebih buruk karena klien yang sedang mengalami episode manik jarang mengakui gejala-gejala yang dirasa sehingga menimbulkan masalah dan sering menolak untuk pengobatan. Gangguan bipolar merupakan gangguan mood kronik yang ditandai dengan timbulnya gejala manik dan depresi secara silih bergantian. Biasanya gangguan bipolar terjadi seumur hidup. Ada dua tipe utama gangguan bipolar adalah gangguan bipolar I dan gangguan bipolar II.

Gejala episode manik adalah peningkatan suasana perasaan yang menetap, harga diri meningkat/ sangat percaya diri, kebutuhan tidur menjadi berkurang, berbicara lebih banyak, ide melompat-lompat, perhatian mudah teralihkan oleh ransangan dari luar tubuh/ lingkungan yang tidak relevan atau tidak penting, meningkatnya aktivitas yang bertujuan (sosial, pekerjaan, sekolah, seksual), keterlibatan yang berlebihan dalam aktivitas menyenangkan yang berpotensi merugikan.

Gejala episode depresi adalah: klien merasakan perasaan sedih yang mendalam, hilangnya minat/rasa senang, perubahan pola tidur dan nafsu makan, rasa malas, konsentrasi dan memori berkurang, badan terasa lelah atau energi berkurang, rasa tidak berharga atau rasa bersalah, dan berulangnya pikiran bunuh diri.

Individu yang dengan gangguan bipolar seperti dia menaiki wahana 'roller coaster' seumur hidupnya. Saat ditempat tinggi, dia akan memperlihatkan gejala manik, tetapi saat roller coaster di tempat yang rendah maka dia akan mengalami gejala depresi. Hal tersebut akan berlangsung terus menerus sepanjang hidupnya.

C.2. Gangguan Depresi Mayor

Depresi terjadi karena adanya kontribusi dari multifaktor, seperti biologis, lingkungan, dan psikologis. Trauma pada masa kecil atau kehilangan seseorang yang bermakna dapat mendukung terjadinya depresi di usia dewasa. Depresi juga berhubungan dengan penggunaan alkohol. Depresi dapat menyebabkan klien melakukan bunuh diri. Individu mengalami depresi mayor apabila dia mengalami episode depresi tanpa adanya manik atau hipomanik. Gangguan depresi mayor berbeda dengan keadaan sedih saat sedang berdukacita karena pada keadaan dukacita, klien tidak mengalami perasaan tidak berharga dan tidak ada rasa bersalah yang menyeluruh.

Klien gangguan mood yang harus mendapat pengobatan rawat inap adalah klien yang memiliki risiko bunuh diri atau pembunuhan, kemunduran yang

parah dalam kemampuan memenuhi kebutuhan makan dan perlindungan, gejala memburuk dengan cepat, hilangnya sistem dukungan psikologis dan sosial yang biasa didapatnya, dan untuk prosedur mendiagnosis penyakit. Klien harus mendapat pengobatan dari Dokter Spesialis Jiwa/ Psikiater dan melakukan gaya hidup sehat seperti: makan makanan yang bergizi seimbang, tidak minum minuman yang mengandung alkohol, olahraga yang teratur, istirahat yang cukup, beribadah yang rutin, menjaga kebersihan diri, dan tidak menggunakan zat psikoaktif.

D. Skizofrenia

D.1. Definisi dan Faktor Risiko

Istilah skizofrenia berasal dari bahasa Yunani, yaitu *schizo* berarti split/perpecahan dan *phren* yang berarti jiwa. Skizofrenia adalah penyakit yang belum diketahui penyebabnya, bersifat berat karena dapat memberikan pengaruh yang buruk pada pikiran, perasaan, dan perilaku individu yang ditandai halusinasi dan waham serta gejala lainnya. Individu yang memiliki risiko tinggi terkena skizofrenia adalah:

1. Individu dengan riwayat keturunan skizofrenia didalam keluarganya akan memiliki risiko 10 kali lebih besar;
2. Individu yang menggunakan alkohol.

D.2. Gejala

Seseorang menderita skizofrenia sering memperlihatkan gejala halusinasi dan waham. Halusinasi dapat berupa bisikan atau melihat benda yang tidak ada objeknya. Waham yaitu suatu keyakinan yang tidak sesuai dengan kenyataan, tetapi dipertahankan dan tidak dapat diubah secara logis. (DepKes RI 2000) Selain dua gejala di atas, klien dapat mengalami gejala tambahan, seperti perilaku kacau, bicara kacau, ekspresi emosi sangat kurang, terbatasnya kemampuan berpikir dan bicara, menarik diri dari sosial, kurangnya keinginan/ motivasi untuk mencapai tujuan (contoh: lebih suka berada dirumah dan tidak melakukan aktivitas apapun dirumah, jadi pasien

hanya diam saja), tidak tertarik untuk melakukan kegiatan yang menyenangkan, padahal kegiatan tersebut disenangi oleh banyak orang.

D.3. Penatalaksanaan

Individu dengan skizofrenia harus berobat rutin ke Dokter Spesialis Jiwa/ Psikiater, melaksanakan pola hidup sehat seperti: makan makanan yang bergizi, tidak minum minuman yang mengandung alkohol, olahraga yang teratur, istirahat yang cukup, beribadah yang rutin, menjaga kebersihan diri, tidak menggunakan narkotika dan melakukan teknik menghardik atau mengusir halusinasi dengan suara tegas dan keras apabila halusinasi datang.

LATIHAN

Diskusi Kelompok I

Tentang Kegawatdaruatan Medik dan Penyakit Fisik Pada GPZ

Para peserta dibagi menjadi dua kelompok. Kelompok 1 akan mengerjakan soal kasus 1 dan kelompok 2 akan mengerjakan soal kasus 2. Lama pengerjaan selama 15 menit dan kemudian masing-masing kelompok akan mempresentasikan hasil diskusinya.

Kasus 1

Joni berumur 37 tahun dibawa istrinya dalam keadaan tidak sadar ke IGD RS. Menurut istrinya, Joni tidak sadar setelah minum obat tramadol yang didapat dari temannya sebanyak 20 butir. Biasanya Joni selalu minum obat tersebut 5 butir setiap hari. Pada pemeriksaan didapatkan kedua pupil mengecil, bibir berwarna kebiruan, pernapasan kurang dari 15 kali/menit, dan ada bekas suntikan pada kedua lengan.

Berdasarkan kasus di atas, jawablah pertanyaan di bawah ini:

1. Apakah kondisi yang sedang dihadapi Joni saat ini?

Kasus 2

Anton (38 tahun) datang IGD Rumah Sakit dengan mengeluh ulu hatinya terasa nyeri, panas seperti mau terbakar. Keluhan seperti ini sering dirasakan tetapi dia tidak memperdulikannya. Dia juga mual dan muntah, sehingga dia tidak bisa makan dalam 2 hari ini. Anton terlihat cemas dan ketakutan karena memikirkan penyakitnya. Anton memiliki kebiasaan sering kumpul bersama teman-temannya. Saat kumpul, dia selalu minum bir atau vodka. Bir adalah minuman kegemarannya.

Berdasarkan kasus di atas, jawablah pertanyaan di bawah ini:

- Apakah kondisi yang sedang dialami Anton?
- Apakah penyebab kondisi tersebut?

Diskusi Kelompok II

Tentang Gangguan Mental Pada GPZ

Para peserta dibagi menjadi dua kelompok. Kelompok 1 akan mengerjakan soal kasus 1 dan kelompok 2 akan mengerjakan soal kasus 2. Lama pengerjaan selama 15 menit dan kemudian masing-masing kelompok akan mempresentasikan hasil diskusinya.

Kasus 1

Seorang laki-laki bernama Yanto (27 tahun) menggunakan pakaian warna jingga terang, celana pendek merah, dan kaos kaki yang lain sebelahnya, menolak untuk duduk dan tampak sangat marah karena dibawa ke IGD, berbicaranya cepat, keras, dan sulit diinterupsi. Ia mengatakan bahwa teman-teman yang membawanya kemari cemburu dengan kesuksesannya terhadap wanita, dan ia ditakdirkan untuk menjadi orang besar. Selama 3 minggu terakhir ini sangat sulit tidur dan tidak tidur sama sekali sejak 4 hari lalu. Sepanjang malam ia membersihkan apartemennya, dan ia juga sempat membeli peralatan komputer dan DVD player yang baru tetapi tidak pernah menggunakannya sama sekali. Ia berperilaku sangat tidak seperti dirinya yang biasa dan mengaku telah tidur dengan 3 orang wanita ini yang berbeda dalam 1 minggu terakhir ini. Riwayat sebelumnya aktif menggunakan zat jenis sabu sejak 3 tahun terakhir, tetapi setahun ini menggunakan sabu hanya 2 hari seminggu dan terakhir kali menggunakan sabu 1 bulan yang lalu karena



mengatakan sulit mendapatkan sabu belakangan ini. Ia juga mengaku sering menggunakan obat penenang, ganja, atau alkohol jika sulit tidur.

Berdasarkan kasus di atas, jawablah pertanyaan di bawah ini:

1. Apakah kondisi yang sedang dialami Yanto?
2. Apakah penyebab kondisi tersebut?

Kasus 2

Seorang wanita berusia 32 tahun, datang ke dokter dengan keluhan utama ketegangan otot. Keluhan tersebut seringkali dialami sepanjang hidupnya, tetapi dirasakan semakin memberat sejak 7 bulan terakhir ini. Ia menggambarkan dirinya sebagai seorang pencemas, terlebih sejak kelahiran anak pertamanya 1 tahun yang lalu. Ia mencemaskan semua hal dan tidak dapat menghentikan kecemasannya walaupun sudah berusaha untuk tidak cemas. Selain itu, ia juga mengeluh gelisah dan sulit untuk memulai tidur, tetapi sering terbangun pada tengah malam dan tidak dapat tidur kembali. Ia menyangkal adanya riwayat penggunaan zat psikoaktif selain penggunaan alkohol 1 hari/minggu diakhir pekan sejak 1 tahun terakhir ini. Ia dan suaminya bekerja sebagai seorang pengacara, meskipun seringkali ia mengeluh sulit untuk konsentrasi dalam pekerjaan sejak kelahiran anaknya.

Berdasarkan kasus di atas, jawablah pertanyaan di bawah ini:

1. Apakah kondisi yang sedang dialami oleh wanita tersebut?
2. Apakah penyebab kondisi yang sedang dialaminya?

RANGKUMAN

Narkotika merupakan zat yang sangat kuat dan bekerja di otak, mengubah struktur serta kerja otak yang mengakibatkan penggunaannya mengalami gangguan pada fisik dan mental. Sejumlah penyakit infeksi dan non-infeksi serta gangguan mental dapat terjadi pada gangguan penggunaan zat. Gangguan penggunaan zat sebagai penyebab terjadinya penyakit fisik dan gangguan mental. Tidak menggunakan narkotika, melaksanakan hidup

dengan pola hidup sehat dan kepatuhan berobat jika menderita sakit akan membuat hidup lebih baik dan bermanfaat. GPZ dapat melakukan aktivitas kehidupannya apabila berobat secara teratur ke Psikiater, patuh minum obat sesuai resep dokter, dan melaksanakan pola hidup sehat tanpa narkotika.

GLOSARIUM

- APA : *American Psychiatric Association*
- CD4 : Kluster diferensiasi 4 yaitu sel dalam darah yang terlibat dalam kekebalan tubuh.
- DSM V : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*
- ODHA : Orang dengan HIV/AIDS
- RNA : *Ribonucleic acid* yaitu molekul primer yang terlibat dalam proses biologi di tubuh.
- UNODC : *United Nations Office on Drugs and Crime*

REFERENSI

- American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition" (DSM-V).*
- Amin, Zulkifli, Bahar, Asril. Tuberkulosis Paru. Dalam: Sudoyo AW, Bambang Setiyohadi, Idrus Alwi, Marcellus Simadibrata K., Siti Setiadi. (2006). Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FK UI. Jilid II: edisi IV: hal 988.
- APASL guidelines on the management chronic hepatitis B.* Dalam Alwi, Idrus, Simon Salim, Rudy Hidayat, Juferdy Kurniawan, Dicky L. Tahapary. (2015). Penatalaksanaan di

- Bidang Ilmu Penyakit Dalam: Panduan Praktis Klinis. Internal Publishing. Cetakan kedua: hal 237.
- Bacon BR. *Cirrhosis and It's Complication*. In: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Houser SL, Jameson JL, Loscalzo J. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. Dalam: Alwi, Idrus, Simon Salim, Rudy Hidayat, Juferdy Kurniawan, Dicky L. Tahapary. (2015). Penatalaksanaan di Bidang Ilmu Penyakit Dalam: Panduan Praktis Klinis. Internal Publishing. Cetakan kedua: hal 265-269.
- Daili, Sjaiful Fahmi. Gonorrhea. Dalam: DjuAnda, Adhi, Mochtar hamzah, Siti Aisah. (2007). Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Edisi ke-5: cetakan kedua.
- Fauci AS, Lone HC. *Human Immunodeficiency Virus: AIDS and related disorders*. In: Fauci A, Braunwald E, Kasper D, *Harrison's Principles of Internal Medicine*. Dalam: Alwi, Idrus, Simon Salim, Rudy Hidayat, Juferdy Kurniawan, Dicky L. Tahapary. (2015). Penatalaksanaan di Bidang Ilmu Penyakit Dalam: Panduan Praktis Klinis. Internal Publishing. Cetakan kedua: hal 918-925.
- Handoko, Ronny P. Herpes Simpleks. Dalam: DjuAnda, Adhi, Mochtar hamzah, Siti Aisah. (2007). Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Edisi ke-5: cetakan kedua
- HIV. Dalam: Sudoyo AW, Bambang Setiyohadi, Idrus Alwi, Marcellus Simadibrata K., Siti Setiadi. (2006). Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Dalam: Alwi, Idrus, Simon Salim, Rudy Hidayat, Juferdy Kurniawan, Dicky L. Tahapary. (2015). Penatalaksanaan di Bidang Ilmu Penyakit Dalam: Panduan Praktis Klinis. Internal Publishing. Cetakan kedua: hal 918-928.
- Joewana, Satya. (2005). Gangguan Mental dan Perilaku Akibat Penggunaan Zat Psikoaktif. Edisi ke-2. Jakarta: EGC.
- Kahrilas PJ. *Esophageal Structure and Function*. In: Fauci A. Kasper D. Et al editor. *Harrison's principles of internal medicine*. Dalam: *Gastroesophageal RefluxDisease (GERD)*. Dalam: Alwi, Idrus, Simon Salim, Rudy Hidayat, Juferdy Kurniawan, Dicky L.



- Tahapary. (2015). Penatalaksanaan di Bidang Ilmu Penyakit Dalam: Panduan Praktis Klinis. Internal Publishing. Cetakan kedua: hal 172-174.
- Kaplan, Harold I, Benjamin J. Sadock. (1998). Ilmu Kedokteran Jiwa Darurat. Alih bahasa, W.M. Roan. Jakarta: Widya medika. Cetakan I.
- Makmum D. Penyakit Refluks Gastroesofageal. Dalam: Sudoyo AW, Bambang Setiyohadi, Idrus Alwi, Marcellus Simadibrata K., Siti Setiadi. (2006). Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FK UI. Jilid I: edisi IV: hal 315-319.
- Mc Cormick PA. *Hepatic Cirrosis*. In: Dooley JS, et all editor. *Sherlock's Diseases ofThe Liver and Biliary System*. Dalam: Alwi, Idrus, Simon Salim, Rudy Hidayat, Juferdy Kurniawan, Dicky L. Tahapary. (2015). Penatalaksanaan di Bidang Ilmu Penyakit Dalam: Panduan Praktis Klinis. Internal Publishing. Cetakan kedua: hal 266-267.
- Natahusada, EC, Adhi DjuAnda. Sifilis. Dalam: DjuAnda, Adhi, Mochtar hamzah, Siti Aisah. (2007). Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Edisi ke-5: cetakan kedua.
- Nurdjanah, Siti. Sirrosis Hati. Dalam: Sudoyo AW, Bambang Setiyohadi, Idrus Alwi, Marcellus Simadibrata K., Siti Setiadi. (2006). Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FK UI. Jilid I: edisi IV: hal 444-446.
- Soemoharjo, Soewignjo, Stephanus Gunawan. Hepatitis B Kronik. Dalam: Sudoyo AW, Bambang Setiyohadi, Idrus Alwi, Marcellus Simadibrata K., Siti Setiadi. (2006). Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FK UI. Jilid I: edisi IV: hal 433-437.
- Sukmana, Nanang. Intoksikasi Narkotika (Opiat). Dalam: Sudoyo AW, Bambang Setiyohadi, Idrus Alwi, Marcellus Simadibrata K., Siti Setiadi. (2006). Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FK UI. Jilid I: edisi IV: hal 211.
- Tsutaoka B. Benzodiazepin. *Specific Poisons and Drugs: Diagnosis and Treatment*. In: Oslon KR (editor). *Poisoning and Drug Overdose*. Dalam: EIMED PAPDI:



Kegawatdaruratan Penyakit Dalam (*Emergency in Internal Medicine*). Interna Publising.
Buku 2. Cetakan ketiga: hal 729-730.

Universal Treatment Curriculum for Substance Use Disorder, modul pelatihan kurikulum seri
3.

*World Health Organization's (WHO's) International Statistical Classification of Diseases
(ICD), 10th revision.*

Perpustakaan BNN



Kegiatan belajar: 3

PENATALAKSANAAN KONSELING

13.3.1P-135 Menit

DESKRIPSI SINGKAT

Dalam memberikan rawatan klien dengan gangguan penggunaan narkotika dibutuhkan intervensi yang tepat sesuai kebutuhan masing-masing individu. Salah satu pendekatan yang dapat diterapkan adalah dengan melakukan konseling. Konseling yang benar bukanlah hal yang mudah untuk dipraktikkan karena suatu proses konseling disebut efektif, apabila setelah konseling, klien akan mengalami perubahan yang positif terhadap permasalahan yang sedang dia hadapi termasuk gangguan penggunaan narkotikanya

Pada proses konseling dasar ketergantungan narkotika ada beberapa hal yang perlu diketahui petugas pemberi rawatan atau layanan seperti karakteristik konselor, hubungan ganda, transferens, *counter-transference*, langkah-langkah dan berbagai keterampilan dalam melakukan konseling dasar adiksi narkotika, seperti: keterampilan membuka, mendengarkan, proses, merespon, dan terminasi. Isu resistensi juga menjadi isu yang sering ditemukan dalam menghadapi klien dengan gangguan penggunaan narkotika, sehingga dibutuhkan pengetahuan dan keterampilan yang efektif dalam menghadapi resistensi agar proses konseling dapat berjalan dengan baik. Modul tentang penatalaksanaan konseling ini disusun dengan mempertimbangkan kebutuhan-kebutuhan di atas yang diharapkan dapat memberikan pembekalan teknis bagi petugas yang bekerja di layanan rawatan adiksi narkotika.

TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah pembelajaran ini, peserta dapat memahami dan menjelaskan tentang pengetahuan dasar konseling dan keterampilan konseling dasar adiksi narkoba

INDIKATOR HASIL BELAJAR

Setelah mengikuti kegiatan pembelajaran, peserta dapat :

- a. Memahami dan menjelaskan tentang pengetahuan dasar konseling
- b. Memahami dan menjelaskan keterampilan konseling dasar adiksi narkoba

METODE DAN ALAT PEMBELAJARAN

Metode: ceramah interaktif, curah pendapat, tanya jawab, dan permainan

Alat pembelajaran: bahan tayang, multimedia, spidol, kertas, alat tulis, soal pre dan post test

LANGKAH PEMBELAJARAN

1. Fasilitator mengucapkan salam pembuka dan memperkenalkan diri.
2. Fasilitator menciptakan suasana kelas yang kondusif dengan permainan dan memberikan arahan yang jelas serta contoh permainan yang dimaksud.
3. Fasilitator menjelaskan tujuan pembelajaran dan indikator keberhasilan.
4. Fasilitator meminta peserta pelatihan mengungkapkan pengetahuannya tentang konseling dasar.
5. Fasilitator menjelaskan karakteristik konselor.
6. Fasilitator menjelaskan hambatan dalam konseling.
7. Fasilitator menjelaskan hubungan yang harus dihindari dalam konseling.

8. Fasilitator menjelaskan keterampilan konseling dasar adiksi narkotika.
9. Fasilitator membuat rangkuman bersama peserta.
10. Fasilitator melaksanakan evaluasi pembelajaran secara umum.
11. Fasilitator acara dengan ucapan terima kasih dan memberikan apresiasi kepada peserta.

POKOK BAHASAN

Dalam modul ini akan dibahas pokok bahasan dan subpokok bahasan berikut:

Pokok Bahasan 1. Pengetahuan dasar konseling

- 1.1. Definisi konseling
- 1.2. Definisi hubungan terapeutic
- 1.3. Karakteristik konselor
- 1.4. Hambatan dalam konseling
- 1.5. Hubungan yang harus dihindari dalam konseling

Pokok Bahasan 2. Keterampilan konseling dasar adiksi

- 2.1. Membuka
- 2.2. Mendengarkan
- 2.3. Proses
- 2.4. Merespon
- 2.5. Terminasi

URAIAN MATERI

i. Pengetahuan Dasar Konseling

1.1. Definisi Konseling

Konseling merupakan suatu teknik untuk intervensi dan mengubah tingkah laku. Dalam konseling, seorang konselor membantu klien dalam pemecahan masalahnya. (Lesmana, 2005) Konseling berorientasi pada pemecahan masalah,

membantu individu untuk menjelaskan dirinya sendiri dan mengembangkan kemampuan untuk membuat keputusan dan pilihan. Konseling juga merupakan bagian dari salah satu cara membantu klien dengan GPZ. Klien membutuhkan bantuan untuk menyelesaikan penggunaan narkotika ataupun masalah lain yang terkait, misalnya: klien yang bermasalah dengan stigma, hukum karena penggunaan narkotikanya, maka klien membutuhkan bantuan untuk rehabilitasi atau rawatan.

1.2. Definisi Hubungan Terapeutik

Hubungan yang membantu (terapeutik) adalah hubungan yang bermakna antara seorang konselor dengan klien dimana proses konseling bertujuan untuk membina hubungan konselor dengan klien, memberikan dukungan kepada klien, dan memfasilitasi perubahan dari klien dalam menyelesaikan permasalahannya.

1.3. Karakteristik Konselor

Karakteristik konselor memiliki efek yang sangat besar pada proses konseling. Selain pengetahuan dan keterampilan, ada beberapa kualitas spesifik yang harus dimiliki konselor, yaitu:

- a. Kongruen: menjadi diri sendiri dan memiliki kesadaran tentang diri.
- b. Menerima tanpa syarat dan menghormati: menerima nilai dan kebutuhan klien, memberi kepercayaan dan tidak menghakimi.
- c. Memiliki empati: menjelaskan klien tentang kerangka berpikir klien tersebut.
- d. Sehat secara psikologis: tidak membawa beban masalah pribadi yang dapat menghambat proses konseling.
- e. Peka terhadap isu rasial, etnik, dan budaya: menjelaskan bahwa dirinya hidup dalam konteks lingkungan yang beragam.
- f. Keterbukaan: membuka diri dengan berbagai pengalaman, pengetahuan serta norma-norma lain.
- g. Objektif: melihat dengan akurat kondisi klien.
- h. Kompeten: memiliki pengetahuan, informasi, dan keterampilan untuk membantu.



- i. Dapat dipercaya: menjaga kerahasiaan klien sesuai standar etik.

1.4. Hambatan Pelaksanaan Konseling

Hambatan dalam pelaksanaan konseling bisa terjadi karena faktor yang berasal dari klien, seperti: (FHI/360,2010)

- a. Klien berfikir bahwa tidak ada seorang pun yang bisa menyelesaikan masalahnya selain diri sendiri.
- b. Klien menyangkal memiliki masalah dengan penggunaan narkoba.
- c. Klien lebih menyukai berbicara mengenai masalah pribadi, kegagalan, atau hambatan.
- d. Klien merasa sungkan untuk membicarakan hal-hal yang rahasia.
- e. Klien tidak bisa untuk meluangkan waktu dipertemuan sebelumnya sehingga mereka tidak mau mengulangnya.
- f. Klien memiliki pengalaman dengan konselor sebelumnya yang dirasa tidak menyenangkan.
- g. Klien berpikir konselor yang tidak pernah bermasalah dengan narkoba tidak dapat memahaminya.

1.5. Hubungan Yang Harus Dihindari Dalam Konseling

a. Hubungan Ganda

Hubungan ganda terjadi ketika konselor berperan ganda, baik dalam kapasitasnya sebagai konselor dan setidaknya satu peran lainnya terhadap klien yang sama. Contoh : sosial, finansial, profesional. Cara mencegah terjadinya hubungan ganda tersebut adalah:

- Sedapat mungkin dihindari
- Meminimalisir keterlibatan ketika hubungan ganda tidak mungkin dihindari.
- Membuat pilihan secara sadar dan saling menghargai



b. Transferens

Transferens adalah suatu proses dimana klien mentransfer sikap, perasaan, dan hasrat kepada konselor sehingga mengubah bentuk hubungan konseling menjadi bentuk hubungan lain. Transferens tidak diperbolehkan karena dapat menghambat proses konseling dengan cara mendistorsi persepsi dan reaksi klien terhadap konselor. Contoh kasus transferens adalah klien akan melihat konselor sebagai pengasuhnya sehingga klien akan merasa tidak berdaya dan menjadi ketergantungan berlebihan kepada konselornya, atau klien melihat konselor sebagai figur otoritas yang menghakiminya.

Selain transferens, ada '*counter-transferens*' yaitu konselor mentransfer ke dalam perasaan dan sikap klien mengenai orang lain dari kehidupan masa lalu atau masa sekarang konselor. *Counter-transferens* dapat terjadi sebagai respon terhadap isu klien, yang juga pernah atau menjadi masalah bagi konselor. Untuk mencegah *counter-transferens*, konselor perlu menyadari dan menyelesaikan permasalahan pribadinya serta mendapatkan supervisi atau konsultasi dari professional lain.

2. Keterampilan Konseling Dasar Adiksi

Keterampilan konseling dasar pada konseling adiksi, terdiri dari:

1. Membuka
2. Mendengarkan
3. Proses
4. Merespon
5. Terminasi

2.1. Membuka

Keterampilan membuka adalah keterampilan untuk memulai komunikasi/hubungan konseling atau membina hubungan. Contohnya adalah menyambut kehadiran klien, membicarakan topik netral, dan memindahkan pembicaraan topik netral ke dalam permulaan konseling.



a. Penyambutan

- Verbal memberi atau menjawab salam, menyebut nama klien, mempersilahkan duduk, dll.
- Non verbal : segera membuka pintu ruang konseling, jabat tangan, senyum dengan ceria, mendampingi/ mengiringi klien saat menuju tempat duduk, menempatkan klien pada tempat duduk yang lebih baik, konselor duduk sesudah kliennya duduk, dan lain-lain.

b. Pembicaraan topik netral

- Topik netral adalah bahan pembicaraan yang sifatnya umum dan tidak menyinggung perasaan klien. Bahan topik netral adalah kejadian-kejadian hangat di lingkungan klien, hobi klien, bahan-bahan atau gambar-gambar yang ada di ruang konseling, lingkungan asal klien, dan lain-lain.

c. Pemindahan topik netral ke permulaan konseling.

- Menggunakan kalimat "jembatan", misalnya: "Setelah kita membicarakan.....(isi topik netral), barangkali ada sesuatu hal yang perlu kita bicarakan bersama dalam pertemuan ini".
- Mengembangkan sebagian isi topik netral, misalnya: "Itu tadi hobimu di bidang otomotif, boleh ceritakan lebih lanjut?".

2.2. Mendengarkan

Keterampilan mendengarkan merupakan hal pokok dalam konseling. Mendengarkan berbeda dengan mendengar. Mendengar adalah kegiatan fisik dari telinga. Kegiatan ini tidak lebih dari aktivitas fisiologis berupa penerimaan gelombang ke telinga, sedangkan mendengarkan merupakan proses yang dilakukan otak dalam menerima informasi yang memerlukan konsentrasi klien agar dapat dicerna, dipahami dan bereaksi terhadap pesan yang ditangkap atau didengar. Contoh mendengar: *"Apa kamu mendengar suara ketukan sepatu?"* sedangkan mendengarkan, *"Jika kamu mendengarkan penjelasan saya, maka kamu dapat menjawab pertanyaan saya"*.

Dalam konseling, keterampilan mendengarkan terdiri dari:



a. Pemusatan perhatian

Pemusatan perhatian adalah keterampilan yang dilakukan konselor untuk memusatkan perhatian kepada klien agar klien merasa dihargai sehingga suasana mejadi kondusif dan klien bebas mengekspresikan/ mengungkapkan tentang apa saja yang ada dalam pikiran, perasaan atau tingkah lakunya.

1. Posisi badan (termasuk gerak isyarat dan ekspresi muka) diantara posisi badan yang baik dalam pemusatan perhatian, mencakup:
 - Duduk dengan posisi badan menghadap klien;
 - Tangan di atas pangkuan atau berpegang bebas atau kadang-kadang digunakan untuk menunjukkan gerak isyarat yang sedang dikomunikasikan secara verbal;
 - Responsif dengan menggunakan bagian wajah, misalnya senyum spontan atau anggukan kepala sebagai persetujuan atau pemahaman dan kerutan dahi Tanda tidak mengerti. Misalnya: dengan “hmm”, mengangguk, “ya..”, atau menyebutkan ulang kata yang penting;
 - Badan tegak lurus tanpa kaku dan sesekali condong kearah klien untuk menunjukkan kebersamaan dengan klien.
2. Kontak mata yang baik berlangsung dengan mata melihat klien saat klien berbicara kepada konselor dan sebaliknya. Kontak mata harus dipertahankan atau dipelihara dengan menggunakan pandangan spontan yang mengekspresikan minat dan keinginan mendengarkan serta merespon klien. Kontak mata yang tidak baik adalah: tidak pernah melihat klien, menatap klien untuk secara tetap dan tidak memberi kesempatan klien untuk membalas tatapan, serta mengalihkan pandangan dari klien segera sesudah klien melihat kepada konselor.

b. Parafrase

Parafrase adalah kata-kata konselor untuk menyatakan kembali esensi dari ucapan-ucapan klien. Parafrase yang efektif dapat dilakukan dengan cara, yaitu: klien merasakan kebersamaan dengan pembimbing, lebih mengarahkan



pembicaraan klien berikutnya, dapat mengecek ketepatan/kecermatan pembimbing dalam menangani klien, dan parafrase yang efektif akan sering diikuti dengan kata-kata “ya” atau “benar/betul” secara spontan dari klien.

Langkah melakukan parafrase adalah:

- Dengarkan pesan utama dari kata-kata klien;
- Nyatakan kembali pesan utama secara sederhana dan singkat;
- Amati pertanda atau minta respon dari klien tentang kecermatan konselor.

Contoh parafrase :

Klien: *“Saya merasa istri saya tidak bisa menjadi istri yang baik. Dia sering membantah keinginan saya. Saya tidak suka dia bekerja di luar. Saya ingin dia di rumah menjaga anak-anak saja. Saya bisa membiayai keluarga saya dengan berlebih tanpa dia harus bekerja. Tetapi dia keras kepala tidak mau hanya jadi ibu rumah tangga. Itu yang membuat kami selalu bertengkar dan saya mencari pelampiasan ke narkoba.”*

Konselor: *“Kamu menganggap permasalahan dengan istri yang tidak mau menjadi ibu rumah tangga yang menyebabkan kamu memakai narkoba.”*

Beberapa hal yang perlu diperhatikan oleh konselor saat parafrase, yaitu:

- a) Parafrase hanya menyatakan kembali secara lebih esensial, bantuan untuk memperoleh klarifikasi tambahan yang tepat.
- b) Parafrase bukanlah upaya membaca apa yang terlintas di pikiran klien (interpretasi) atau pemikiran konselor terhadap ucapan klien.
- c) Parafrase biasanya diikuti dengan “pernyataan mengundang pembicaraan terbuka”.

c. Mendengar reflektif

Mendengar reflektif adalah lebih dari sekedar mendengar saja, dimana pendengar harus memperhatikan dengan seksama pesan-pesan yang



disampaikan oleh orang yang sedang berbicara. Refleksi merupakan teknik yang digunakan konselor untuk memantulkan perasaan/sikap yang terkandung di balik pernyataan klien. (Mulawarman, 2017)

Bentuk respon konselor didahului oleh kata-kata pendahuluan: seperti agaknya, sepertinya, tampaknya, rupa-rupanya, kedengarannya, nada-nadanya, dan lain-lain. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam mendengar reflektif adalah:

- a) Hindari stereotipe;
- b) Pilih waktu yang tepat untuk merespon pernyataan klien;
- c) Gunakan kata-kata perasaan yang melambangkan perasaan/sikap klien secara tepat;
- d) Sesuaikan bahasa yang digunakan dengan kondisi klien. Ia juga harus berusaha menjelaskan pesan yang disampaikan dan menyampaikan kembali apa yang didengarnya (refleksi).

Ada beberapa keterampilan mendengar reflektif, yaitu:

1. Refleksi sederhana/ simple:

Contoh

Klien: *"Saya tidak mau minum obat"*

Konselor: *"Kamu berfikir bahwa minum obat tidak membantu kamu saat ini"*

2. Refleksi perasaan: menyampaikan kembali perasaan yang diutarakan oleh klien.

Contoh:

Klien: *"Saya sudah begitu yakin bahwa saya tidak akan memakai narkotika lagi. Tetapi saya tidak menyangka ternyata saya relapse lagi"*

Konselor: *"Membuat kamu merasa kecewa ya"*

Klien: *"Ya pasti. Apakah saya bisa benar-benar lepas dari narkotika?"*



3. Refleksi makna: menyampaikan kembali fakta dan perasaan yang diutarakan klien.

Klien: *"Ibu saya terus-menerus menuduh saya memakai narkoba lagi. Saya tidak suka dia seperti itu terus"*

Konselor: *"Kamu merasa kesal karena Ibu kamu tidak mempercayai kamu"*

4. Refleksi sumatif : mengungkapkan kembali secara singkat tema dan perasaan utama yang diekspresikan pembicara dengan durasi percakapan yang lebih lama dibandingkan refleksi jenis lain. Refleksi sumatif juga dapat menyatakan kembali informasi penting yang dikatakan berulang-ulang atau dengan intensitas tinggi.

Contoh :

"Tema yang selalu kamu ulangi sepertinya adalah..."

"Mari kita merangkum apa saja yang sudah kita bicarakan sejauh ini..."

5. Refleksi yang diperkuat : memperluas atau melebihkan pernyataan klien, namun tidak terdengar sarkastik. Refleksi ini dapat membantu klien memikirkan kembali perkataannya.

Contoh :

Klien: *"Saya memakai narkoba karena kurang perhatian. Orangtua saya sibuk kerja tiap hari. Mereka sibuk sama dunia mereka sendiri. Saya juga akhirnya sibuk sama narkoba"*

Konselor: *"Jadi orang tua kamu sama sekali tidak pernah memberikan perhatian dan bantuan apapun kepada kamu"*

Klien: *"Hmm....tidak juga sih. Mereka selalu ada memenuhi keperluan biaya-biaya kuliah sama jajan. Mereka sebenarnya royal dibanding orangtua teman saya yang lain"*

6. Refleksi dua sisi : mengakui perkataan klien, namun juga menyatakan hal yang bertolak belakang dengan menggunakan informasi yang telah klien nyatakan sebelumnya.

Contoh:

Klien: *"Saya tidak tahu apakah mau bekerja di tempat lama lagi atau tidak setelah keluar rehabilitasi nanti. Saya suka dengan pekerjaan saya sebagai DJ, karena sudah lama saya tekuni dan teman saya di lingkungan itu pun banyak. Tetapi saya tahu jika saya tetap dengan pekerjaan itu maka resiko saya untuk memakai narkoba lagi akan besar. Keluarga saya pun tidak mengizinkannya".*

Konselor: *"Di satu sisi kamu begitu menikmati pekerjaan kamu, tetapi di sisi lain kamu tidak yakin akan bisa menjaga pemulihan jika tetap bekerja di sana".*

Manfaat mendengar reflektif, adalah:

- a. Klien akan menghargai karena merasa didengarkan dan merasakan empati dari konselor;
- b. Mencegah amarah dan meredakan krisis;
- c. Mencegah komunikasi dan asumsi yang salah agar dapat dikoreksi langsung oleh klien;
- d. Membantu konselor mengingat apa yang dikatakan;.
- e. Menghindari sikap menggurui dan mengabaikan klien yang dapat menyebabkan resistensi;
- f. Membuat klien juga bersedia untuk mendengarkan konselor dan berbicara lebih banyak;
- g. Memperkuat motivasi untuk berubah.

d. Keterbukaan Diri

Teknik yang digunakan konselor untuk menunjukkan minat dan pemahaman terhadap hal-hal yang dikemukakan klien. Bentuk keterbukaan diri konselor terhadap klien berupa:

1. Verbal

- a) Bentuk pendek: Teruskan/ terus, ohya; lalu/ kemudian, ya...ya...;hmm... hmm.....
- b) Bentuk panjang: Saya memahami.....; saya menghayati.....; Saya dapat merasakan.....; Saya dapat mengerti.....

2. Non verbal

Berupa anggukan kepala, posisi duduk condong ke depan, perubahan mimik wajah, memelihara kontak mata, dan lain-lain.

Contoh:

Klien: *"Saya selalu merasa tidak percaya diri dengan badan yang gemuk".*

Konselor: *"Saya dapat memahami bagaimana perasaan Anda".*

Klien: *"Bayangin tiap hari di bully sama temen-temen. Hai.. gendut...gendut, sebel bangetkan. Udah aja daripada pusing katanya pake sabu bisa kurus".*

Konselor: *"(Konselor mengangguk-anggukkan kepala sambil bergumam) "hmm...hmm..."*

e. Merangkum

Keterampilan yang digunakan konselor untuk menyimpulkan atau meringkas mengenai apa yang telah dikemukakan klien pada proses konseling. Jenis-jenis merangkum terdiri atas dua jenis, yaitu rangkuman bagian dan rangkuman keseluruhan /akhir.

1. Merangkum bagian

Merupakan kesimpulan yang dibuat setiap saat dari percakapan klien dan konselor yang dipandang penting. Untuk kesimpulan tersebut didahului kata-kata pendahuluan seperti: “untuk sementara ini....., sampai saat ini....., sejauh ini....., selama ini.....,dsb”.

Contoh:

Konselor : *“Sejauh ini dari pembicaraan kita dapat disimpulkan bahwa kita telah membahas masalah yang Anda hadapi yaitu diberhentikan pekerjaan karena penggunaan sabu Anda, yang sudah menjadi ketergantungan. Marilah kita cari cara yang dapat membantu Anda mengatasi masalah tersebut”.*

2. Merangkum akhir/ keseluruhan

Merangkum akhir merupakan kesimpulan yang dibuat pada akhir konseling sebagai kesimpulan keseluruhan pembicaraan. Kesimpulan akhir didahului oleh kata-kata pendahuluan seperti: sebagai kesimpulan akhir....., sebagai puncak pembicaraan kita....., sebagai penutup pembicaraan kita....., dari awal hingga akhir pembicaraan kita...., dsb.

Contoh:

Konselor: *“Sebagai kesimpulan akhir dari pembicaraan kita dapat saya simpulkan bahwa Anda mempunyai kesulitan untuk berkonsentrasi dalam pekerjaan bahkan Anda merasa malas untuk menyelesaikan tugas dari kantor Anda. Bermula dari masalah penggunaan sabu, yang akhir-akhir ini penggunaan dosisnya meningkat. Hingga dampaknya kemarin atasan Anda memberikan peringatan atas kelalaian tugas. Dan dari pembicaraan Anda tadi, Anda sudah merasa memiliki masalah dengan penggunaan sabu, dan Anda ingin sekali berhenti menggunakan sabu, namun belum mengetahui caranya”.*

2.3. Proses

Proses adalah suatu tindakan konselor dalam berpikir dan meninjau ulang observasi klien dan hal yang telah dikomunikasikan. Refleksi memberi kesempatan konselor untuk menyiapkan respon yang relevan terhadap isu-isu klien. Dalam proses konseling, konselor mampu melakukan beberapa keterampilan yaitu mengembangkan diskrepansi dan interpretasi.

2.3.1. Mengembangkan diskrepansi

Keterampilan yang digunakan konselor untuk menunjukkan adanya kesenjangan/ diskrepansi dalam diri klien dan kemudian konselor memberikan umpan balik kepada klien. Beberapa kesenjangan yang dapat terjadi: (Mulawarman, 2017)

1. Antara dua pernyataan klien

Contoh: *"Saya sebenarnya ga ada masalah sama pakai narkoba, kayaknya atasan saya aja yang resek kalau pekerjaan tidak beres pas deadline."*

2. Antara apa yang dikatakan dengan apa yang dilakukan klien.

Contoh: *Klien mengatakan bahwa dia sangat ingin berhenti pakai narkoba, tetapi dia tidak datang untuk konseling.*

3. Antara pernyataan dan tingkah laku nonverbal

Contoh: *Klien menyatakan bahwa dia sangat senang bertemu pacarnya tetapi sewaktu bercerita raut wajahnya sedih.*

4. Antara dua tingkah laku nonverbal, misalnya kaki gemetar sedangkan bibir tersenyum

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam penggunaan mengembangkan diskrepansi: (Mulawarman, 2017)

- a) Mengembangkan diskrepansi dapat dilakukan jika hubungan klien dan konselor sudah mencapai kepercayaan, jika tidak justru terjadi resistensi (mempertahankan diri) pada diri klien.



- b) Konselor harus cukup yakin tentang apa yang ditunjukkan sebagai pertentangan, dan tidak boleh bicara dengan nada mengadili, menuduh atau memamerkan ketajaman pengamatannya.

2.3.2. Interpretasi

Keterampilan yang digunakan oleh konselor dimana karena tingkah laku klien, konselor menafsirkan dan mengklarifikasi dengan mengkomunikasikannya kepada klien. Dalam interpretasi, konselor menggali makna di balik kata-kata atau tindakan. Tujuan interpretasi adalah membantu klien untuk dapat lebih memahami diri sendiri dan bersedia mempertimbangkannya dengan pikiran terbuka.

Contoh:

Konselor: *“Anda mengatakan tadi bahwa Anda merasa malu berbadan gemuk. Anda juga mengatakan di lain waktu, bahwa Anda merasa tidak nyaman dengan teman-teman yang mencela Anda, dengan kata-kata gemuk. Kemudian Anda merasa tidak tahan dengan itu sehingga Anda mencoba menggunakan sabu dengan berpikir bahwa sabu bisa membuat Anda kurus. Apakah mungkin Anda menggunakan sabu untuk menutupi rasa malu yang muncul akibat ejekan teman-teman Anda? Bagaimana menurut pendapat Anda?”* .

2.3.3. Memperkuat Komitmen

Keterampilan digunakan oleh konselor untuk memperkuat komitmen dan membuat keputusan baik yang disadari oleh klien.

Contoh:

Konselor: *“Sejauh ini Anda memiliki perhatian dan kesadaran terhadap masalah penggunaan narkoba yang sedang dihadapi. Anda berharap untuk bisa berhenti menggunakan narkoba. Keinginan Anda berhenti akan lebih optimal jika Anda mendapatkan perlakuan yang tepat. Sekiranya Anda berhenti,*

harapan terhadap pekerjaan dan rumah tangga bisa diselesaikan dengan baik.”

2.3.4. Menghadapi Resistensi

Keterampilan yang digunakan konselor, saat klien berada pada situasi penolakan ide atau anjuran.

Contoh:

Klien: *“Suami saya selalu menyebut saya pecandu narkotika padahal saya tidak sampai ketergantungan narkotika. Itu benar-benar mengganggu saya.”*

Konselor: *“Kedengarannya seperti dia benar-benar peduli pada Anda, meskipun ia mengungkapkan hal itu dengan cara yang membuat Anda marah. Mungkin kita dapat membantunya belajar cara menyampaikan kepada Anda dengan cara yang lebih positif dan dapat diterima.”*

2.4. Merespon

Merespon merupakan kegiatan mengkomunikasikan informasi kepada klien, termasuk memberikan umpan balik dan dukungan emosional, ditujukan untuk isu-isu penting. Kemampuan merespon terdiri dari empati, probing, dan hening.

2.4.1. Empati

Keterampilan belajar untuk memahami sudut pandang lain melalui mendengarkan reflektif, baik konselor memiliki ataupun tidak memiliki pengalaman yang serupa.

Contoh:

Klien: *“Semenjak kecil saya merasa memiliki orang tua, tetapi rasanya asing dan rasanya sepi karena mereka sibuk bekerja dan lebih fokus mengurus adik-adik saya”.*

Konselor: *“Saya dapat memahami perasaan Anda, Anda sering merasa kesepian”.*



Klien: *“Saya akhirnya sering bawa teman-teman ke rumah, yah happy-happy bareng, di situlah pertama kali saya dikasih temen ekstasi”.*

Konselor: *“Saya dapat memahami perasaan Anda, mungkin perasaan kesepian yang mendorong Anda untuk berbuat sesuatu”.*

2.4.2 Probing/ Penggalan

Keterampilan mengajukan pertanyaan untuk menggali lebih dalam sehingga diperoleh jawaban yang diinginkan. Teknik ini digunakan sebagai teknik pendahuluan untuk menstimulasi yang disajikan konselor. Pertanyaan yang intensif dan tidak efisien dapat mengganggu alur komunikasi spontan, mengalihkan komunikasi ke arah tujuan dan minat konselor daripada klien sehingga pertanyaan yang diajukan sebaiknya fokus pada kebutuhan klien yang diajukan dalam satu waktu untuk mendapatkan jawaban komprehensif, menghindari pertanyaan yang terkesan menyalahkan/menyudutkan dan bersifat terpetik. Probing, yaitu:

- a. Membantu klien untuk fokus perhatian dan perasaan dengan area masalahnya;
- b. Mendukung klien untuk menguraikan dan menjelaskan atau membuat ilustrasi apa yang dikatakannya;
- c. Meningkatkan kesadaran dan pemahaman klien terhadap situasi dan perasaannya;
- d. Menuntun perhatian klien pada area yang menurut konselor butuh perhatian.

Salah satu keterampilan dalam probing adalah menggunakan pertanyaan terbuka. Pertanyaan terbuka tidak dapat dijawab “ya” atau “tidak” atau dengan satu/dua kata, membutuhkan penjelasan, menstimulasi pemikiran.

Contoh :

| Pertanyaan Tertutup | Pertanyaan Terbuka |
|--------------------------------|--------------------------------|
| Apakah kamu sering menggunakan | Ceritakan bagaimana penggunaan |

| | |
|--|---|
| ganja? | ganjamu selama ini. |
| Jadi kamu tidak mau untuk direhabilitasi? | Bagaimana motivasi kamu untuk menjalani rehabilitasi? |
| Kamu awalnya memakai narkoba dari tetangga atau teman sekolah? | Ceritakan pada saya bagaimana kamu mengenal narkoba. |

Kegunaan pertanyaan terbuka adalah untuk membantu konselor menjelaskan sudut pandang klien, menggali penghayatan klien terhadap situasi, memfasilitasi dialog, menyediakan informasi tambahan, mendorong klien untuk lebih banyak berbicara, menghindari asumsi konselor, dan mempertahankan alur komunikasi terus berkembang.

2.4.3. Hening

Secara umum ada dua jenis hening, yaitu hening dari konselor dan hening dari klien.

1. Hening dari konselor

Jenis hening ini terjadi pada saat pusat komunikasi berada pada konselor. Pada waktu-waktu tertentu, konselor merespon dengan hening.

Contoh:

Konselor merasa dirinya terlalu aktif berbicara dan memutuskan untuk menggunakan teknik diam untuk mengurangi keaktifan tersebut dengan memberikan kesempatan kepada klien agar lebih banyak aktif dan memegang tanggung jawab. Di samping itu, kemungkinan konselor menyadari adanya suatu momentum pada diri klien yang dapat mengarahkan kesadaran, komitmen, atau isu-isu baru yang relevan. Dalam hal ini, konselor menggunakan teknik diam agar tidak mengganggu momentum psikologis klien tersebut.

Misalnya:

Klien: *“Bu, selama ini saya selalu bertanya-tanya pada diri saya sendiri sebetulnya siapa bertanggung jawab atas kematian ayah?”.*



Konselor: “.....”(diam untuk memberikan kesempatan kepada klien istirahat sejenak setelah mengungkapkan perasaannya berkaitan dengan pertanyaan mengenai kematian ayahnya)”.

2. Hening dari klien

Hening ini terjadi pada saat pusat komunikasi berada pada klien, yaitu setelah klien bercakap-cakap dan menerima tanggung jawab. Pada saat itu, ia berhenti berbicara beberapa saat. Hening dapat terjadi karena klien mau beristirahat sejenak setelah mengungkapkan perasaan-perasaan dan konfliknya, mere-organisasi pikiran dan perasaannya, memadukan pengalaman-pengalaman atau isu-isu baru ke dalam dirinya, menyusun kalimat yang akan dikemukakan selanjutnya, atau dirinya, menyusun kalimat yang akan dikemukakan selanjutnya, atau mungkin penolakan terhadap proses konseling.

Contoh:

Klien: *“Ya itu Pak, saya selalu menggunakan kebiasaan-kebiasaan orang tua saya sebagai ukuran menilai tingkah laku istri saya sehingga ia selalu marah kepada saya. Kalau ingat itu semua, saya sedih sekali.....(klien diam)”*

Konselor: *“.....(diam beberapa saat untuk memberikan kesempatan kepada klien untuk mengalami perasaan secara mendalam)”*.

2.5. Menutup/Terminasi

Keterampilan yang digunakan konselor untuk mengakhiri komunikasi konseling, baik mengakhiri untuk dilanjutkan pada pertemuan berikutnya atau konseling betul-betul telah “berakhir”. Bentuk cara terminasi ini dapat dilakukan dengan syarat misalnya konselor merapikan kembali alat-alat yang telah digunakan, membuat kesimpulan akhir, membicarakan tugas-tugas yang hendak dilakukan sebelum pertemuan yang akan datang, dan dapat dilakukan secara langsung.

Contoh terminasi adalah konselor menyampaikan batasan waktu konseling yang telah disepakati pada awal pertemuan.

Contoh:

Konselor: *“Baik, sekarang waktu telah menunjukkan pukul 10.00 sesuai kesepakatan kita di awal pertemuan tadi bahwa pertemuan ini hanya sampai pukul 10.00, maka marilah kita akhiri pertemuan ini dan akan kita lanjutkan minggu depan”.*

LATIHAN

Langkah-langkah :

1. Bentuklah grup kecil dimana dalam tiap grup terdapat orang yang berperan sebagai konselor, klien, dan observer.
2. Setiap grup mewakili setiap tahapan penggunaan yang berbeda.
3. Masing-masing grup kecil melakukan permainan peran sesuai skenario (ilustrasi) kasus adiksi yang diberikan.
4. Masing-masing grup kecil melakukan latihan mempraktekkan konseling.
5. Masing-masing grup kecil (yang berperan sebagai konselor dan klien) mempraktekan konseling di depan seluruh peserta.
6. Masing-masing grup kecil menceritakan pengalamannya dan mendapatkan umpan balik dari grup peserta lain maupun fasilitator.
7. Fasilitator merangkum hal-hal yang dipelajari dari praktek *roleplay* tersebut.

ILUSTRASI KASUS

Kasus 1:

Andi (22 th) adalah seorang pekerja *freelance*. Datang pertama kali ke layanan karena disuruh oleh keluarganya. Frekuensi Andi pergi ke diskotek 2-3x setiap minggu bersama teman-temannya. Mereka mengkonsumsi sabu dan kadang juga mengkonsumsi alkohol. Andi sebenarnya merasa tidak bermasalah dengan penggunaan zatnya ini, tetapi keluarga

dan pacarnya mulai komplain dan marah dengan kebiasaannya ini. Saat ini beberapa temannya sudah ada yang ditangkap petugas pada saat dugem, sehingga mereka berharap mendapatkan kartu IPWL yang “membebaskan” mereka bila tertangkap suatu saat nanti.”

Kasus 2:

Renald adalah seorang mahasiswa semester 5 yang tertangkap polisi sedang menggunakan narkoba. Jenis zat yang digunakan adalah sabu. Ia sudah menggunakan zat tersebut selama 2 tahun. Surya tidak dipidanakan, namun disarankan untuk mengikuti rehabilitasi. Respon keluarga mengetahui Surya terlibat masalah narkoba sangat marah dan tidak mau membantu Surya. Sikap Surya sendiri menerima dan pasrah mengenai keputusan yang telah diberikan kepadanya, meskipun tanpa adanya dukungan dari keluarga dan belajar mengambil hikmah dari kejadian tersebut”.

Kasus 3

Tika adalah seorang ibu rumah tangga yang memiliki 2 orang anak dan seorang suami yang sangat mencintainya. Tika sudah 10 tahun menggunakan sabu dengan frekuensi pemakaian *on-off*. Setelah menikah dan memiliki anak, Tika menggunakan sabu lagi. Namun kemudian Tika kambuh kembali karena konflik dalam rumah tangganya. Tika merasa bosan dan marah karena suaminya terlalu sibuk bekerja sehingga ia merasa kurang diperhatikan oleh suami. Ia juga tidak tahan dengan sikap ibu mertua yang cenderung tidak peduli kepadanya. Dengan dorongan dari keluarga, Tika pun bersedia untuk direhabilitasi namun ia merasa berat untuk berpisah dalam waktu lama dengan suami dan anak-anaknya.

RANGKUMAN

Konseling merupakan bagian dari intervensi dalam rawatan gangguan penggunaan narkoba. Konseling merupakan hubungan membantu, merupakan suatu teknik untuk

intervensi, untuk perubahan tingkah laku. Dimana konselor membantu klien dalam pemecahan masalahnya, dalam hal ini gangguan penggunaan narkotika. Dalam konseling terdapat hubungan yang membantu yaitu hubungan antara seorang konselor dengan klien yang bermakna dan bertujuan untuk membina hubungan konselor dengan klien, memberikan dukungan kepada klien, dan memfasilitasi perubahan dari klien dalam menyelesaikan permasalahannya. 5 keterampilan dalam praktik konseling yang harus dimiliki konselo adalah keterampilan membuka, mendengarkan, proses, merespon, dan menutup/terminasi.

REFERENSI

- Family Health International 360 (FHI360) 2010. Training Curriculum on Drug Addiction Counseling: Trainer Manual. Chapter 2 :What Is Drug Addiction counselling. Hanoi: Lotus Communication. Diakses dari http:*
- Lesmana, Jeanette M. 2005. Dasar-dasar Konseling. Jakarta: Universitas Indonesia (UI Press).
- Materi Pelatihan *Motivational Interview: Konseling Dasar Adiksi*. 2015. Jakarta: Direktorat Pengembangan Lembaga Rehabilitasi Instansi Pemerintah (PLRIP)-BNN.
- Mulawarman. 2017. Buku ajar: Pengantar Keterampilan Dasar Konseling Bagi Konselor Pendidikan. Semarang: UNNES.
- The Colombo Plan Asian Centre for Certification and Education Addiction Professionals Training Series*. 2011. Modul Panduan Peserta : Keterampilan Konseling Dasar untuk Konseling Adiksi. USA : US Department of State.
- The Panel of Resource Persons*. 2002. *Enhancing Life Skills in Drug Treatment and Rehabilitation: A Manual for Practitioners and Trainers*. USA: Colombo Plan Drug Advisory Programme

Kegiatan Belajar:4

PELIBATAN KELUARGA DALAM REHABILITASI

3 JP = 135 Menit

DESKRIPSI SINGKAT

Keluarga memegang peranan penting dalam upaya proses pemulihan pengguna narkotika. Keterlibatan keluarga merupakan salah satu bentuk dukungan yang dibutuhkan pengguna karena keluarga adalah orang-orang yang dekat secara emosional. Keluarga akan membawa pendekatan secara menyeluruh kepada setiap anggota atas masalah gangguan penggunaan narkotika yang dilakukan oleh salah satu anggotanya. Sejumlah studi menunjukkan bahwa melibatkan keluarga saat awal terapi dapat meningkatkan ketahanan dan dihubungkan dengan berkurangnya angka *relapse*. Saat keluarga dilibatkan dalam terapi, klien lebih sedikit membutuhkan sesi dan mengurangi angka kecenderungan melakukan tindak kriminal. (Colombo Plan, 2016)

Salah satu tujuan utama pelibatan keluarga dalam rawatan adalah untuk mengatasi hambatan yang terjadi dalam proses pemulihan. Tujuan lainnya adalah untuk membangun kembali struktur keluarga yang sehat. Pada keluarga yang telah mengalami dampak negatif akibat ketergantungan narkotika, struktur keluarga menjadi tidak efektif dan kehidupan keluarga menjadi tidak terorganisir. Orangtua akan kehilangan otoritas dan tidak mampu untuk menetapkan batasan dengan remaja pecandu narkotika. Sebagai petugas yang bekerja di dalam rehabilitasi, maka kita harus memahami tentang pentingnya pelibatan keluarga dalam rehabilitasi sehingga petugas akan lebih mudah dalam memberikan pelayanan kepada keluarga dari klien yang sedang di rehabilitasi. Modul ini akan membahas berbagai pokok bahasan, seperti konsep dasar pelibatan keluarga, sistem keluarga, dampak adiksi narkotika pada keluarga, tantangan dalam pelibatan keluarga pada program rehabilitasi, dan intervensi dalam pelibatan keluarga.

TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah mempelajari modul ini, peserta diharapkan dapat memahami konsep pelibatan keluarga dalam rehabilitasi. Namun sebelumnya, peserta diharapkan dapat memahami konsep dasar pelibatan keluarga dalam rehabilitasi, sistem keluarga, dampak adiksi narkoba pada keluarga, tantangan dalam pelibatan keluarga pada program rehabilitasi, dan intervensi dalam pelibatan keluarga.

INDIKATOR HASIL BELAJAR

Setelah mengikuti kegiatan pembelajaran, peserta dapat :

- a. Menjelaskan konsep dasar pelibatan keluarga dalam rehabilitasi
- b. Menjelaskan pelibatan keluarga dalam rehabilitasi

METODE DAN ALAT PEMBELAJARAN

Metode : ceramah interaktif, curah pendapat, tanya jawab, permainan (*ice breaking*), dan lembar kerja

Alat pembelajaran : bahan tayang, multimedia, spidol, kertas, alat tulis, soal pre dan post test, dan lembar latihan soal

LANGKAH PEMBELAJARAN

1. Fasilitator mengucapkan salam, memimpin doa, dan memperkenalkan diri.
2. Fasilitator menciptakan suasana kelas yang kondusif dengan *ice breaking*, memberikan arahan yang jelas serta memberikan contoh permainan.
3. Fasilitator menjelaskan tujuan pembelajaran dan indikator hasil belajar.

4. Fasilitator menjelaskan tentang konsep dasar pelibatan keluarga dalam rehabilitasi.
5. Fasilitator menjelaskan dampak adiksi narkotika dalam keluarga
6. Fasilitator menjelaskan tantangan pada pelibatan keluarga dalam rehabilitasi.
7. Fasilitator menjelaskan intervensi dalam pelibatan keluarga
8. Fasilitator memberikan lembar kerja pada para peserta.
9. Fasilitator membuat rangkuman bersama peserta.
10. Fasilitator melaksanakan evaluasi pembelajaran secara umum.
11. Fasilitator acara dengan ucapan terima kasih dan memberikan apresiasi kepada peserta.

POKOK BAHASAN

Dalam modul ini akan dibahas pokok bahasan dan subpokok bahasan berikut:

Pokok Bahasan 1. Konsep Dasar Pelibatan Keluarga Dalam Rehabilitasi

- 1.1. Pengertian keluarga
- 1.2. Fungsi keluarga
- 1.3. Pelibatan keluarga dalam terapi gangguan penggunaan narkotika
- 1.4. Sistem keluarga
 - 1.4.1. Keluarga sebagai sebuah sistem
 - 1.4.2. Struktur dalam sistem keluarga

Pokok Bahasan 2. Pelibatan Keluarga Dalam Rehabilitasi

- 2.1 Dampak adiksi narkotika pada keluarga
- 2.2 Tantangan pelibatan keluarga dalam rehabilitasi
 - 2.2.1 Kodependensi
- 2.3 Intervensi dalam pelibatan keluarga
 - 2.3.1 Terapi keluarga
 - 2.3.2 Edukasi keluarga

1. Konsep Dasar Pelibatan Keluarga Dalam Rehabilitasi

1.1. Pengertian Keluarga

Definisi keluarga berdasarkan tiga sudut pandang yang berbeda, yaitu: (Fitzpatrick dalam Lestari (2012))

1. Struktural

Berdasarkan kehadiran atau ketidakhadiran anggota keluarga, seperti orangtua, anak, dan kerabat lainnya. Definisi ini memfokuskan kepada siapa saja yang menjadi bagian dari sebuah keluarga sehingga keluarga dilihat sebagai asal usul, wahana melahirkan keturunan, dan keluarga batih.

2. Fungsional

Memfokuskan pada tugas-tugas yang dilakukan keluarga dan menekankan pada terpenuhinya tugas serta fungsi psikososial. Fungsi tersebut mencakup perawatan, sosialisasi pada anak, dukungan emosi dan materi, dan pemenuhan peran-peran tertentu.

3. Transaksional

Memfokuskan pada bagaimana keluarga melaksanakan fungsinya. Keluarga didefinisikan sebagai kelompok yang mengembangkan keintiman melalui perilaku yang memunculkan rasa identitas sebagai keluarga, berupa ikatan emosi, pengalaman historis, dan cita-cita masa depan.

Definisi keluarga yang lain yaitu keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat, yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul untuk tinggal di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan. (Departemen Kesehatan RI dalam Lestari, 2012)

Dari berbagai definisi di atas, maka dapat disimpulkan pengertian keluarga merupakan kelompok unit terkecil dari masyarakat yang berkumpul dan memiliki

rasa identitas sebagai keluarga, baik itu berdasarkan keturunan/ hubungan darah, pemenuhan fungsi psikososial maupun ikatan emosi dan pengalaman historis.

1.2. Fungsi Keluarga

Di Indonesia, fungsi keluarga mengacu pada Peraturan Pemerintah No. 21 Tahun 1994 yaitu :

1. Fungsi agama: fungsi keagamaan dalam keluarga dan anggotanya didorong dan dikembangkan agar kehidupan keluarga sebagai wahana persemaian nilai-nilai agama dan nilai-nilai luhur budaya bangsa untuk menjadi insan-insan agamis yang penuh iman dan taqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa.
2. Fungsi sosial budaya: memberikan kesempatan kepada keluarga dan seluruh anggotanya untuk mengembangkan kekayaan bangsa yang beraneka ragam dalam satu kesatuan.
3. Fungsi cinta kasih: memberikan landasan yang kokoh terhadap hubungan anak dengan anak, suami dengan istri, orang tua dengan anaknya, serta hubungan kekerabatan antar generasi sehingga keluarga menjadi wadah utama bersemainya kehidupan yang penuh kasih lahir dan batin.
4. Fungsi perlindungan: menumbuhkan rasa aman dan kehangatan.
5. Fungsi reproduksi: merupakan mekanisme untuk melanjutkan keturunan yang dapat menunjang terciptanya kesejahteraan manusia di dunia yang penuh iman dan taqwa.
6. Fungsi pendidikan: memberikan peran kepada keluarga untuk mendidik keturunan agar bisa melakukan penyesuaian dengan kehidupannya di masa depan.
7. Fungsi ekonomi: menjadi unsur pendukung kemandirian dan ketahanan keluarga.
8. Fungsi lingkungan: memberikan pada setiap keluarga kemampuan menempatkan diri secara, selaras, dan seimbang sesuai daya dukung alam dan lingkungan yang berubah secara dinamis.

1.3. Pelibatan Keluarga Dalam Terapi Gangguan Penggunaan Narkotika

Salah satu tujuan utama pelibatan keluarga dalam rawatan adalah mengatasi hambatan dalam pemulihan dan membangun kembali struktur keluarga yang sehat. Pada keluarga yang telah terdampak oleh adiksi narkotika, struktur keluarga menjadi tidak efektif. Kehidupan keluarga menjadi tidak terorganisir dan orangtua kehilangan otoritas dan tidak mampu untuk menetapkan batasan dengan remaja pecandu narkotika (SAMHSA dalam *Family Therapy in Addiction Treatment article-1*, 2017). Beberapa faktor dalam keluarga yang dapat melindungi anak dari penyalahgunaan narkotika adalah: (UNODC, 2009)

- a. Ikatan emosional antara anak dengan orang tua yang sehat dan aman;
- b. Pola disiplin yang efektif dan termonitor;
- c. Komunikasi mengenai nilai-nilai keluarga yang prososial;
- d. Keterlibatan orang tua dalam kehidupan anak;
- e. Pola asuh yang suportif secara emosional, kognitif, sosial, finansial.

Dengan melihat pengaruh keluarga terhadap penggunaan narkotika, maka pelibatan keluarga menjadi faktor yang penting dalam terapi gangguan penggunaan narkotika.

1.4. Sistem Keluarga

1.4.1 Keluarga Sebagai Sebuah Sistem

Setiap keluarga bekerja sebagai sistem. Keluarga terbentuk dari individu yang secara konstan saling mempengaruhi satu sama lain dalam interaksi mereka. Tumbuh dan berkembangnya sebuah keluarga didasari oleh interaksi antara anggota-anggotanya dan dengan sistem lain di lingkungan mereka seperti sekolah, lingkungan kerja, rumah ibadah, pemerintahan, dan lain-lain. Kunci utama dari teori sistem yang dapat diterapkan pada keluarga adalah: (Colombo Plan, 2016)

1. Sebuah keluarga bukan hanya kumpulan orang. Setiap individu dalam keluarga bereaksi satu sama lain.



2. Semua bagian dalam sistem terhubung dan perubahan pada satu bagian membawa perubahan pada yang lainnya. Dalam pengertian yang sama, perubahan pada satu individu di dalam keluarga akan memengaruhi yang lain di dalam keluarga.
3. Ketika perubahan tidak bisa dicegah, keluarga memiliki sistem yang unik untuk meregulasi kehidupan sehari-hari. Sistem dalam keluarga mencoba untuk mempertahankan keseimbangan antara stabilitas dan perubahan yang merujuk pada keseimbangan.

1.4.2. Struktur Pada Sistem Keluarga

Struktur pada sistem keluarga dipahami berdasarkan: (Colombo Plan, 2016)

- a. Peraturan tentang apa yang boleh dan tidak boleh untuk dilakukan. Contohnya, makanan dihidangkan pada jam-jam tertentu, semua barang harus dikembalikan ke tempatnya semula setelah digunakan, tidak boleh membantah orangtua meskipun tidak setuju, dan lain-lain. Aturan harus dinyatakan dan diterapkan secara jelas. Beberapa aturan mungkin tidak dinyatakan secara terbuka seperti “Jangan bertanya apapun kepada ayah ketika dia baru sampai di rumah setelah bekerja”.
- b. Peran menggambarkan apa yang setiap orang lakukan. Peran dan tanggung jawab diberikan sesuai dengan umur dan kemampuan. Contohnya: pada beberapa keluarga, ayah yang membuat keputusan sedangkan ibu sebagai pengurus keluarga, dan lain-lain.
- c. Ritual ditentukan dengan bagaimana cara suatu hal dikerjakan. Bagaimana ulang tahun dan perayaan hari jadi dirayakan, bagaimana waktu makan dilakukan, dan lain-lain.
- d. Batasan yang mencerminkan pembagian antara “saya atau kita” dan yang lainnya. Ruang personal atau pribadi dihargai.
- e. Hierarki menggambarkan kekuatan struktur dalam keluarga. Secara umum, orangtua memegang sebagian besar kekuatan dan terlihat sebagai tingkat teratas dalam hierarki.

Perubahan pada satu bagian sistem akan berpengaruh pada bagian lain. Ketika anggota keluarga mengubah perilaku disfungsional hal tersebut dapat memengaruhi setiap anggota lainnya.

2. Pelibatan Keluarga Dalam Rehabilitasi

2.1. Dampak Adiksi Narkotika Pada Keluarga

Reilly (dalam SAMHSA, 2005) menjelaskan beberapa pola karakteristik interaksi yang muncul pada keluarga klien penyalahguna narkotika :

- a. **Negativistik** : komunikasi yang terjadi diantara anggota keluarga menjadi negatif. Tandanya adalah banyak mengeluh, kritik, dan ekspresi ketidaksenangan lainnya. Mood yang secara umum ada dalam keluarga cenderung negatif dan perilaku positif cenderung diabaikan. Cara untuk mendapatkan perhatian atau menghidupkan situasi adalah dengan menciptakan krisis atau masalah.
- b. **Inkonsistensi dalam pola asuh** : penerapan aturan dalam keluarga tidak menentu atau tidak konsisten dan struktur keluarga tidak adekuat. Tidak ada batasan yang jelas sehingga memunculkan kebingungan dalam diri anak.
- c. **Penyangkalan orangtua** dimana orangtua menyangkal masalah adiksi narkotika dalam keluarga
- d. **Ekspresi emosi yang tidak tepat** yaitu menyimpan dendam akan masalah yang terjadi di keluarga dan menggunakan narkotika untuk melampiaskannya.
- e. **Mengobati diri sendiri**, dimana penyalahguna dalam keluarga menggunakan narkotika untuk menyelesaikan masalah atau perasaan yang tidak dapat ditolerir. Misalnya: mengatasi depresi dan kecemasan.
- f. **Harapan orangtua yang tidak realistis** karena penyangkalan masalah yang terjadi dalam keluarga.

Gambaran singkat permasalahan lainnya yang dapat dialami anggota keluarga pada keseharian sebagai berikut: (Colombo Plan, 2016)



- a. Perasaan: Kesedihan tentang permasalahan yang dihadapi, berkecemasan atas kehilangan masa menyenangkan, rasa malu, rasa bersalah, cemas akan masa mendatang, kemarahan, dendam, dan frustrasi dengan ketidakmampuan mengatasi situasi.
- b. Kurang merawat diri: Tidak dapat makan, belajar atau tidur tepat waktu. Fokus pada kebutuhan orang lain dan mengabaikan kebutuhan sendiri, menunda atau tidak mengakses bantuan medis saat dibutuhkan, dan tidak menyelesaikan terapi atau melupakan pengobatan yang harus dikonsumsi.
- c. Berkurang atau tidak ada masa menyenangkan dalam keluarga: Berkurangnya ritual keluarga seperti perayaan ulang tahun atau peringatan, sering tidak dapat berbagi/ mengekspresikan apresiasi/ menyemangati.
- d. Sosialisasi: Tidak mampu membangun hubungan yang bermakna dengan orang lain karena permasalahan yang berkaitan dengan gangguan penggunaan narkoba, tidak dapat mengundang teman untuk datang atau berbicara dengan tetangga atau saudara.
- e. Hal-hal yang berkaitan dengan keamanan dan kenyamanan: tekanan pada lingkungan keluarga dan mengakibatkan ketidaknyamanan karena konflik atau krisis dapat terjadi kapan saja (hidup pada kecemasan setiap saat). Kekerasan (verbal, fisik, emosional, seksual) dapat terjadi.
- f. Ketidakstabilan keuangan akibat penggunaan narkoba atau kehilangan pekerjaan menyebabkan ketidakamanan terkait makanan, pendidikan, kesehatan, perumahan, dan lain-lain.
- g. Tidak mampu fokus pada pendidikan, pekerjaan atau tanggung jawab di rumah, memengaruhi pendidikan/ performa kerja dan tidak melakukan tanggung jawab di rumah.

2.2. Tantangan Pelibatan Keluarga Dalam Rehabilitasi

Dalam sesi konseling, pengguna mungkin akan merasa diselidiki, dikritik, atau dihakimi. Anggota keluarga yang tidak menggunakan narkoba akan enggan mengakui bahwa mereka berperan dalam perilaku adiksi yang muncul yaitu



dengan memperbolehkan pola destruktif berlanjut. Bahkan menjadi hal yang lebih sulit bagi keluarga untuk mengakui bahwa adiksi menyediakan keuntungan bagi keluarga. Misalnya: menyediakan narkotika untuk ibu yang kecanduan sementara waktu dapat mencegahnya melakukan perilaku kekerasan dan penyiksaan, membiarkan alkoholik tetap dalam kondisi mabuk akan membantunya menjadi lebih kooperatif. Meskipun tidak ada yang mengakui bahwa adiksi dapat menjadi hal yang positif, namun keluarga secara tidak sadar memperkuat perilaku adiksi tersebut (*Family Therapy in Addiction Treatment article-1, 2017*).

a. Kodependensi

Dalam keluarga juga muncul kodependensi yang memunculkan beberapa pola perilaku: (SAMHSA, 2005)

1. Mengontrol karena merasa bahwa orang lain (pengguna narkotika dalam keluarga) tidak mampu mengurus dirinya sendiri;
2. Memiliki harga diri rendah dan cenderung menyangkal perasaan tersebut;
3. Cenderung menuruti dan berkompromi untuk menghindari penolakan dan rasa marah;
4. Sering bereaksi terlalu sensitif dalam menghadapi kekecewaan dan masalah;
5. Menunjukkan kesetiaan secara tidak tepat.

Black dan Wegscheider (dalam *Colombo Plan, 2016*) menggambarkan peran kodependensi yang mungkin berkembang pada anggota keluarga :

1. *Enabler* (umumnya adalah pasangan yang kodependen) yang menjaga anggota keluarga yang menggunakan narkotika dari dampak negatif dan memfasilitasi keberlanjutan perilaku bermasalah tersebut. Peran ini biasanya di mainkan oleh pasangan atau orangtua.

Misalnya meminta maaf atas nama mereka, membayar hutang, menyelesaikan konflik, dll. Dengan mengambil lebih banyak tanggung jawab, *enabler* mengurangi tanggung jawab pengguna narkotika.



2. 'Pahlawan' (kakak atau adik yang bertanggung jawab) berusaha untuk memperbaiki struktur dan konsistensi yang hilang dalam lingkungan keluarga dengan cara mengambil tanggung jawab di luar kemampuan usia mereka. Misalnya mereka merencanakan, mengatur dan mengambil alih tugas orangtua dalam keluarga.
3. 'Maskot' yang selalu mengalihkan anggota keluarga dari kenyataan pahit dengan memberikan humor. Individu ini sangat sensitif dan berusaha memperbaiki kesedihan, kemarahan, dan masalah lainnya. Fokus terhadap orang lain membantu maskot melarikan diri dari masalahnya sendiri.
4. 'Anak hilang' memutuskan untuk tidak meminta apapun dan tetap tidak terlihat dalam sistem keluarga. Mereka menarik diri dari keluarga. Anak ini menjauh dan beralasan bahwa mereka tidak akan dapat membantu menyelesaikan masalah keluarga.
5. 'Kambing hitam', misalnya kakak yang membangkang, menunjukkan perasaan negatifnya dengan kenakalan, perilaku bermasalah, yang akhirnya menciptakan kekacauan dalam hidup mereka dan keluarga. Mereka tidak mampu mengekspresikan perasaan atau menerima perhatian dan kasih sayang dari orang dewasa di sekitarnya dan perilaku mereka hanya membuat mereka semakin terisolasi.

Selain isu kodependensi, terdapat beberapa asumsi yang menghambat pelibatan keluarga dalam rehabilitasi, diantaranya sebagai berikut: (Colombo Plan, 2016)

1. Hanya orang yang menggunakan narkoba yang dianggap sebagai 'klien' dan kebutuhan untuk intervensi keluarga tidak dipahami.
2. Anggota keluarga dapat pulih secara otomatis jika berhenti menggunakan narkoba. Asumsi bahwa hanya dengan berhenti menggunakan narkoba dapat mengubah keluarga.

3. Keterlibatan keluarga dapat menjadi sulit dalam kasus perceraian, perpisahan, resiko kekerasan, ketidakmampuan meninggalkan tanggung jawab pekerjaan, kurangnya transportasi atau urusan dengan dinas perlindungan anak.
4. Petugas di pusat terapi mungkin tidak memiliki pengetahuan atau keterampilan yang sesuai untuk bekerja sama anggota keluarga.
5. Kurangnya harapan tentang pemulihan yang dimiliki pengguna narkotika sering menjadi hambatan.
6. Meminta partisipasi mereka dalam terapi membuat anggota keluarga merasa disalahkan atas permasalahan gangguan penggunaan narkotika.
7. Stigma sosial diasosiasikan dengan gangguan penggunaan narkotika juga dapat menjadi hambatan.

2.3. Intervensi Dalam Pelibatan Keluarga

Intervensi yang dapat dilakukan dalam pelibatan keluarga berupa edukasi, konseling, dan terapi keluarga. Intervensi dalam pelibatan keluarga harus berfokus pada memperbaiki komunikasi dan membangun peran yang tepat. Salah satu tujuan utama terapi adalah menciptakan lingkungan keluarga yang aman dan pulih dari narkotika.

a. Terapi Keluarga

Tujuan utama terapi keluarga adalah membantu anggota keluarga memahami bagaimana adiksi memengaruhi mereka dan memberikan strategi memperbaiki hubungan. Sejumlah penelitian menunjukkan bahwa penanganan berbasis keluarga terbukti berhasil dalam masalah adiksi baik dalam rawat jalan maupun rawat inap. (*National Institute on Drug Abuse*, 2014) Berikut ini penanganan terapi berbasis keluarga yang dapat dilakukan oleh terapis profesional yang terlatih, diantaranya:

1. *Brief Strategic Family Therapy (BSFT)*

Masalah perilaku dari salah satu anggota keluarga berasal dari interaksi keluarga yang tidak sehat. Sesi berlangsung 12-16 kali dengan profesional



terlatih dalam melakukan BSFT. Dalam sesi tersebut, konselor membangun hubungan dengan setiap anggota keluarga, mengobservasi bagaimana perilaku antar anggota keluarga, dan mendampingi keluarga dalam mengubah pola interaksi negatif.

2. *Family Behavior Therapy (FBT)*

Pendekatan ini mengkombinasikan perilaku dengan manajemen kontingensi. Anak dengan minimal satu anggota keluarga berpartisipasi dalam rencana rawatan dan memilih intervensi spesifik dari berbagai opsi. Terapis mendorong keluarga menggunakan strategi perilaku untuk mencegah kekambuhan yang diajarkan dalam sesi dan menerapkan keterampilan baru untuk memperbaiki kondisi atau lingkungan rumah. Tujuan yang disusun oleh keluarga akan dievaluasi pada setiap sesi dan diberikan hadiah jika tercapai.

3. *Functional Family Therapy (FFT)*

FFT mengkombinasikan pandangan sistem keluarga mengenai fungsi keluarga (yang menyatakan bahwa interaksi keluarga yang tidak sehat menjadi penyebab dari masalah perilaku) dengan teknik perubahan perilaku untuk memperbaiki komunikasi, penyelesaian masalah, resolusi konflik, dan keterampilan pola asuh. Strategi penanganannya meliputi pelibatan keluarga dalam proses rawatan dan meningkatkan motivasi untuk berubah serta memodifikasi perilaku anggota keluarga dengan menggunakan teknik manajemen kontingensi, komunikasi dan penyelesaian masalah, kontrak perilaku, dan metode lainnya.

4. *Multidimensional Family Therapy (MDFT)*

MDFT merupakan rawatan komprehensif yang berbasis keluarga dan komunitas. Tujuan terapi ini adalah mendorong kompetensi keluarga dan kolaborasi dengan sistem lain seperti sekolah atau peradilan anak. Sesi-sesi dapat dilakukan pada lokasi yang bervariasi, seperti rumah, klinik, sekolah, dan tempat komunitas lainnya. Menurut SAMHSA (2005), MDFT juga sering



digunakan untuk membantu remaja dalam masa pemulihan dari kecanduan narkoba; MDFT dapat dilakukan kepada klien anak dan remaja untuk membangun identitas yang kuat dan stabil; orangtua juga dikonseling dalam hal komunikasi, hubungan orangtua-anak dan menetapkan batasan.

5. *Multisystemic Therapy (MST)*

MST merupakan rawatan berbasis keluarga dan komunitas yang komprehensif dan intensif dimana penggunaan narkoba remaja dilihat dari karakteristik remaja (contoh: sikap terhadap narkoba), keluarga (contoh: disiplin yang buruk, konflik, penggunaan narkoba orangtua), teman-teman, sekolah (contoh: penampilan, riwayat dikeluarkan dari sekolah), dan tetangga (contoh: kriminalitas). Terapis bekerjasama dengan keluarga dalam menjalankan sesi.

6. *Solution Focused Family Therapy (SFFT)*

Colombo Plan (2016) menyebutkan bahwa *SFFT* dapat menjadi salah satu terapi yang efektif untuk keluarga. Terapi ini akan membantu keluarga dalam mengatasi pandangan negatif di masa lalu dan diarahkan untuk menumbuhkan harapan yang mulai hilang serta melihat kekuatan dan sumber daya yang dimiliki oleh keluarga tersebut. Terapi lebih berfokus kepada solusi dibandingkan masalah. Keluarga akan dibantu untuk melihat sudut pandang yang positif terhadap situasi dan mencoba pola yang berbeda. Perubahan kecil dapat meningkatkan kepercayaan diri dan mendorong keberhasilan. Memberikan pujian merupakan sesuatu yang penting. Terapi ini dapat dilakukan dengan minimal 4 kali sesi pertemuan.

Beberapa terapi keluarga lain yang digunakan dalam terapi Gangguan Penggunaan Narkoba adalah (SAMHSA, 2005, *TIP 39*):

1. *Structural Family Therapy*

Berfokus pada mengidentifikasi dan mentransformasi dinamika struktural yang mengangkat masalah adiksi; terapi struktural menekankan pada memperbaiki komunikasi dan membantu anggota keluarga menetapkan



batasan dengan pecandu narkoba. *Structural family therapy* merupakan pendekatan terapi dalam mengatasi struktur keluarga yang mengalami kekacauan. Interaksi keluarga untuk memahami struktur atau organisasi dalam keluarga. Tujuan terapi adalah untuk mengembangkan batasan yang jelas untuk anggota keluarga, dan mengubah pola struktur keluarga dengan menciptakan struktur hirarki yang efektif. Struktur keluarga dapat dinilai melalui genogram. Genogram digunakan untuk membantu menyediakan gambaran hubungan tiga atau lebih generasi keluarga yang ada saat ini dengan cara yang mudah diakses. Genogram menyediakan informasi mengenai anggota keluarga kunci dan menunjukkan bagaimana posisi individu dalam dinamika keluarga yang kompleks. Genogram merupakan alat bantu yang mendukung terbinanya hubungan baik dengan klien dan membantu asesmen. Idealnya pembuatan genogram dilakukan dengan seluruh anggota keluarga yang terlibat. Fungsi genogram adalah: (NSC *Support and Safeguarding Branch Practice Guidance*, 2014)

1. Mengetahui siapa saja yang ada di dalam keluarga;
2. Mengeksplorasi dinamika dan hubungan dalam keluarga;
3. Memahami siapa yang penting di dalam keluarga;
4. Mengetahui apa saja yang telah terjadi di dalam keluarga;
5. Menjelaskan kehilangan, perpisahan, transisi, dan trauma yang pernah menjadi bagian dari pengalaman hidup anggota keluarga;
6. Melihat pola antar generasi seperti pola pengasuhan, penggunaan narkoba, kesehatan mental, atau kekerasan dalam rumah tangga;
7. Memahami kemana keluarga biasa mencari dukungan;
8. Memahami bagaimana keluarga menyesuaikan diri dalam hubungannya dengan masyarakat yang lebih luas—tetangga, organisasi, komunitas.

2. **Strategic Family Therapy**

Berfokus pada merubah pola interaksi perilaku diantara anggota keluarga untuk menghilangkan ikatan ganda. Ikatan ganda merupakan situasi yang

secara emosional menimbulkan stres dimana dua pesan yang bertolak belakang diterima, dan satu pesan menegasikan pesan yang lain.

3. **Behavioral Family Therapy**

Menggunakan prinsip terapi kognitif perilaku; mengidentifikasi pola pemikiran yang merusak dalam sistem keluarga; anggota keluarga kemudian belajar untuk menggantikan pola tersebut dengan tindakan positif yang mendukung pemulihan.

Terapi keluarga lain yang populer dalam mengatasi masalah adiksi narkoba adalah terapi keluarga Bowen.

4. **Terapi keluarga Bowenian**

Teori sistem keluarga dari Bowen menyebutkan bahwa, keluarga merupakan sebuah sistem hubungan dimana dua dorongan emosional yang kuat menjaga keseimbangan satu dengan yang lain. Dorongan pertama adalah untuk kebersamaan yang dikuatkan oleh kebutuhan universal akan kedekatan emosional, cinta, dan penerimaan. Dorongan yang lain adalah untuk mencapai individualitas, dikuatkan oleh dorongan untuk menjadi produktif, otonom, ditentukan oleh diri sendiri. Tujuan terapi adalah untuk menurunkan kecemasan (Maimunah Mosli, *Pelatihan Systemic Family Therapy & Addiction*, 2018).

b. **Edukasi Keluarga**

Edukasi merupakan salah satu jenis intervensi dalam pelibatan keluarga. Pada sesi edukasi maupun konseling, anggota keluarga belajar untuk mengidentifikasi perilaku dan pemikiran yang mendorong adiksi dalam keluarga. Mereka belajar strategi penyelesaian masalah dan resolusi konflik yang baru untuk membantu mereka mengatasi situasi stres yang muncul dalam kesehariannya. Beberapa tema-tema edukasi yang disarankan untuk diberikan kepada keluarga diantaranya adalah:



- **Edukasi mengenai Tanda-Tanda kekambuhan dan pemulihan (Cannabis Youth Treatment Series Volume 3, 2001).** Sesi ini berfokus pada pemahaman tentang proses pemulihan dalam konteks keluarga sehat, dengan cara: mengembangkan hubungan yang sehat dalam keluarga dan komitmen untuk hidup tanpa narkoba), menjelaskan cara yang dapat dilakukan orangtua untuk membantu anak mencegah kekambuhan, dan bagaimana mereka mengetahui kapan mereka harus melakukan intervensi secara tepat. Langkah-langkah yang dapat dilakukan adalah :
 1. Membantu orangtua mengenali kesulitan dalam pola asuh;
 2. Memperkenalkan orangtua pada topik pemulihan, dan diskusikan pentingnya keterlibatan keluarga dalam pemulihan anak;
 3. Mendiskusikan Tanda-Tanda dan gejala penggunaan narkoba;
 4. Mendiskusikan proses pemulihan, cara-cara mencegah kekambuhan, dan Tanda-Tanda kekambuhan;
 5. Mendiskusikan dan mengidentifikasi masalah potensial yang dapat mengarah pada kekambuhan. Kekambuhan merupakan proses yang dimulai sebelum penggunaan narkoba itu sendiri. Jika individu tidak berlatih menggunakan cara-cara menyelesaikan masalah sehari-hari, resiko untuk kembali pada penggunaan narkoba dapat meningkat;
 6. Memberikan informasi kepada orangtua mengenai Tanda-Tanda pemulihan;
 7. Memperkenalkan pentingnya rencana pencegahan kekambuhan keluarga, dan jelaskan kebutuhan dari remaja yang menggunakan narkoba untuk memiliki rencana pencegahan kekambuhan;
 8. Memberikan informasi mengenai komunitas kelompok dukungan kepada orangtua;
 9. Mendiskusikan pertanyaan seputar kekambuhan dan pemulihan.



Tanda-Tanda dan Gejala Penggunaan Narkotika (Informasi untuk Orangtua)

- Tanda-Tanda fisik dari penggunaan narkotika:
 - Aroma ganja, alkohol, atau inhalan pada pakaian, kamar tidur atau kendaraan anak
 - Narkotika atau peralatan untuk menggunakan narkotika ditemukan di kamar/rumah (contoh : daun ganja, bong, botol bekas, sedotan, pipet, aluminium foil, jarum suntik).
 - Gaya bicara tidak jelas, hiperaktif, emosi tidak stabil, halusinasi
 - Perubahan pada performa di sekolah (misalnya penurunan nilai, masalah absensi, masalah kedisiplinan).
 - Perubahan mendadak dalam kehidupan sosial (berteman dengan pengguna narkotika).
 - Tidak terbuka mengenai teman-teman dan aktivitas
- Perubahan mendadak dalam hubungan keluarga (menarik diri, sering berdebat dan membantah)
- Perubahan signifikan dalam kepribadian (lebih malas, kehilangan motivasi atau minat).
- Perubahan mendadak dalam mood (misalnya menjadi temperamental, tidak peduli).
- Penampilan fisik yang memburuk (tidak bugar, mata merah, kurang menjaga kebersihan dan kerapihan).

- **Edukasi mengenai batasan, otoritas, dan disiplin (*Cannabis Youth Treatment Series Volume 3, 2001*)**

Sesi ini menyediakan klarifikasi dari isu utama dalam fungsi keluarga dan pendekatan yang tepat dalam kedisiplinan dan otoritas orangtua. Sesi ini membantu orangtua memahami otoritas dalam keluarga dan bagaimana otoritas dipertahankan dengan cara yang sehat. Tujuan tersebut dapat tercapai dengan cara mengajarkan partisipasi bagaimana cara menetapkan batasan, membangun metode kedisiplinan yang tepat bagi anak, mengenali

karakteristik dari batasan yang tidak sehat, dan mengembangkan kontrak/ kesepakatan perilaku orangtua/ anak. Konsep batasan (*boundaries*) diperkenalkan sebagai isu utama dalam struktur keluarga. Langkah-langkah yang dapat dilakukan :

1. Mendiskusikan proses yang dialami orangtua dalam mengembangkan kedisiplinan. Berikan informasi mengenai menetapkan batasan dan diskusikan pengalaman mereka.
2. Mendefinisikan batasan dan jelaskan kebutuhan untuk mengembangkan batasan dengan anak.
 - a) Berikan informasi mengenai karakteristik individu dengan batasan yang tidak sehat
 - b) *Review* karakteristik dari batasan yang tidak sehat. Diskusikan Tanda-Tanda batasan yang tidak sehat antara orangtua dan anak. Tekankan bahwa batasan yang tidak sehat akan mengarahkan pada rasa tidak bahagia, dendam, tidak puas dan dapat menghancurkan hubungan. Orang lain dapat tersakiti dalam hubungan tersebut dan akhirnya menjauhkan dirinya dari hubungan.
3. Perkenalkan topik menetapkan batas-batas dengan anak
 - a) Berikan informasi mengenai guidelines untuk orangtua dan diskusikan
 - b) Mintalah orangtua untuk berlatih menerapkan batasan dan aturan dengan mengembangkan kesepakatan dengan anak.
 - c) Diskusikan hal berikut:
 - 1) Rasa ketidakpastian dan rasa bersalah ketika mendisiplinkan anak.
 - 2) Bagaimana orangtua mengetahui batasan dalam memberikan toleransi terhadap perilaku anak.
 - 3) Bagaimana orangtua merawat dirinya sendiri.
 - 4) Bagian mana yang perlu diberikan batasan.

Dalam menetapkan aturan dan batas, orangtua:

1. Membangun dan mendiskusikan aturan dan batas dengan anak sebelum mereka didorong untuk mematuhi.
2. Pastikan konsekuensi dari pelanggaran aturan jelas.
3. Buatlah aturan yang memang akan diterapkan konsekuensinya dan konsisten dalam menerapkannya.
4. Bersikap adil namun tegas terhadap anak.
5. Jika memiliki pasangan atau anggota keluarga lain yang terlibat dalam menerapkan aturan, pastikan bahwa mereka dapat bekerjasama dan kompak.
6. Ingatlah bahwa jika anak dengan sengaja atau dengan arogan melanggar aturan yang penting, artinya anak telah mengambil keputusan untuk menerima konsekuensinya.
7. Ketika memberikan konsekuensi, tetapkan durasi waktu yang realistis. Buatlah konsekuensinya alami dan logis.
8. Buatlah aturan yang eksplisit dengan menyampaikan secara lisan dan tulisan. Isinya adalah perilaku yang diharapkan dan perilaku yang tidak diharapkan dari anak, hadiah jika melakukan perilaku positif, dan konsekuensi jika melanggar.
9. Mintalah pendapat anak mengenai konsekuensi yang sesuai.

- **Edukasi mengenai komunikasi dan resolusi konflik (*Cannabis Youth Treatment Series Volume 3, 2001*)**

Sesi ini bertujuan untuk meningkatkan pemahaman orangtua mengenai bagaimana dan mengapa konflik tidak dapat dihindarkan dalam keluarga, menanamkan konsep dan metode komunikasi yang sehat, dan mengajarkan

teknik melibatkan anggota keluarga dalam resolusi konflik secara terbuka dan adil.

Langkah-langkah yang dapat dilakukan:

1. Memperkenalkan dan mendorong diskusi mengenai resolusi konflik dengan menanyakan kepada orangtua siapa di dalam keluarga yang pernah mengalami konflik dengan anak mereka yang menggunakan narkoba. Mintalah orangtua untuk berbagi mengenai konflik apa yang terjadi. Mintalah keluarga untuk mengidentifikasi bahwa komunikasi merupakan hal yang paling penting dalam resolusi konflik.
2. Perkenalkan topik saling menghormati dalam komunikasi dan aspek-aspek dalam komunikasi efektif. Identifikasi langkah-langkah spesifik dalam berargumentasi secara tepat.
3. Berikan informasi mengenai cara memperbaiki komunikasi dengan anak dan diskusikan dengan orangtua.

Perpustakaan BNN

Tips Memperbaiki Komunikasi dengan Anak (Informasi untuk Orangtua)

1. Tetap berbicara. Hindari menghentikan komunikasi.
2. Berlatih kesabaran. Jangan berharap perubahan singkat.
3. Berikan perhatian dalam menunjukkan kasih sayang dalam bentuk kontak fisik dan emosional.
4. Jadilah pendengar yang baik, memahami apa yang dikatakan oleh anak.
5. Jadilah pendengar yang bijaksana, jangan naif, selalu mempercayai, atau terlalu berasumsi/menilai.
6. Terapkan sikap saling menghormati privasi.
7. Jangan terburu-buru yang akan memberi kesan bahwa kita tidak punya waktu.
8. Jadilah suportif, bersahabat namun tetap tegas.
9. Sampaikan ide-ide dengan jelas, tegas, dan sederhana.
10. Jadilah role model yang berperilaku baik.
11. Menjadi diri sendiri. Jujur dan tulus.
12. Mendorong anak bercerita tanpa menceramahi.
13. Mengembangkan diri dan wawasan.
14. Ingatlah bahwa kunci dari komunikasi adalah berusaha memahami (bukan siapa yang benar atau salah).

Lembar Kerja 1. Menerapkan penilaian keluarga (diadaptasi dari Materi Pelatihan *United Nations Family Therapy (UNFT)*, 2018)

Penilaian keluarga adalah proses yang memberikan ruang pada terapis untuk belajar tentang anggota keluarga. Dalam proses menyeluruh ini, terapis mengajukan pertanyaan tentang proses dan struktur keluarga, penghargaan apa yang mereka berikan, dan risiko serta kekuatan apa yang mereka bawa dalam hubungan mereka.

Untuk lebih memahami komponen penilaian ini, silakan menjawab pertanyaan di bawah ini. Kami tidak akan mengumpulkan lembar ini atau membaca jawaban Anda. Ketika kami meminta Anda untuk membagikan beberapa jawaban Anda, Anda dapat dengan bebas memilih hal yang hendak Anda ungkapkan dan rahasiakan.

a. **Batasan**—antara anggota keluarga dapat menyebabkan seseorang merasa menjadi bagian dari keluarga atau justru terkucil. Batasan dapat bersifat kaku, fleksibel, atau lebur. Batas yang kaku mungkin merupakan batas di mana keluarga tidak mengizinkan orang lain masuk. Atau mungkin suami dan istri dengan batas yang melebur memiliki hubungan yang begitu dekat sehingga mereka dapat saling menyelesaikan kalimat pasangannya dan selalu bersama serta tidak memiliki rahasia.

1. Bagaimana Anda menggambarkan batasan antara:

- a) ibu dan ayah Anda, atau
- b) orang tua Anda dan orang tua mereka, atau
- c) Anda dan saudara Anda?

b. **Tema**—aspek menyeluruh keluarga atau anggota keluarga yang telah mereka terima sebagai kebenaran tentang diri mereka sendiri atau dunia. Contoh: “Anggota keluarga dalam keluarga kita akan selalu saling membela” atau “Segala sesuatunya tidak akan pernah menjadi lebih baik” atau “Yang paling aman adalah tetap diam.”

1. Tema apa yang menjadi bagian dari sistem kepercayaan dalam keluarga Anda?

- c. **Struktur/Hierarki**—Semua keluarga diatur dalam semacam struktur, misalnya siapa yang bertanggungjawab, siapa yang memihak siapa. Dalam struktur patriarki, kaum pria dalam keluarga memiliki hak istimewa tertentu atas kaum perempuan.
1. Struktur apa yang dimiliki keluarga tempat Anda dibesarkan?
 2. Struktur dan hierarki apa yang akan mencerminkan keluarga tempat Anda tinggal sekarang?
- d. **Peraturan**—Semua keluarga memiliki peraturan yang tersurat dan tersirat, seperti "tidak ada yang mengungkit perihal kecanduan minuman keras yang terjadi pada ayah" atau "Kami tidak pernah memberitahu orang luar tentang masalah kami."
1. Apa aturan tidak tertulis yang dimiliki keluarga Anda dalam keluarga tempat Anda dibesarkan?
 2. Aturan apa—tertulis atau tidak tertulis—yang ada tentang penggunaan narkoba atau alkohol dalam keluarga tempat Anda dibesarkan? Jika seseorang menyimpang dari aturan ini, apa yang terjadi?
 3. Berapa banyak minum alkohol yang dinilai "terlalu banyak" di keluarga tempat Anda tinggal sekarang?
 4. Jika seseorang dalam keluarga Anda mulai menjadi dianggap terlalu berbeda, bagaimana anggota keluarga lainnya berusaha menggiring orang tersebut ke jalan yang benar?
 5. Bisakah anggota keluarga berbicara tentang seksualitas dalam keluarga tempat Anda dibesarkan?
 6. Aturan apa yang akan Anda turunkan kepada anak-anak Anda? Aturan apa yang TIDAK akan Anda turunkan?
- e. **Peran**—Di semua keluarga, anggota keluarga mengambil peran baik yang tersurat maupun tersirat.
1. Peran apa yang Anda miliki dalam keluarga Anda?



2. Apa artinya, dalam hal peran, bagi anggota keluarga untuk menjadi laki-laki atau perempuan dalam keluarga Anda? Apakah ada contoh anggota keluarga yang menentang peran gender?
3. Siapa yang perlu dirawat di keluarga tempat Anda dibesarkan?
4. Peran apa yang akan Anda berikan kepada anak-anak Anda? Peran apa yang tidak akan Anda turunkan?

f. **Pola Interaksi**—Pola interaksi adalah urutan perilaku yang dapat diprediksi yang terjadi dalam keluarga berulang kali. Misalnya, dalam satu keluarga, ayah dan ibu dapat berdebat, diikuti oleh putra atau putri yang bertingkah, diikuti oleh orang tua yang berhenti berdebat dan berfokus pada remaja, diikuti oleh perilaku remaja yang menjadi lebih baik, diikuti oleh ayah dan ibu yang berdebat. Pola ini terjadi dengan cara yang sama maupun berbeda secara berulang-ulang.

1. Pola interaksi apa yang Anda sadari ada dalam keluarga tempat Anda dibesarkan? Bagaimana dengan keluarga Anda sekarang?
2. Beberapa mengatakan bahwa keluarga berulang kali meributkan hal yang sama. Apa urutan perilaku keluarga terkait perselisihan yang Anda ingat dari keluarga tempat Anda tumbuh dewasa? Bagaimana dengan keluarga Anda saat ini?
3. Dalam ritual keluarga, keluarga merangkai perilaku ke dalam pola yang dapat diprediksi. Apa saja ritual yang Anda ingat di sekitar hari ulang tahun, liburan, anggota keluarga yang berprestasi di sekolah?

g. **Penguat**—Penguat adalah peristiwa, kegiatan, atau perilaku yang menghasilkan peningkatan perilaku yang mereka ikuti. Seringkali, anggota keluarga memiliki tingkat penghargaan yang berbeda untuk penguat yang berbeda. Beberapa terapis keluarga mencaritahu apa penguat yang penting bagi anggota keluarga yang berbeda, dan mengembangkan rencana untuk menghargai perilaku pro-sosial. Penguat dapat berupa menonton televisi atau film bersama, makan bersama dengan menu istimewa, atau bermain game, dan lain-lain.

1. Apa penguat untuk setiap anggota keluarga tempat Anda tumbuh?
2. Apa penguat untuk setiap anggota keluarga dalam keluarga Anda sekarang?
3. Dalam bentuk apa saja dukungan yang ada dalam keluarga tempat Anda dibesarkan? Bagaimana dengan keluarga Anda sekarang?

h. Kelemahan dan kekuatan keluarga—Semua keluarga memiliki kekuatan dan kerentanan. Jika Anda dapat mengidentifikasi mereka, Anda dapat memanfaatkan kekuatan keluarga guna mengembangkan intervensi keluarga. Demikian juga, risiko keluarga juga dapat dijadikan target untuk intervensi.

1. Apa kekuatan dan kerentanan dalam keluarga tempat Anda dibesarkan?
2. Apa kekuatan dan kerentanan dalam keluarga Anda saat ini?

Setelah meluangkan waktu untuk merenungkan dan memahami aspek-aspek keluarga Anda sendiri, pengaruh seperti apa yang Anda nilai berpengaruh membentuk pribadi Anda saat ini? Pertimbangkan, misalnya, nilai-nilai Anda, cara Anda melihat dunia, cara Anda menanggapi dunia.

Lembar Kerja 2 : Membuat Genogram

Genogram adalah gambaran tentang sedikitnya tiga generasi keluarga menggunakan simbol geometris. Detail fakta dan hubungan seperti usia, pernikahan, kematian dll., dapat ditampilkan dalam genogram. Kedekatan atau jarak emosional dari anggota keluarga, serta konflik juga dapat ditampilkan. Tidak ada satu bentuk format untuk genogram. Beberapa cukup sederhana dengan sedikit detail, yang lain bisa sangat detail. Detail seperti tingkat pendidikan, penyakit, awal adiksi, kejadian yang penuh tekanan dapat juga ditampilkan. Genogram dikembangkan seiring terapi dan beberapa kali sesi berjalan.



SIMBOL



Perempuan



Laki-laki (anak/dewasa)



Hamil



Keguguran



Aborsi



Meninggal dunia, contoh di samping adalah laki-laki meninggal



SIMBOL HUBUNGAN



Hubungan dewasa/darah/pernikahan



Hubungan dewasa/hubungan pasangan tidak menikah



Perpisahan dalam pernikahan, anak yang tetap bersama dengan orang tua berada pada satu sisi garis diagonal

04/04/2012



Perceraian pada April 2012



Perpisahan pasangan

Pilihlah satu peserta yang Anda merasa nyaman untuk berlatih membuat genogram dimana Anda diminta untuk membagikan informasi mengenai keluarga

RANGKUMAN

Keluarga merupakan kelompok unit terkecil dari masyarakat. Pelibatan keluarga menjadi faktor yang penting dalam terapi gangguan penggunaan narkoba karena ketika anggota keluarga mengubah perilaku disfungsional, maka hal tersebut dapat memengaruhi setiap anggota lainnya. Disfungsi keluarga muncul sebagai dampak adiksi narkoba, diantaranya adalah perasaan negatif seperti negativistik, inkonsistensi pola asuh, penyangkalan, ritual kebersamaan berkurang, sosialisasi terhambat, keamanan, ketidakstabilan keuangan, masalah pendidikan dan pekerjaan. Tantangan yang muncul dalam usaha menerapkan pelibatan keluarga, adalah ketidaknyamanan pecandu menjalani rawatan, keengganan keluarga untuk terlibat, kodependensi, asumsi-asumsi bahwa hanya pecandu yang perlu mendapatkan intervensi, petugas rehabilitasi yang memiliki pengetahuan dan keterampilan terbatas, dan stigma. Intervensi dalam pelibatan keluarga dapat berupa terapi keluarga dan edukasi keluarga. Genogram membantu intervensi dengan menyediakan informasi mengenai anggota keluarga kunci dan menunjukkan bagaimana posisi individu dalam dinamika keluarga yang kompleks, serta merupakan alat bantu yang mendukung terbinanya hubungan baik dengan klien dan membantu asesmen. Beberapa tema edukasi yaitu edukasi mengenai tanda-tanda kekambuhan dan pemulihan, edukasi mengenai batasan, otoritas dan disiplin, serta edukasi mengenai komunikasi dan resolusi konflik.

REFERENSI

- Colombo Plan. 2017. *Participant Manual: Working with Families with Substance Use Disorder*. Sri Lanka : U.S. Department of State INL.
- Lestari, Sri. 2012. *Psikologi Keluarga: Penanaman Nilai dan Penanganan Konflik dalam Keluarga*. Jakarta: Prenada Media Group.
- Lynch, L.et al. *"Family Trees, Genograms and Ecomap Guidance."*. *NSC Support and Safeguarding Branch Practice Guidance 2016*. Diakses dari pada 20 Mei 2019.

Materi Pelatihan *Systemic Family Therapy & Addiction: Family Therapy in Addiction Treatment* article-1, 2017. Jakarta: BNN & PPIS Family Therapy Institute Singapore.

National Institute on Drug Abuse. 2014. *Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research-Based Guide*. NIH Pub. No 14-7953, direvisi Januari 2014.

Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research-Based Guide. National Institute on Drug Abuse (NIDA), 14 Januari 2014. Diakses pada 20 Mei 2019.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. 2005. *Substance Abuse Treatment and Family Therapy. A Treatment Improvement Protocol TIP 39*. DHHS Publication No. (SMA) 05-4006. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. 2001. *Cannabis Youth Treatment Series Volume 3 :Family Support Network for Adolescent Cannabis Users*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Substance Abuse Treatment and Family Therapy. Center for Substance Abuse Treatment. *Treatment Improvement Protocol (TIP) Series*, No. 39, revised 2015. Diakses pada 20 Mei 2019.

United Nations Office on Drugs and Crime. 2009. *Guide to Implementing Family Skills Training Programmes for Drug Abuse Prevention*. United Nations Publication Sales No.: E.09.XI.8.

United Nations Office on Drugs and Crime. Materi Pelatihan *United Nations Family Therapy: Applying Assesment Component Participants Families*". Jakarta: 2018.

Kegiatan Belajar:5

PENDOKUMENTASIAN

3 JP = 135 Menit

DESKRIPSI SINGKAT

Dokumen pencatatan merupakan bagian yang sangat penting dalam pelayanan rehabilitasi. Dokumen pencatatan tidak hanya menjelaskan mengenai klien, tetapi juga melihat kemampuan petugas layanan dalam berpraktik sehari-hari.

Pendokumentasian dapat menjadi dokumen pencatatan perkembangan klien selama menjalani perawatan di fasilitas rehabilitasi. Pencatatan yang dimaksud tidak hanya berupa pencatatan kondisi fisik klien, namun juga pencatatan yang melibatkan kondisi psikologis dan sosial. Oleh karena itu, diperlukan catatan rekam rehabilitasi yang terintegrasi agar semua pemberi layanan di fasilitas kesehatan memberikan layanan kepada klien dalam format yang sama dan membantu dalam melakukan komunikasi antar tim untuk mengevaluasi perkembangan klien secara terintegrasi.

Rekam rehabilitasi klien harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas atau secara elektronik. Pendokumentasian rekam rehabilitasi klien dilaksanakan oleh seluruh layanan rehabilitasi, baik milik pemerintah ataupun masyarakat sesuai dengan mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis. Modul ini secara khusus dibuat untuk menjelaskan tentang rekam rehabilitasi yang terdiri pengertian, kegunaan, isi, kepemilikan, penyimpanan, pemusnahan, penyusutan, prosedur pemusnahan, kerahasiaan, dan pengisian rekam rehabilitasi.

TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah mempelajari modul ini, peserta diharapkan dapat memahami dan menjelaskan tentang rekam rehabilitasi dan pengisian rekam rehabilitasi.

INDIKATOR HASIL BELAJAR

Setelah mengikuti kegiatan pembelajaran, peserta dapat :

1. Menjelaskan tentang rekam rehabilitasi
2. Menjelaskan tentang pengisian rekam rehabilitasi

METODE DAN ALAT PEMBELAJARAN

Metode : ceramah interaktif, curah pendapat, tanya jawab, permainan (*ice breaking*), pre dan post test

Alat pembelajaran : bahan tayang, multimedia, spidol, kertas, alat tulis, pre dan post test

LANGKAH PEMBELAJARAN

1. Fasilitator mengucapkan salam, memimpin doa, dan memperkenalkan diri.
2. Fasilitator menciptakan suasana kelas yang kondusif dengan *ice breaking*, memberikan arahan yang jelas serta memberikan contoh permainan “tebuk pramuka”.
3. Fasilitator menjelaskan tujuan pembelajaran dan indikator hasil belajar.
4. Fasilitator meminta peserta pelatihan mengungkapkan pengetahuannya tentang rekam medis.
5. Fasilitator menjelaskan pengertian dan kegunaan rekam rehabilitasi.
6. Fasilitator menjelaskan isi, kepemilikan, dan penyimpanan rekam rehabilitasi.
7. Fasilitator menjelaskan pemusnahan, penyusutan, dan prosedur pemusnahan rekam rehabilitasi.
8. Fasilitator menjelaskan tentang kerahasiaan rekam rehabilitasi.
9. Fasilitator menjelaskan tentang pengisian rekam rehabilitasi.
10. Fasilitator membuat rangkuman bersama peserta.
11. Fasilitator melaksanakan evaluasi pembelajaran secara umum.

12. Fasilitator acara dengan ucapan terima kasih dan memberikan apresiasi kepada peserta.

POKOK BAHASAN

Dalam modul ini akan dibahas pokok bahasan dan subpokok bahasan berikut:

Pokok Bahasan 1. Rekam rehabilitasi

- 1.1. Pengertian rekam rehabilitasi
- 1.2. Kegunaan rekam rehabilitasi
- 1.3. Isi rekam rehabilitasi
- 1.4. Kepemilikan rekam rehabilitasi
- 1.5. Penyimpanan rekam rehabilitasi
- 1.6. Pemusnahan rekam rehabilitasi
- 1.7. Penyusutan rekam rehabilitasi
- 1.8. Prosedur pemusnahan rekam rehabilitasi
- 1.9. Kerahasiaan rekam rehabilitasi

Pokok Bahasan 2. Pengisian rekam rehabilitasi

- 2.1. Panduan pengisian rekam rehabilitasi
- 2.2. Penomoran rekam rehabilitasi

URAIAN MATERI

1. Rekam Rehabilitasi

1.1. Pengertian Rekam Rehabilitasi

Menurut pasal 1 Peraturan Kementean Kesehatan RI Nomor 269/Menkes/Per/III/2008, rekam medis adalah kumpulan berkas yang terdiri catatan dan dokumen tentang identitas klien, hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan pada klien. Pendokumentasian

medis harus memenuhi syarat-syarat, yaitu data benar dan jelas, ringkas tetapi lengkap, disusun secara berurutan, data selalu diperbaharui, dapat dipahami, kolaboratif, berfokus pada klien, dan bersifat rahasia. (*Guideline for medical record and clinical documentation, 2007*)

Peraturan Kepala BNN Nomor 24 tahun 2017 tentang Standar Pelayanan Rehabilitasi bagi Pecandu Narkotika dan Korban Penyalahgunaan Narkotika menyatakan bahwa, rekam rehabilitasi klien merupakan gabungan rekam medis dan rekam sosial/ rekam perkembangan klien yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas klien, hasil asesmen/ pemeriksaan, pengobatan, tindakan/ intervensi dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada klien.

1.2. Kegunaan Rekam Rehabilitasi

Rekam rehabilitasi memiliki kegunaan yang dapat dilihat dari beberapa aspek, antara lain:

1. Aspek administrasi

Berkas rekam rehabilitasi mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai petugas baik medis maupun non medis dalam mencapai tujuan pelayanan. Penggunaan pendokumentasian saat ini sangat diperlukan karena kita dapat melihat proses pengobatan dan tindakan yang diberikan kepada klien, dan dapat diakses langsung oleh bagian yang berwenang atas pemeriksaan tersebut.

2. Aspek medis

Suatu berkas rekam rehabilitasi mempunyai nilai medis, karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan atau perawatan yang diberikan kepada klien dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan medis.

3. Aspek hukum

Suatu berkas rekam rehabilitasi mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan,

dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan sebagai Tanda bukti untuk menegakkan keadilan.

4. Aspek keuangan

Suatu berkas rekam rehabilitasi mempunyai nilai uang, karena isinya mengandung data atau informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek keuangan. Kaitannya rekam rehabilitasi dengan aspek keuangan sangat erat sekali dalam hal pengobatan, terapi serta tindakan-tindakan apa saja yang diberikan kepada klien selama menjalani rehabilitasi.

5. Aspek penelitian

Suatu berkas rekam rehabilitasi mempunyai nilai penelitian karena isinya menyangkut data dan informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek pendukung penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan.

6. Aspek pendidikan

Suatu berkas rekam rehabilitasi mempunyai nilai pendidikan karena adanya data atau informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan yang diberikan kepada klien, informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan atau referensi pengajaran di bidang profesi pendidikan.

7. Aspek dokumentasi

Suatu berkas rekam rehabilitasi mempunyai nilai dokumentasi karena isinya berhubungan sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggung jawaban dan pelaporan.

Rekam rehabilitasi terintegrasi berisi klasifikasi pencatatan menggunakan teknik Subyektif, Objektif, Analisa dan Perencanaan (SOAP), yang di lakukan oleh tim kesehatan diantaranya dokter, perawat, fisioterapis, ahli gizi, psikolog, konselor adiksi, pembina mental dan instruktur vokasional yang terkait perawatan klien. Teknik ini sangat membantu dalam melakukan komunikasi antar tim untuk mengevaluasi perkembangan klien secara



terintegrasi karena teknik ini berisi ringkasan catatan medis dan sosial klien (*International Classification of Function system /ICF*).

1.3. Isi Rekam Rehabilitasi

1. Ringkasan masuk dan keluar klien

Ringkasan masuk dan keluar rekam rehabilitasi klien terdiri dari :

- a. Berita acara
- b. Surat pulang
- c. Surat rujukan (bagi klien yang dirujuk)
- d. Resume medis
- e. Persetujuan tindakan/ *informed consent* bila diperlukan
- f. Resume perkembangan sosial
- g. Resume evaluasi psikologis
- h. Formulir A3 (data demografi klien, orang tua klien/ penanggung jawab)

2. Pemeriksaan medis

Pemeriksaan medis merupakan pemeriksaan yang dilakukan oleh dokter dan perawat, hasil pemeriksaan ini meliputi :

a. Hasil ASI (*Addiction Severity Indeks*)

Merupakan sebuah wawancara semi-terstruktur yang relatif singkat yang dirancang untuk memberikan informasi penting tentang aspek kehidupan klien yang dapat berkontribusi pada penyalahgunaan zatnya. Mengevaluasi fungsi dan pengalaman seumur hidup klien dalam tujuh domain: (1) status medis, (2) status pekerjaan/ dukungan hidup, (3) status penggunaan narkotika, (4) alkohol, (5) status legal, (6) riwayat keluarga/ sosial, dan (7) status psikiatri.

b. Pemeriksaan fisik dokter

Berisi keadaan umum klien, Tanda vital (seperti tekanan darah, suhu, nadi, pernapasan), pemeriksaan fisik (dari kepala, leher, dada, perut, tangan, kaki, dan kulit), pemeriksaan anjuran dan diagnosa sementara.



- c. Pemeriksaan gigi spesialistik meliputi odontogram dan pemeriksaan mukosa mulut (apabila memiliki tenaga spesialistik).
 - d. Pengkajian keperawatan (pengkajian keperawatan, diagnosa dan rencana tindakan, implementasi, dan evaluasi)
 - e. Daftar terapi harian klien
Berisi catatan nama klien, nomor rekam rehabilitasi, usia klien, nama obat, jumlah obat, dosis yang diberikan, cara pemberian obat, waktu pemberian obat, nama dan paraf petugas yang memberikan obat kepada klien.
 - f. Hasil pemeriksaan kualitas hidup dengan instrumen WHO-QoL awal dan akhir
 - g. Formulir observasi lainnya
3. Catatan terintegrasi
- Hal-hal yang harus dicatat dalam catatan terintegrasi, antara lain :
- a. Nomor rekam rehabilitasi
 - b. Nama klien
 - c. Jenis kelamin klien
 - d. Tanggal
Petugas pelayanan wajib mengisi tanggal saat melakukan rawatan kepada klien
 - e. Jam
Petugas kesehatan wajib mengisi jam saat dilakukannya rawatan kepada klien
 - f. Identitas profesi
Petugas pemberi layanan (psikiater, dokter umum, dokter gigi, perawat, psikolog, konselor adiksi, pembina mental dan vokasional) wajib mengisi identitas profesi sesuai dengan layanan yang diberikan
 - g. Kolom hasil pemeriksaan (ringkasan keadaan umum, diagnosa, dan pengobatan)

Petugas wajib mengisi kolom hasil pemeriksaan menggunakan teknik pencatatan SOAP.

h. Paraf dan nama lengkap

Petugas wajib membubuhkan paraf dan nama lengkap agar diketahui oleh petugas layanan lainnya.

4. Evaluasi psikologis

Hasil dari evaluasi psikologis yang dilakukan antara lain :

- a. Hasil pemeriksaan tes psikologi (intelegensi, kepribadian, dan minat) yang berada dalam kategori A dan B
- b. Resume hasil asesmen dan intervensi psikologis

5. Rehabilitasi sosial

Rehabilitasi sosial merupakan gabungan dari beberapa profesi, yaitu konselor, pembina mental dan instruktur vokasional. Hasil pemeriksaan yang dilakukan dalam rehabilitasi sosial antara lain :

- a. Hasil URICA awal dan akhir
- b. Rencana rawatan dan evaluasi
- c. Hasil konseling individu
- d. Hasil konseling kelompok
- e. Hasil konseling keluarga
- f. Formulir kriteria perkembangan klien
- g. Hasil kegiatan pembina mental
- h. Hasil kegiatan vokasional

6. Hasil pemeriksaan penunjang medis

Hasil pemeriksaan penunjang merupakan hasil pemeriksaan selama klien menjalani rehabilitasi seperti :

- a. Hasil pemeriksaan laboratorium darah
- b. Hasil pemeriksaan radiologi (Rontgen dada dan USG perut)
- c. Hasil pemeriksaan status gizi
- d. Hasil EEG (rekam gelombang otak) dan EKG (rekam irama jantung)

7. Lain – lain

Bagian lain-lain ini berisikan berkas-berkas pendukung seperti:

- a. Tata tertib klien
- b. Surat putusan pengadilan/ titipan penyidik/ Tim Asesmen Terpadu
- c. Surat cuti, dan lain-lain.

1.4. Kepemilikan Rekam Rehabilitasi

Permenkes RI Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 menyatakan bahwa, rekam medis adalah milik sarana pelayanan kesehatan dan isi rekam medis adalah milik klien. Isi rekam medis tersebut berisi berbentuk ringkasan rekam medis. Ringkasan ini dapat diberikan, dicatat, atau dicopy oleh klien atau orang yang diberi kuasa atau atas persetujuan klien atau keluarga klien yang berhak untuk itu. Di dalam layanan rehabilitasi, berkas rekam rehabilitasi adalah milik lembaga rehabilitasi, sedangkan isinya adalah milik klien sehingga klien berhak mengetahui atau diberitahu dan dapat memanfaatkan rekam rehabilitasi untuk dapat menunjang kepentingannya.

Hak dan kewajiban dari petugas rekam rehabilitasi sebagai berikut:

1. Petugas rekam rehabilitasi berhak untuk:

- a. Merancang desain rekam rehabilitasi;
- b. Berhak menguasai rekam rehabilitasi;
- c. Menggunakan rekam rehabilitasi untuk kepentingannya;
- d. Memusnahkan rekam rehabilitasi sesuai dengan ketentuan.

2. Petugas rekam rehabilitasi berkewajiban untuk:

- a. Menyimpan berkas dengan baik sebab didalamnya terdapat data tentang klien yang sewaktu-waktu diperlukan;
- b. Menjaga dari kerusakan atau kehilangan;
- c. Melaporkan berita acara pemusnahan berkas.

1.5. Penyimpanan Berkas Rekam Rehabilitasi

Tata cara penyimpanan berkas rekam rehabilitasi klien adalah:

- a. Ruang penyimpanan rekam rehabilitasi klien pulang

Setelah berkas rekam rehabilitasi selesai digunakan/ setelah klien selesai menjalani rehabilitasi, maka berkas rekam rehabilitasi wajib dikembalikan ke bagian rekam rehabilitasi. Di bagian rekam rehabilitasi, wajib mencatat setiap berkas rekam rehabilitasi yang kembali ke buku ekspedisi kemudian dilakukan *assembling*. *Assembling* berkas rekam rehabilitasi adalah kegiatan analisa kelengkapan isi berkas dan penyusunan isi dari berkas rekam rehabilitasi sesuai dengan urutannya sebelum disimpan di lemari penyimpanan.

b. Ruang penyimpanan rekam rehabilitasi klien dalam masa rehabilitasi

Setiap ruangan perawat merupakan ruang penyimpanan yang digunakan untuk menyimpan berkas rekam rehabilitasi selama klien menjalani rehabilitasi. Profesi yang akan sering menggunakan berkas rekam rehabilitasi adalah dokter, psikolog, perawat, konselor, instruktur vokasional dan pembina mental. Banyaknya orang yang akan mengakses berkas rekam rehabilitasi akan memungkinkan terjadinya kehilangan berkas sehingga perlu adanya buku ekspedisi untuk mencatat nama klien dan nama petugas yang akan menggunakan berkas rekam rehabilitasi serta tujuan peminjaman dan waktu pengembalian karena setelah selesai dipergunakan, berkas rekam rehabilitasi wajib segera dikembalikan untuk mengurangi risiko kehilangan berkas.

1.6. Pemusnahan Rekam Rehabilitasi

Informasi di dalam rekam rehabilitasi harus dijaga kerahasiaannya oleh petugas rehabilitasi dan pimpinan lembaga rehabilitasi. Informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan, intervensi dan riwayat pengobatan dapat dibuka apabila: untuk kepentingan kesehatan klien, memenuhi permintaan aparaturnya penegak hukum dalam rangka penegakan hukum atas perintah pengadilan, permintaan dan/atau persetujuan klien sendiri, permintaan institusi/lembaga berdasarkan ketentuan perundang-undangan, dan untuk kepentingan penelitian, pendidikan, dan audit medis, sepanjang tidak menyebutkan identitas klien.

Permintaan rekam rehabilitasi harus dilakukan secara tertulis kepada pimpinan lembaga rehabilitasi. Penjelasan tentang isi rekam rehabilitasi hanya boleh dilakukan oleh dokter dan/atau petugas rehabilitasi yang ditunjuk oleh pimpinan atau berdasarkan peraturan perundang-undangan.

1.7. Penyusutan Berkas Rekam Rehabilitasi

Adalah suatu kegiatan memisahkan antara berkas rekam rehabilitasi yang masih aktif dengan berkas rekam rehabilitasi yang dinyatakan in aktif. Tujuannya untuk mengurangi beban penyimpanan berkas rekam rehabilitasi dan menyiapkan kegiatan penilaian nilai guna berkas rekam rehabilitasi untuk kemudian diabadikan atau dimusnahkan. Sebelum melakukan retensi perlu dilakukannya penilaian nilai guna berkas rekam rehabilitasi yaitu kegiatan penilaian terhadap formulir-formulir rekam rehabilitasi yang masih perlu diabadikan atau sudah boleh dimusnahkan. Semua berkas boleh dimusnahkan kecuali ringkasan pulang dan persetujuan tindakan/ intervensi.

1.8. Prosedur Pemusnahan Rekam Rehabilitasi

Rekam rehabilitasi wajib disimpan sekurang-kurangnya untuk jangka waktu 5 (lima) tahun terhitung dari tanggal terakhir klien berobat atau dipulangkan. Setelah batas waktu dilampaui, rekam perkembangan klien dapat dimusnahkan, kecuali ringkasan pulang dan persetujuan tindakan/ intervensi. Penyimpanan rekam rehabilitasi dan ringkasan pulang dilaksanakan oleh petugas yang ditunjuk oleh pimpinan sarana pelayanan kesehatan.

Setelah dilakukan penilaian terhadap nilai guna rekam rehabilitasi inaktif, tim pemusnahan mengabadikan formulir - formulir yang harus diabadikan sesuai dengan nilai gunanya dan memusnahkan formulir yang sudah tidak ada nilai gunanya. Rangkaian kegiatan yang harus dilakukan dalam pengabdian dan pemusnahan berkas rekam rehabilitasi, yaitu:

- a) Membuat daftar pertelaahan yaitu suatu daftar telaah nilai guna berkas rekam rehabilitasi dengan mengelompokkan berdasarkan nomor rekam rehabilitasi;



- b) Membuat berita acara pemusnahan berkas rekam rehabilitasi;
- c) Melaksanakan pemusnahan dengan cara dibakar, dicacah, dibuat bubur atau dilaksanakan oleh pihak ketiga dan disaksikan oleh tim pemusnahan;
- d) Khusus untuk formulir yang sudah rusak atau sudah tidak dapat terbaca dapat langsung dimusnahkan dengan terlebih dahulu membuat surat pernyataan.

1.9. Kerahasiaan Rekam Rehabilitasi

Rekam rehabilitasi bersifat rahasia artinya tidak semua orang bisa membaca dan mengetahui isi dari berkas rekam rehabilitasi. Peraturan Kementerian Kesehatan RI Nomor 269/Menkes/ Per/ III/ 2008 pasal 10 ayat 1 menyatakan bahwa, informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan klien harus dijaga kerahasiaannya oleh semua petugas pengelola sarana pelayanan rehabilitasi.

Informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan dapat dibuka dalam hal:

- a. Kepentingan kesehatan klien;
- b. Memenuhi permintaan aparaturnya penegak hukum dalam rangka penegakan hukum atas perintah pengadilan;
- c. Permintaan dan atau persetujuan klien sendiri;
- d. Permintaan institusi/ lembaga berdasarkan ketentuan perundang – undangan;
- e. Kepentingan penelitian, pendidikan, dan audit medis sepanjang tidak menyebutkan identitas klien.

2. Pengisian Rekam Rehabilitasi

2.1. Panduan Pengisian Rekam Rehabilitasi

Dalam melakukan pengisian rekam rehabilitasi, para petugas harus memperhatikan hal-hal sebagai berikut :

1. Petugas informasi dan pendaftaran yang menerima klien wajib memberi identitas nama lengkap, tanggal masuk dan nomor rekam rehabilitasi klien pada sampul depan berkas rekam rehabilitasi.
2. Dokter atau petugas yang melakukan assesmen awal wajib mengisi assesmen ASI (*Addiction Severity Indeks*) dan pemeriksaan fisik lainnya.
3. Seluruh petugas yang memberikan layanan kepada klien selama menjalani rehabilitasi wajib mengisi rekam rehabilitasi pada saat itu juga atau segera setelah layanan diberikan.
4. Seluruh hasil pemeriksaan penunjang wajib dimasukkan kedalam berkas rekam rehabilitasi segera setelah hasil pemeriksaan keluar (hasil tidak boleh dibawa terpisah dari berkas rekam rehabilitasi).
5. Rekam rehabilitasi dari tiap klien disimpan dalam lemari yang dapat dikunci sehingga tidak dapat diakses oleh semua orang melainkan hanya petugas yang menangani klien, untuk melindungi hak kerahasiaan klien.
6. Data dalam bentuk *soft copy* agar disimpan dalam komputer yang diberi kata kunci untuk membatasi akses, antivirus dan dilakukan pencadangan secara rutin. Dokumen yang penting sebaiknya di cetak dan disatukan di dalam folder *hard copy* klien.
7. Pada lembar catatan terintegrasi :
 - a. Setiap petugas yang memberikan pelayanan kepada klien wajib mengisi pada lembar catatan terintegrasi dan melampirkan data dukung pada bagian yg tersedia sesuai dengan profesi yang bersangkutan;
 - b. Setiap pencatatan harus dibubuhi tanggal, jam, profesi, nama dan Tanda tangan petugas yang memberikan pelayanan secara langsung;
 - c. Dokter melakukan pencatatan menggunakan tinta biru dan petugas lainnya menggunakan tinta hitam.
 - d. Bila ada instruksi dokter melalui lisan/telpon, penerima instruksi mencatat isi perintah yang diberikan oleh dokter di catatan terintergrasi, kemudian konfirmasi ulang isi instruksi yang sudah dituliskan dengan

membacakan ulang kepada pemberi instruksi (dokter). Perawat atau penerima instruksi bertanggung jawab atas penerimaan informasi dengan menuliskan tanggal, jam, profesi dan Tanda tangan petugas penerima instruksi;

- e. Apabila terjadi kesalahan dalam melakukan pencatatan pada rekam rehabilitasi dapat dilakukan pembetulan dengan cara pencoretan tanpa menghilangkan catatan yang dibetulkan dan dibubuhi paraf petugas yang bersangkutan.

2.2. Penomoran Rekam Rehabilitasi

Pelaksanaan layanan rehabilitasi di Klinik BNN/BNNP/Kab, pengadministrasian rekam rehabilitasi dapat dilakukan oleh petugas yang tersedia dan terlatih namun untuk pelaksanaan layanan rehabilitasi di Balai Besar/ Balai/ Loka Rehabilitasi BNN membutuhkan petugas khusus dengan pendidikan minimal D3 Rekam Medis.

Sistem penomoran yaitu tata cara penulisan nomor yang diberikan kepada klien yang datang menjalani rehabilitasi sebagai bagian dari identitas pribadi klien yang bersangkutan. Tujuan dari penomoran rekam rehabilitasi yaitu sebagai petunjuk pemilik berkas rekam rehabilitasi klien yang bersangkutan dan sebagai petunjuk dalam pencarian berkas rekam rehabilitasi yang telah disimpan di filing.

Penomoran rekam rehabilitasi dibagi menjadi dua yaitu untuk lembaga yang dimiliki oleh Pusat seperti Balai/Loka Rehabilitasi BNN dan lembaga yang berada di daerah, seperti Klinik BNNP/BNNK. Untuk Balai/Loka Rehabilitasi BNN kodifikasi rekam rehabilitasi sebagai berikut:

Tahun - 00 - (urutan kelahiran Balai/Loka) - xxxx

Keterangan:

1. Tahun : tahun dimana layanan rehabilitasi diberikan kepada pasien

2. 00 : kode untuk lembaga yang berada di bawah Pusat

3. Urutan kelahiran Balai/Loka :

a) Balai Besar Rehabilitasi BNN : 01

b) Balai Rehabilitasi Badoka : 02

c) Balai Rehabilitasi Tanah Merah : 03

d) Loka Rehabilitasi Batam : 04

e) Loka Rehabilitasi Lampung : 05

f) Loka Rehabilitasi Deliserdang : 06

g) IPWL BNN Pusat : 07

4. No urut klien : menunjukkan no urut klien berdasarkan kedatangan

Contoh :

1. Balai Besar Rehabilitasi BNN

2017 – 00 – 01 – xxxx

2. IPWL BNN Pusat

2017 – 00 – 07 – xxxx

Kodifikasi rekam rehabilitasi untuk Klinik BNNP/BNNK sebagai berikut:

Keterangan:

1. Tahun : tahun dimana layanan rehabilitasi diberikan kepada pasien

2. Kode Provinsi : berdasarkan kode data BPS (terlampir)

3. Kode Kabupaten/Kota : berdasarkan kode data BPS (terlampir)

4. No urut klien : menunjukkan no urut klien berdasarkan kedatangan

Contoh:

1. BNNP DKI Jakarta

2017 – 31 – 00 – xxxx

3. BNNK Jakarta Selatan

2018 – 31 – 71 – xxxx



RANGKUMAN

Rekam rehabilitasi klien harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas atau secara elektronik. Oleh karena itu, diperlukan catatan rekam rehabilitasi yang terintegrasi agar semua pemberi layanan di fasilitas kesehatan memberikan layanan kepada klien dalam format yang sama dan membantu dalam melakukan komunikasi antar tim untuk mengevaluasi perkembangan klien secara terintegrasi. Seluruh petugas yang memberikan layanan kepada klien selama menjalani rehabilitasi, wajib mengisi rekam rehabilitasi pada saat itu juga atau segera setelah layanan diberikan. Rekam rehabilitasi harus disimpan dengan baik dan dijaga kerahasiaannya karena isi dari rekam rehabilitasi adalah milik klien sedangkan berkas rekam rehabilitasi adalah milik lembaga rehabilitasi. Lembaga rehabilitasi wajib menyimpan berkas rekam rehabilitasi selama 5 tahun.

REFERENSI

- Firdaus, S., U. (2008). *Rekam Medik dalam Sorotam Hukum dan Etika*. Cakrabooks: Solo
Guideline For Medical Record and Clinical Documentation. Diunduh dari
https://occupationaltherapy2012.files.wordpress.com/2012/03/2007_guidelines_for_clinical_doc.pdf pada 20 Juli 2018
- Shofari, Bambang, 2002. *Buku 1 Modul Pembelajaran Pengelolaan Rekam Medis dan Dokumentasi Rekam Medis*
- Permenkes RI Nomor 269/Menkes/Per/III/ 2008 tentang Rekam Medis;
- Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Rehabilitasi Bagi Pecandu dan Korban Penyalahgunaan Narkotika di Lembaga Rehabilitasi yang Diselenggarakan Oleh Masyarakat. 2017
- Peraturan Kepala BNN Nomor 24 tahun 2017 tentang Standar Pelayanan Rehabilitasi bagi Pecandu Narkotika dan Korban Penyalahgunaan Narkotika

LAMPIRAN

Perpustakaan BNN



LAMPIRAN I

**RANCANG BANGUN PEMBELAJARAN MATA PELATIHAN (RBPMP)
PELATIHAN TEKNIS PETUGAS DI BIDANG REHABILITASI**

| | | | |
|----|---------------------------|---|---|
| 1. | Nama Pelatihan | : | Pelatihan Teknis Petugas di Bidang Rehabilitasi |
| 2. | Mata Pelatihan | : | Skrining, Asesmen dan Rencana Intervensi |
| 3. | Alokasi Waktu | : | 6 Jam Pelajaran @ 45 Menit |
| 4. | Deskripsi Singkat | : | Mata pelatihan ini membahas berbagai materi terkait dengan skrining, asesmen komprehensif dan rencana intervensi, melalui berbagai metode, seperti: ceramah interaktif, tanya jawab, curah pendapat, permainan, diskusi kasus, dan pre serta post test. |
| 5. | Tujuan Pembelajaran | | |
| | a. Hasil Belajar | : | Setelah mengikuti kegiatan pembelajaran ini peserta mampu menjelaskan tentang skrining, asesmen dan rencana intervensi |
| | b. Indikator Keberhasilan | : | Setelah mengikuti pembelajaran ini, pesertadiharapkan dapat: 1. Menjelaskan tentang skrining 2. Menjelaskan tentang asesmen 3. Menjelaskan berbagai rencana terapi |

| No | Indikator Hasil Belajar | Materi Pokok | Sub-Materi Pokok | Metode | Media | Bentuk Evaluasi | JP | Referensi |
|----|------------------------------|--------------|--|--|--|---|------|---|
| 1. | Menjelaskan tentang skrining | Skrining | <ul style="list-style-type: none"> - Pengertian skrining - Tujuan skrining - Jenis instrumen - Petunjuk pelaksanaan skrining - Prosedur pelaksanaan skrining | <ul style="list-style-type: none"> - Ceramah interaktif - Curah pendapat - Pre dan post test - Tanya jawab - Permainan - Diskusi kasus | <ul style="list-style-type: none"> - Bahan tayang - Multimedia - Spidol - Kertas - Alat tulis - Lembar pre dan post test | <ul style="list-style-type: none"> - Pre dan post test - Tanya jawab - Diskusi kasus - Evaluasi sikap | 6 JP | Kementerian Kesehatan RI. Modul Asesmen dan Rencana Terapi Gangguan Penggunaan Narkotika. Edisi Revisi 2018 <i>The Colombo Plan Asian Centre for Certification and Education of Addiction Professionals Training Series, Curriculum 5 Screening, Intake, Assesment, Treatment Planning and Documentation for</i> |
| 2. | Menjelaskan tentang asesmen | Asesmen | <ul style="list-style-type: none"> - Pengertian asesmen - Tujuan asesmen - Jenis asesmen - Teknik pelaksanaan asesmen - Prosedur pelaksanaan asesmen - Prosedur melakukan asesmen dengan | | | | | |



| | | | | | | | |
|----|--|--------------------|---|--|--|--|---|
| | | | instrumen Formulir Asesmen Wajib Lapor (FAWL) atau <i>Addiction Severity Index- Lite version</i> (ASI-Lite) | | | | <i>Professionals Addiction</i> |
| 3. | Menjelaskan tentang rencana intervensi | Rencana intervensi | <ul style="list-style-type: none">- Pengertian rencana intervensi- Tujuan rencana intervensi- Penyusunan rencana intervensi- Konponen rencana intervensi- Tahapan penyusunan rencana intervensi | | | | <i>World Health Organization, The Alcohol, Smokin g and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) manual for us in primary care</i> |

LAMPIRAN 2

RENCANA/SKENARIO PEMBELAJARAN PELATIHAN TEKNIS PETUGAS DI BIDANG REHABILITASI

| | | | |
|----|---------------------------|---|---|
| 1 | Nama Diklat | : | Pelatihan Teknis Petugas di Bidang Rehabilitasi |
| 2 | Mata Diklat | : | Skrining, Asesmen dan Rencana Intervensi |
| 3 | Alokasi Waktu | : | 6 Jam Pelajaran @ 45 menit |
| 4 | Deskripsi Singkat | : | Mata pelatihan ini membahas berbagai materi terkait dengan skrining, asesmen komprehensif dan rencana intervensi, melalui berbagai metode, seperti: ceramah interaktif, tanya jawab, curah pendapat, permainan, diskusi kasus, dan pre serta post test. |
| 5 | Tujuan Pembelajaran | | |
| | a. Hasil Belajar | : | Setelah mengikuti kegiatan pembelajaran ini peserta mampu menjelaskan tentang skrining, asesmen dan rencana intervensi |
| | b. Indikator Keberhasilan | : | Setelah mengikuti pembelajaran ini, pesertadiharapkan dapat: 1. Menjelaskan tentang skrining 2. Menjelaskan tentang asesmen 3. Menjelaskan berbagai rencana terapi |
| 6. | Kegiatan Belajar Mengajar | | |



| No. | Tahapan Kegiatan | Kegiatan | | Metode | Media / Alat Bantu | Alokasi Waktu |
|-----|------------------|--|---|--|---|---------------|
| | | Fasilitator | Peserta | | | |
| 1. | Pendahuluan | 1.1. Mengucapkan salam, memimpin doa, dan mengenalkan diri | <ul style="list-style-type: none"> - Memperhatikan - Berdoa bersama - Menjawab salam - Memperkenalkan diri dan data pribadi lainnya | <ul style="list-style-type: none"> - Ceramah - Tanya jawab | <ul style="list-style-type: none"> - Bahan tayang - Multimedia - Papan tulis - Spidol | 3 menit |
| | | 1.2. Memberikan soal pre test | <ul style="list-style-type: none"> - Mengerjakan soal pre test | <ul style="list-style-type: none"> - Pre test | <ul style="list-style-type: none"> - Lembar pre test | 5 menit |
| | | 1.3. Menciptakan suasana belajar yang kondusif dengan <i>ice breaking</i> , memberikan arahan yang jelas serta memberikan contoh permainan yang dimaksud | <ul style="list-style-type: none"> - Merasakan suasana belajar yang lebih kondusif - Mengikuti arahan kegiatan <i>ice breaking</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Permainan | <ul style="list-style-type: none"> - Permainan 'Marina, menara, menari' | 5 menit |
| | | 1.4. Menjelaskan tujuan pembelajaran dan indikator hasil belajar | <ul style="list-style-type: none"> - Memperhatikan dengan seksama | <ul style="list-style-type: none"> - Ceramah - Curah pendapat | <ul style="list-style-type: none"> - Bahan tayang - Multimedia | 2 menit |
| 2. | Penyajian | 2.1. Meminta peserta pelatihan mengungkapkan pengetahuannya tentang skrining | <ul style="list-style-type: none"> - Memperhatikan dengan seksama - Menjawab pertanyaan | <ul style="list-style-type: none"> - Ceramah - Curah pendapat | <ul style="list-style-type: none"> - Papan tulis - Spidol | 10 menit |
| | | 2.2. Menjelaskan pengertian dan tujuan skrining | <ul style="list-style-type: none"> - Memperhatikan dengan seksama | <ul style="list-style-type: none"> - Ceramah | <ul style="list-style-type: none"> - Bahan tayang - Multimedia | 10 menit |
| | | 2.3. Menjelaskan jenis instrumen skrining | <ul style="list-style-type: none"> - Memperhatikan dengan seksama - Menjawab pertanyaan | <ul style="list-style-type: none"> - Curah pendapat - Curah pendapat | <ul style="list-style-type: none"> - Kertas <i>flipchart</i> - Spidol | 20 menit |

| | | | | | | |
|--|--|--|---|---|--|----------|
| | | 2.4 Menjelaskan petunjuk dan prosedur pelaksanaan skrining | <ul style="list-style-type: none"> - Memperhatikan dengan seksama - Menjawab pertanyaan | <ul style="list-style-type: none"> - Ceramah - Curah pendapat | <ul style="list-style-type: none"> - Bahan tayang - Multimedia - Papan tulis - Spidol | 10 menit |
| | | 2.5. Menjelaskan tentang cara pengisian instrumen ASSIST | <ul style="list-style-type: none"> - Memperhatikan dengan seksama | <ul style="list-style-type: none"> - Ceramah - Curah pendapat | <ul style="list-style-type: none"> - Bahan tayang - Multimedia - Lembar ASSIST - Papan tulis - Spidol | 20 menit |
| | | 2.6 Menjelaskan pengertian dan tujuan asesmen | <ul style="list-style-type: none"> - Memperhatikan dengan seksama - Menjawab pertanyaan | <ul style="list-style-type: none"> - Ceramah - Curah pendapat | <ul style="list-style-type: none"> - Bahan tayang - Multimedia | 10 menit |
| | | 2.7 Menjelaskan jenis asesmen | <ul style="list-style-type: none"> - Memperhatikan dengan seksama | <ul style="list-style-type: none"> - Curah pendapat | <ul style="list-style-type: none"> - Bahan tayang - Multimedia - Kertas <i>flipchart</i> - Spidol | 30 menit |
| | | 2.8 Menjelaskan teknik dan prosedur asesmen | <ul style="list-style-type: none"> - Memperhatikan dengan seksama - Menjawab pertanyaan | <ul style="list-style-type: none"> - Ceramah - Curah pendapat | <ul style="list-style-type: none"> - Bahan tayang - Multimedia - Papan tulis - Spidol | 30 menit |
| | | 2.9. Menjelaskan tentang cara pengisian instrumen FAWL | <ul style="list-style-type: none"> - Memperhatikan dengan seksama | <ul style="list-style-type: none"> - Ceramah - Curah pendapat | <ul style="list-style-type: none"> - Bahan tayang - Multimedia - Lembar FAWL - Papan tulis - Spidol | 25 menit |



| | | | | | | |
|----|----------------|--|--|--|--|----------|
| | | 2.10. Menjelaskan pengertian dan tujuan rencana intervensi | <ul style="list-style-type: none">- Memperhatikan dengan seksama- Menjawab pertanyaan | <ul style="list-style-type: none">- Ceramah- Curah pendapat | <ul style="list-style-type: none">- Bahan tayang- Multimedia- Papan tulis- Spidol | 20 menit |
| | | 2.11. Menjelaskan penyusunan, komponen dan tahapan penyusunan rencana intervensi | <ul style="list-style-type: none">- Memperhatikan dengan seksama- Menjawab pertanyaan | <ul style="list-style-type: none">- Ceramah- Curah pendapat | <ul style="list-style-type: none">- Bahan tayang- Multimedia- Papan tulis- Spidol | 20 menit |
| | | 2.12. Menjelaskan tentang pengisian ASSIST berdasarkan kasus yang ditampilkan | <ul style="list-style-type: none">- Memperhatikan dengan seksama- Mengisi lembar ASSIST- Menjawab pertanyaan | <ul style="list-style-type: none">- Curah pendapat- Diskusi kasus | <ul style="list-style-type: none">- Bahan tayang- Multimedia- Lembar ASSIST- Alat tulis | 20 menit |
| 3. | Penutup | 3.1 Membuat rangkuman bersama peserta. | <ul style="list-style-type: none">- Memperhatikan- Menjawab pertanyaan | <ul style="list-style-type: none">- Ceramah- Diskusi | <ul style="list-style-type: none">- Papan tulis- Spidol | 10 menit |
| | | 3.2 Melaksanakan evaluasi pembelajaran secara umum. | <ul style="list-style-type: none">- Memperhatikan- Menjawab pertanyaan | <ul style="list-style-type: none">- Ceramah- Curah pendapat | <ul style="list-style-type: none">- Papan tulis- Spidol | 15 menit |
| | | 3.3. Menutup acara dengan ucapan terima kasih dan apresiasi kepada peserta | <ul style="list-style-type: none">- Berdoa bersama- Membalas salam | | | 5 menit |

| | | |
|---|-------------------------------|--|
| 7 | Evaluasi Pembelajaran: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pre dan post test 2. Tanya jawab 3. Diskusi kelompok 4. Evaluasi sikap |
| 8 | Referensi: | <p>Kementerian Kesehatan RI. Modul Asesmen dan Rencana Terapi Gangguan Penggunaan Narkotika. Edisi Revisi 2018</p> <p><i>The Colombo Plan Asian Centre for Certification and Education of Addiction Professionals Training Series, Curriculum 5 Screening, Intake, Assesment, Treatment Planning and Documentation for Professionals Addiction</i></p> <p><i>World Health Organization, The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) manual for us in primary care</i></p> |

Perpustakaan BNN



LAMPIRAN 3

**RANCANG BANGUN PEMBELAJARAN MATA PELATIHAN (RBPMP)
PELATIHAN TEKNIS PETUGAS DI BIDANG REHABILITASI**

| | | | |
|----|---------------------------|---|--|
| 1. | Nama Pelatihan | : | Pelatihan Teknis Petugas di Bidang Rehabilitasi |
| 2. | Mata Pelatihan | : | Gangguan Fisik dan Mental Pada Gangguan Penggunaan Zat (GPZ) |
| 3. | Alokasi Waktu | : | 6 Jam Pelajaran @ 45 Menit |
| 4. | Deskripsi Singkat | : | Mata pelatihan ini membahas berbagai materi terkait dengan gangguan fisik dan mental pada GPZ seperti penyakit infeksi seperti TB paru, hepatitis B, hepatitis C, IMS, HIV-AIDS, penyakit infeksi lainnya dan penyakit non infeksi seperti GERD, karies gigi dan xerostomia, melalui berbagai metode, seperti: ceramah interaktif, tanya jawab, curah pendapat, permainan, diskusi kasus, pre dan post test. |
| 5. | Tujuan Pembelajaran | | |
| | a. Hasil Belajar | : | Setelah mengikuti kegiatan pembelajaran ini peserta mampu menjelaskan tentang penyakit-penyakit fisik dan gangguan mental yang terjadi akibat penggunaan zat |
| | b. Indikator Keberhasilan | : | Setelah mengikuti kegiatan pembelajaran, peserta dapat : 1. Menjelaskan penyakit fisik yang dapat terjadi pada GPZ 2. Menjelaskan gangguan mental yang dapat terjadi pada GPZ |
| | | | |



| No | Indikator Hasil Belajar | Materi Pokok | Sub-Materi Pokok | Metode | Media | Bentuk Evaluasi | JP | Referensi |
|----|---|---|---|--|---|---|------|---|
| 1. | Menjelaskan penyakit fisik pada individu dengan GPZ | <p>2.3. Penyakit infeksi pada individu dengan GPZ</p> <p>2.4. Penyakit non infeksi pada individu dengan GPZ</p> | <p>- TB paru</p> <p>- Hepatitis B</p> <p>- Hepatitis C kronik</p> <p>- IMS</p> <p>- HIV-AIDS</p> <p>- Penyakit lainnya</p> <p>- GERD</p> <p>- Karies gigi</p> <p>- Xerostomia</p> | <p>- Ceramah interaktif</p> <p>- Curah pendapat</p> <p>- Pre dan post test</p> <p>- Tanya jawab</p> <p>- Permainan</p> <p>- Diskusi kelompok</p> | <p>- Bahan tayang</p> <p>- Multimedia</p> <p>- Spidol</p> <p>- Kertas</p> <p>- Alat tulis</p> <p>- Soal pre dan post test</p> <p>- Lembar pre dan post test</p> | <p>- Pre dan post test</p> <p>- Tanya jawab</p> <p>- Latihan soal</p> <p>- Evaluasi sikap</p> | 3 JP | <p>Amin, Zulkifli, Bahar, Asril. Tuberkulosis Paru. Dalam: Sudoyo AW, Bambang Setiyohadi, Idrus Alwi, Marcellus Simadibrata K., Siti Setiadi. (2006). Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FK UI. Jilid II: edisi IV: hal 988.</p> <p>APASL guidelines on the management chronic hepatitis B. Dalam Alwi, Idrus, Simon Salim, Rudy Hidayat, Juferdy Kurniawan, Dicky L. Tahapary. (2015). Penatalaksanaan di Bidang Ilmu Penyakit Dalam: Panduan Praktis Klinis. Internal Publishing. Cetakan kedua: hal 237.</p> |

| | | | | | | | | |
|----|--|---------------------------|--|---|---|---|------|--|
| 2. | Menjelaskan gangguan mental pada individu dengan GPZ | 2.1. Gangguan cemas | <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan cemas menyeluruh - Gangguan panik - Gangguan stres pasca trauma | <ul style="list-style-type: none"> - Ceramah interaktif - Curah pendapat - Tanya jawab - Diskusi kelompok | <ul style="list-style-type: none"> - Bahan tayang - Spidol - Kertas - Alat tulis - Lembar latihan soal | <ul style="list-style-type: none"> - Tanya jawab - Latihan soal - Evaluasi sikap | 3 JP | <p><i>American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition" (DSM-V).</i></p> <p>Joewana, Satya. (2005). <i>Gangguan Mental dan Perilaku Akibat Penggunaan Zat Psikoaktif. Edisi ke-2.</i> Jakarta: EGC.</p> <p>Kaplan, Harold I, Benjamin J. Sadock. (1998). <i>Ilmu Kedokteran Jiwa Darurat.</i> Alih bahasa, W.M. Roan. Jakarta: Widya medika.</p> <p><i>Universal Treatment Curriculum for Substance Use Disorder,</i> modul pelatihan kurikulum seri 3.</p> |
| | | 2.2. Gangguan kepribadian | <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan kepribadian antisosial - Gangguan kepribadian ambang | | | | | |
| | | 2.3. Gangguan mood | <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan bipolar - Gangguan depresi mayor | | | | | |
| | | 2.4. Skizofrenia | <ul style="list-style-type: none"> - Definisi dan faktor risiko - Gejala | | | | | |



LAMPIRAN 4

RENCANA/SKENARIO PEMBELAJARAN PELATIHAN TEKNIS PETUGAS DI BIDANG REHABILITASI

| | | | |
|----|---------------------------|---|--|
| 1 | Nama Diklat | : | Pelatihan Teknis Petugas di Bidang Rehabilitasi |
| 2 | Mata Diklat | : | Gangguan Fisik dan Mental Pada Gangguan Penggunaan Zat (GPZ) |
| 3 | Alokasi Waktu | : | 6 Jam Pelajaran @ 45 menit = 270 menit |
| 4 | Deskripsi Singkat | : | Mata pelatihan ini membahas berbagai materi terkait dengan gangguan fisik dan mental pada GPZ seperti penyakit infeksi seperti TB paru, hepatitis B, hepatitis C, IMS, HIV-AIDS, penyakit lainnya dan penyakit non infeksi seperti GERD, karies gigi dan xerostomia, melalui berbagai metode, seperti: ceramah interaktif, tanya jawab, curah pendapat, permainan, diskusi kasus, pre dan post test. |
| 5 | Tujuan Pembelajaran | | |
| | a. Hasil Belajar | : | Setelah mengikuti kegiatan pembelajaran ini peserta mampu menjelaskan tentang penyakit-penyakit fisik dan gangguan mental yang terjadi akibat penggunaan zat |
| | b. Indikator Keberhasilan | : | Setelah mengikuti kegiatan pembelajaran, peserta dapat : 1. Menjelaskan penyakit fisik yang dapat terjadi pada GPZ 2. Menjelaskan gangguan mental yang dapat terjadi pada GPZ |
| 6. | Kegiatan Belajar Mengajar | | |

| No. | Tahapan Kegiatan | Kegiatan | | Metode | Media / Alat Bantu | Alokasi Waktu |
|-----|------------------|--|---|--|---|---------------|
| | | Fasilitator | Peserta | | | |
| 1. | Pendahuluan | 1.1. Mengucapkan salam, memimpin doa, dan mengenalkan diri | <ul style="list-style-type: none"> - Memperhatikan - Berdoa bersama - Menjawab salam - Memperkenalkan diri dan data pribadi lainnya | <ul style="list-style-type: none"> - Ceramah - Tanya jawab | <ul style="list-style-type: none"> - Bahan tayang - Multimedia - Papan tulis - Spidol | 3 menit |
| | | 1.2. Menciptakan suasana belajar yang kondusif dengan <i>ice breaking</i> , memberikan arahan yang jelas serta memberikan contoh permainan yang dimaksud | <ul style="list-style-type: none"> - Merasakan suasana belajar yang lebih kondusif - Mengikuti arahan kegiatan <i>ice breaking</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Permainan | <ul style="list-style-type: none"> - Permainan "tepek tangan siang - malam" | 5 menit |
| | | 1.3. Menjelaskan tujuan pembelajaran dan indikator keberhasilan | <ul style="list-style-type: none"> - Memperhatikan dengan seksama - Berdiskusi sesuai arahan | <ul style="list-style-type: none"> - Ceramah - Curah pendapat - Diskusi | <ul style="list-style-type: none"> - Bahan tayang - Multimedia - Metaplan | 2 menit |
| 2. | Penyajian | 2.1. Meminta peserta pelatihan mengungkapkan pengetahuannya tentang kegawatdaruratan medik pada individu dengan GPZ. | <ul style="list-style-type: none"> - Memperhatikan dengan seksama - Menjawab pertanyaan | <ul style="list-style-type: none"> - Ceramah - Curah pendapat | <ul style="list-style-type: none"> - Papan tulis - Spidol | 15 menit |
| | | 2.2. Menjelaskan kegawatdaruratan medik yang dapat terjadi pada individu pada GPZ. | <ul style="list-style-type: none"> - Memperhatikan dengan seksama | <ul style="list-style-type: none"> - Ceramah | <ul style="list-style-type: none"> - Bahan tayang - Multimedia | 20 menit |
| | | 2.3. Melakukan diskusi mengenai materi | <ul style="list-style-type: none"> - Memperhatikan dengan seksama | <ul style="list-style-type: none"> - Curah pendapat | <ul style="list-style-type: none"> - Kertas <i>flipchart</i> | 20 menit |

| | | | | | |
|--|--|---|-------------------------------|---|----------|
| | keawatdaruratan medik. | - Menjawab pertanyaan | - Curah pendapat | - Spidol | |
| | 2.4 Menjelaskan penyakit infeksi yang dapat terjadi pada individu dengan GPZ. | - Memperhatikan dengan seksama - Menjawab pertanyaan | - Ceramah - Curah pendapat | - Bahan tayang - Multimedia - Papan tulis - Spidol | 40 menit |
| | 2.5 Melakukan diskusi tentang penyakit infeksi yang dapat terjadi pada individu dengan GPZ | - Memperhatikan dengan seksama - Menjawab pertanyaan | - Curah pendapat | - Papan tulis - Spidol | 10 menit |
| | 2.6 Menjelaskan penyakit non-infeksi yang dapat terjadi pada individu dengan GPZ. | - Memperhatikan dengan seksama - Menjawab pertanyaan | - Ceramah - Curah pendapat | - Bahan tayang - Multimedia | 25 menit |
| | 2.7 Melakukan diskusi kelompok bagian 1 | - Memperhatikan dengan seksama - Berdiskusi | - Curah pendapat - Diskusi | - Bahan tayang - Multimedia - Kertas <i>flipchart</i> - Spidol | 40 menit |
| | 2.8 Menjelaskan gangguan mental yang dapat terjadi pada individu dengan GPZ. | - Memperhatikan dengan seksama - Menjawab pertanyaan | - Ceramah - Curah pendapat | - Bahan tayang - Multimedia - Papan tulis - Spidol | 30 menit |
| | 2.9 Melakukan diskusi kelompok bagian ke 2 | - Memperhatikan dengan seksama - Berdiskusi | - Curah pendapat - Diskusi | - Bahan tayang - Multimedia | 30 menit |





| | | | | | | |
|----|------------------------|--|--|------------------------|--|----------|
| | | | | | - Kertas <i>flipchart</i> - Spidol | |
| 3. | Penutup | 3.1 Membuat rangkuman bersama peserta. | - Memperhatikan - Menjawab pertanyaan | - Ceramah - Diskusi | - Papan tulis - Spidol | 10 menit |
| | | 3.2 Melaksanakan evaluasi pembelajaran secara umum. | - Memperhatikan - Menjawab pertanyaan | - Ceramah | - Papan tulis - Spidol | 15 menit |
| | | 3.3. Mmenutup acara dengan ucapan terima kasih dan apresiasi kepada peserta | - Berdoa bersama - Membalas salam | | | 5 menit |
| 7 | Evaluasi Pembelajaran: | 1. Pre dan post test 2. Tanya jawab 3. Diskusi kelompok 4. Evaluasi sikap | | | | |
| 8 | Referensi: | Amin, Zulkifli, Bahar, Asril. Tuberkulosis Paru. Dalam: Sudoyo AW, Bambang Setiyohadi, Idrus Alwi, Marcellus Simadibrata K., Siti Setiadi. (2006). Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FK UI. Jilid II: edisi IV: hal 988. <i>APASL guidelines on the management chronic hepatitis B</i> . Dalam Alwi, Idrus, Simon Salim, Rudy Hidayat, Juferdy Kurniawan, Dicky L. Tahapary. (2015). Penatalaksanaan-an di Bidang Ilmu Penyakit Dalam: Panduan Praktis Klinis. Internal Publishing. Cetakan kedua: hal 237. <i>American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition" (DSM-V)</i> . Joewana, Satya. (2005). Gangguan Mental dan Perilaku Akibat Penggunaan Zat Psikoaktif. Edisi ke-2. Jakarta: EGC. Kaplan, Harold I, Benjamin J. Sadock. (1998). Ilmu Kedokteran Jiwa | | | | |

| | | |
|--|--|--|
| | | Darurat. Alih bahasa, W.M. Roan. Jakarta: Widya medika. <i>Universal Treatment Curriculum for Substance Use Disorder</i> , modul pelatihan kurikulum seri 3. |
|--|--|--|

Perpustakaan BNN





LAMPIRAN 5

**RANCANG BANGUN PEMBELAJARAN MATA PELATIHAN (RBPMP)
PELATIHAN TEKNIS PETUGAS DI BIDANG REHABILITASI**

| | | | |
|----|---------------------------|---|--|
| 1. | Nama Pelatihan | : | Pelatihan Teknis Petugas di Bidang Rehabilitasi |
| 2. | Mata Pelatihan | : | Penatalaksanaan Konseling |
| 3. | Alokasi Waktu | : | 3 Jam Pelajaran @ 45 menit = 135 menit |
| 4. | Deskripsi Singkat | : | Mata pelatihan ini membahas berbagai materi terkait dengan penatalaksanaan konseling seperti pengetahuan dasar konseling yaitu pengertian konseling dan hubungan terapeutik, karakteristik konselor, hambatan dan hubungan yang harus dihindari dalam konseling serta keterampilan konseling dasar adiksi narkotika seperti: ceramah interaktif, tanya jawab, curah pendapat, pre dan post test. |
| 5. | Tujuan Pembelajaran | | |
| | a. Hasil Belajar | : | Setelah mengikuti kegiatan pembelajaran ini peserta mampu memahami dan menjelaskan pengetahuan dasar konseling dan keterampilan konseling dasar adiksi narkotika |
| | b. Indikator Keberhasilan | : | Setelah mengikuti kegiatan pembelajaran, peserta dapat : 1. Memahami dan menjelaskan tentang pengetahuan dasar konseling 2. Memahami dan menjelaskan keterampilan konseling dasar adiksi narkotika |

| No | Indikator Hasil Belajar | Materi Pokok | Sub-Materi Pokok | Metode | Media | Bentuk Evaluasi | JP | Referensi |
|----|---|---|---|--|--|--|------|--|
| 1. | Menjelaskan tentang pengetahuan dasar konseling | Pengetahuan dasar konseling | <ul style="list-style-type: none"> - Pengertian konseling - Pengertian hubungan terapeutik - Karakteristik konselor - Hambatan dalam konseling - Hubungan yang harus dihindari dalam konseling | <ul style="list-style-type: none"> - Ceramah interaktif - Curah pendapat - Tanya jawab - Permainan | <ul style="list-style-type: none"> - Bahan tayang - Multimedia - Spidol - Kertas - Alat tulis - Soal pre dan post test | <ul style="list-style-type: none"> - Pre dan post test - Tanya jawab - Evaluasi sikap | 3 JP | <p>Mulawarman. 2017. Buku ajar: Pengantar Keterampilan Dasar Konseling Bagi Konselor Pendidikan. Semarang: UNNES.</p> <p><i>The Colombo Plan Asian Centre for Certification and Education Addiction Professionals Training Series.</i> 2011. Modul Panduan Peserta : Keterampilan Konseling Dasar untuk Konseling Adiksi. USA : US Department of State.</p> <p><i>The Panel of Resource Persons.</i> 2002. <i>Enhancing Life Skills in Drug Treatment and Rehabilitation: A Manual for</i></p> |
| 2. | Menjelaskan konseling dasar adiksi narkotika | Keterampilan konseling dasar adiksi narkotika | <ul style="list-style-type: none"> - Membuka - Mendengarkan - Proses - Merespon - Terminasi | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Practitioners and Trainers. USA: Colombo Plan Drug Advisory Programme | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Perpustakaan BNN



LAMPIRAN 6

RENCANA/SKENARIO PEMBELAJARAN PELATIHAN TEKNIS PETUGAS DI BIDANG REHABILITASI

| 1 | Nama Diklat | : | Pelatihan Teknis Petugas di Bidang Rehabilitasi | | | |
|-----|---------------------------|--|--|--|---|---------------|
| 2 | Mata Diklat | : | Penatalaksanaan Konseling | | | |
| 3 | Alokasi Waktu | : | 3 Jam Pelajaran @ 45 menit = 135 menit | | | |
| 4 | Deskripsi Singkat | : | Mata pelatihan ini membahas berbagai materi terkait dengan penatalaksanaan konseling seperti pengetahuan dasar konseling yaitu pengertian konseling dan hubungan terapeutik, karakteristik konselor, hambatan dan hubungan yang harus dihindari dalam konseling serta keterampilan konseling dasar adiksi narkotika seperti: ceramah interaktif, tanya jawab, curah pendapat, pre dan post test. | | | |
| 5 | Tujuan Pembelajaran | | | | | |
| | a. Hasil Belajar | : | Setelah mengikuti kegiatan pembelajaran ini peserta mampu memahami dan menjelaskan pengetahuan dasar konseling dan keterampilan konseling dasar adiksi narkotika | | | |
| | b. Indikator Keberhasilan | : | Setelah mengikuti kegiatan pembelajaran, peserta dapat : 1. Memahami dan menjelaskan tentang pengetahuan dasar konseling 2. Memahami dan menjelaskan keterampilan konseling dasar adiksi narkotika | | | |
| 6. | Kegiatan Belajar Mengajar | | | | | |
| No. | Tahapan Kegiatan | Kegiatan | | Metode | Media / Alat Bantu | Alokasi Waktu |
| | | Fasilitator | Peserta | | | |
| 1. | Pendahuluan | 1.1. Mengucapkan salam, memimpin doa, dan mengenalkan diri | <ul style="list-style-type: none"> - Memperhatikan - Berdoa bersama - Menjawab salam - Memperkenalkan diri dan data pribadi lainnya | <ul style="list-style-type: none"> - Ceramah - Tanya jawab | <ul style="list-style-type: none"> - Bahan tayang - Multimedia - Papan tulis - Spidol | 3 menit |



| | | | | | | |
|----|-----------|---|---|--|--|----------|
| | | 1.2. Menciptakan suasana belajar yang kondusif dengan <i>ice breaking</i> , memberikan arahan yang jelas serta contoh permainan yang dimaksud | <ul style="list-style-type: none">- Merasakan suasana belajar yang lebih kondusif- Mengikuti arahan kegiatan <i>ice breaking</i> | <ul style="list-style-type: none">- Permainan | <ul style="list-style-type: none">- Permainan | 5 menit |
| | | 1.3. Menjelaskan tujuan pembelajaran dan indikator keberhasilan | <ul style="list-style-type: none">- Memperhatikan dengan seksama- Berdiskusi sesuai arahan | <ul style="list-style-type: none">- Ceramah- Curah pendapat- Diskusi | <ul style="list-style-type: none">- Bahan tayang- Multimedia- Metaplan | 2 menit |
| 2. | Penyajian | 2.1. Meminta peserta pelatihan mengungkapkan pengetahuannya tentang konseling dasar. | <ul style="list-style-type: none">- Memperhatikan dengan seksama- Menjawab pertanyaan | <ul style="list-style-type: none">- Ceramah- Curah pendapat | <ul style="list-style-type: none">- Papan tulis- Spidol | 10 menit |
| | | 2.2. Menjelaskan pengertian konseling dan hubungan terapeutik | <ul style="list-style-type: none">- Memperhatikan dengan seksama | <ul style="list-style-type: none">- Ceramah- Curah pendapat | <ul style="list-style-type: none">- Bahan tayang- Multimedia | 10 menit |
| | | 2.3. Menjelaskan karakteristik konselor | <ul style="list-style-type: none">- Memperhatikan dengan seksama- Menjawab pertanyaan | <ul style="list-style-type: none">- Ceramah- Curah pendapat | <ul style="list-style-type: none">- Bahan tayang- Multimedia | 10 menit |
| | | 2.4. Menjelaskan hambatan dalam konseling | <ul style="list-style-type: none">- Memperhatikan dengan seksama- Menjawab pertanyaan- | <ul style="list-style-type: none">- Ceramah- Curah pendapat | <ul style="list-style-type: none">- Bahan tayang- Multimedia | 10 menit |
| | | 2.5. Menjelaskan hubungan | <ul style="list-style-type: none">- Memperhatikan | <ul style="list-style-type: none">- Ceramah | <ul style="list-style-type: none">- Bahan tayang | 10 |

| | | | | | | |
|----|------------------------|--|--|-------------------------------|--------------------------------|----------|
| | | yang harus dihindari dalam konseling | dengan seksama - Menjawab pertanyaan | - Curah pendapat | - Multimedia | menit |
| | | 2.6. Menjelaskan keterampilan konseling dasar adiksi narkotika | - Memperhatikan dengan seksama - Menjawab pertanyaan | - Ceramah - Curah pendapat | - Bahan tayang - Multimedia | 45 menit |
| 3. | Penutup | 3.1 Membuat rangkuman bersama peserta. | - Memperhatikan - Menjawab pertanyaan | - Ceramah - Diskusi | - Papan tulis - Spidol | 10 menit |
| | | 3.2 Melaksanakan evaluasi pembelajaran secara umum. | - Memperhatikan - Menjawab pertanyaan | - Ceramah | - Papan tulis - Spidol | 15 menit |
| | | 3.3. Menutup acara dengan ucapan terima kasih dan apresiasi kepada peserta | - Berdoa bersama - Membalas salam | | | 5 menit |
| 7 | Evaluasi Pembelajaran: | | 1. Pre dan post test 2. Tanya jawab 3. Evaluasi sikap | | | |
| 8 | Referensi: | | <p><i>Family Health International 360 (FHI360) 2010. Training Curriculum on Drug Addiction Counseling: Trainer Manual. Chapter 2 :What Is Drug Addiction counselling. Hanoi: Lotus Communication. Diakses dari http: https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/Training%20Curriculum%20on%20Drug%20Addiction%20Counseling%20-%20Chapter%202.pdf</i></p> <p>Lesmana, Jeanette M. 2005. Dasar-dasar Konseling. Jakarta:</p> | | | |





| | | |
|--|--|---|
| | | <p>Universitas Indonesia (UI Press).</p> <p>Materi Pelatihan <i>Motivational Interview</i>: Konseling Dasar Adiksi. 2015. Jakarta: Direktorat Pengembangan Lembaga Rehabilitasi Instansi Pemerintah (PLRIP)-BNN.</p> <p>Mulawarman. 2017. Buku ajar: Pengantar Keterampilan Dasar Konseling Bagi Konselor Pendidikan. Semarang: UNNES.</p> <p><i>The Colombo Plan Asian Centre for Certification and Education Addiction Professionals Training Series</i>. 2011. Modul Panduan Peserta : Keterampilan Konseling Dasar untuk Konseling Adiksi. USA : US Department of State.</p> <p><i>The Panel of Resource Persons</i>. 2002. <i>Enhancing Life Skills in Drug Treatment and Rehabilitation: A Manual for Practitioners and Trainers</i>. USA: Colombo Plan Drug Advisory Programme</p> |
|--|--|---|

Perpustakaan BNN



LAMPIRAN 7

RANCANG BANGUN PEMBELAJARAN MATA PELATIHAN (RBPMP) PELATIHAN TEKNIS PETUGAS DI BIDANG REHABILITASI

| | | | |
|----|---------------------------|---|---|
| 1. | Nama Pelatihan | : | Pelatihan Teknis Petugas di Bidang Rehabilitasi |
| 2. | Mata Pelatihan | : | Pelibatan Keluarga Dalam Rehabilitasi |
| 3. | Alokasi Waktu | : | 3 Jam Pelajaran @ 45 Menit |
| 4. | Deskripsi Singkat | : | Mata pelatihan ini membahas berbagai materi terkait dengan pelibatan keluarga dalam rehabilitasi yang terdiri konsep dasar pelibatan keluarga, dampak adiksi narkotika pada keluarga, tantangan pada pelibatan keluarga dalam rehabilitasi, dan intervensi dalam pelibatan keluarga, melalui berbagai metode, seperti: ceramah interaktif, tanya jawab, curah pendapat, permainan, lembar kerja, pre dan post test. |
| 5. | Tujuan Pembelajaran | | |
| | a. Hasil Belajar | : | Setelah mengikuti kegiatan pembelajaran ini peserta mampu menjelaskan tentang konsep dasar pelibatan keluarga dalam rehabilitasi dan pelibatan keluarga dalam rehabilitasi |
| | b. Indikator Keberhasilan | : | Setelah mengikuti kegiatan pembelajaran, peserta dapat : 1. Menjelaskan konsep dasar pelibatan keluarga dalam rehabilitasi 2. Menjelaskan pelibatan keluarga dalam rehabilitasi |

| No | Indikator Hasil Belajar | Materi Pokok | Sub-Materi Pokok | Metode | Media | Bentuk Evaluasi | JP | Referensi |
|----|---|---|--|--|---|--|------|---|
| 1. | Menjelaskan konsep dasar pelibatan keluarga dalam rehabilitasi | 1.1. Konsep dasar pelibatan keluarga dalam rehabilitasi | - Definisi keluarga - Fungsi keluarga - Keterlibatan keluarga dalam terapi gangguan penggunaan narkotika | - Ceramah interaktif - Curah pendapat - Tanya jawab - Permainan - Lembar kerja | - Bahan tayang - Multimedia - Spidol - Kertas - Alat tulis - Soal pre dan post test - Lembar latihan soal | - Pre dan post test - Tanya jawab - Hasil lembar kerja - Evaluasi sikap | 3 JP | Amin, Zulkifli, Bahar, Asril. Tuberkulosis Paru. Dalam: Sudoyo AW, Bambang Setiyohadi, Idrus Alwi, Marcellus Simadibrata K., Siti Setiadi. (2006). Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FK UI. Jilid II: edisi IV |
| 2. | Menjelaskan tentang tantangan dan intervensi pada pelibatan keluarga dalam rehabilitasi | 2.6. Dampak adiksi narkotika pada keluarga | | | | | | |
| | | 2.7. Tantangan pada pelibatan keluarga dalam rehabilitasi | Kodependensi | | | | | |
| | | 2.8. Intervensi pada pelibatan keluarga | - Terapi keluarga - Edukasi keluarga | | | | | |

LAMPIRAN 8

RENCANA/SKENARIO PEMBELAJARAN PELATIHAN TEKNIS PETUGAS DI BIDANG REHABILITASI

| | | | |
|---|---------------------------|---|---|
| 1 | Nama Diklat | : | Pelatihan Teknis Petugas di Bidang Rehabilitasi |
| 2 | Mata Diklat | : | Pelibatan Keluarga Dalam Rehabilitasi |
| 3 | Alokasi Waktu | : | 3 Jam Pelajaran @ 45 menit = 135 menit |
| 4 | Deskripsi Singkat | : | Mata pelatihan ini membahas berbagai materi terkait dengan pelibatan keluarga dalam rehabilitasi yang terdiri konsep dasar pelibatan keluarga, dampak adiksi narkotika pada keluarga, tantangan pada pelibatan keluarga dalam rehabilitasi, dan intervensi dalam pelibatan keluarga, melalui berbagai metode, seperti: ceramah interaktif, tanya jawab, curah pendapat, permainan, lembar kerja, pre dan post test. |
| 5 | Tujuan Pembelajaran | | |
| | a. Hasil Belajar | : | Setelah mengikuti kegiatan pembelajaran ini peserta mampu menjelaskan tentang konsep dasar pelibatan keluarga dalam rehabilitasi dan pelibatan keluarga dalam rehabilitasi |
| | b. Indikator Keberhasilan | : | Setelah mengikuti kegiatan pembelajaran, peserta dapat : 1. Menjelaskan konsep dasar pelibatan keluarga dalam rehabilitasi 2. Menjelaskan pelibatan keluarga dalam rehabilitasi |



| 6. Kegiatan Belajar Mengajar | | | | | | |
|------------------------------|------------------|--|---|--|---|---------------|
| No | Tahapan Kegiatan | Kegiatan | | Metode | Media / Alat Bantu | Alokasi Waktu |
| | | Fasilitator | Peserta | | | |
| 1. | Pendahuluan | 1.1. Mengucapkan salam, memimpin doa, dan mengenalkan diri | <ul style="list-style-type: none"> - Memperhatikan - Berdoa bersama - Menjawab salam - Memperkenalkan diri dan data pribadi lainnya | <ul style="list-style-type: none"> - Ceramah - Tanya jawab | <ul style="list-style-type: none"> - Bahan tayang - Multimedia - Papan tulis - Spidol | 3 menit |
| | | 1.2. Menciptakan suasana belajar yang kondusif dengan ice breaking, memberikan arahan yang jelas serta memberikan contoh permainan yang dimaksud | <ul style="list-style-type: none"> - Merasakan suasana belajar yang lebih kondusif - Mengikuti arahan kegiatan ice breaking | <ul style="list-style-type: none"> - Permainan | Permainan | 5 menit |
| | | 1.3. Menjelaskan tujuan pembelajaran dan | <ul style="list-style-type: none"> - Memperhatikan dengan seksama | <ul style="list-style-type: none"> - Ceramah - Curah | <ul style="list-style-type: none"> - Bahan tayang | 2 menit |



| | | indikator keberhasilan | - Berdiskusi sesuai arahan | pendapat - Diskusi | - Multimedia - Metaplan | |
|----|-----------|---|---|-------------------------------|--------------------------------|----------|
| 2. | Penyajian | 2.1. Menjelaskan tentang konsep dasar pelibatan keluarga dalam rehabilitasi | - Memperhatikan dengan seksama - Menjawab pertanyaan | - Ceramah - Curah pendapat | - Papan tulis - Spidol | 20 menit |
| | | 2.2. Menjelaskan dampak adiksi narkotika pada keluarga | - Memperhatikan dengan seksama | - Ceramah - Curah pendapat | - Bahan tayang - Multimedia | |
| | | 2.3. Menjelaskan tantangan pelibatan keluarga dalam rehabilitasi | - Memperhatikan dengan seksama - Menjawab pertanyaan | - Ceramah - Curah pendapat | - Bahan tayang - Multimedia | 10 menit |
| | | 2.4. Menjelaskan intervensi dalam pelibatan keluarga | - Memperhatikan dengan seksama - Menjawab pertanyaan | - Ceramah - Curah pendapat | - Bahan tayang - Multimedia | 25 menit |



| | | | | | | |
|----|-------------------------------|--|---|---|--|----------|
| | | 2.5. Memberikan lembar kerja | <ul style="list-style-type: none">- Mengerjakan soal di lembar kerja- Mempresentasikan hasil lembar kerja | <ul style="list-style-type: none">- Diskusi | <ul style="list-style-type: none">- Kertas- Spidol | 30 menit |
| 3. | Penutup | 3.1. Membuat rangkuman bersama peserta. | <ul style="list-style-type: none">- Memperhatikan- Menjawab pertanyaan | <ul style="list-style-type: none">- Ceramah- Diskusi | <ul style="list-style-type: none">- Papan tulis- Spidol | 10 menit |
| | | 3.2. Melaksanakan evaluasi pembelajaran secara umum. | <ul style="list-style-type: none">- Memperhatikan- Menjawab pertanyaan | <ul style="list-style-type: none">- Ceramah | <ul style="list-style-type: none">- Papan tulis- Spidol | 15 menit |
| | | 3.3. Menutup acara dengan ucapan terima kasih dan apresiasi kepada peserta | <ul style="list-style-type: none">- Berdoa bersama- Membalas salam | | | 5 menit |
| 7 | Evaluasi Pembelajaran: | | <ol style="list-style-type: none">1. Pre dan post test2. Tanya jawab3. Hasil lembar kerja4. Evaluasi sikap | | | |



| | | |
|---|-------------------|---|
| 8 | Referensi: | <p>Amin, Zulkifli, Bahar, Asril. Tuberkulosis Paru. Dalam: Sudoyo AW, Bambang Setiyohadi, Idrus Alwi, Marcellus Simadibrata K., Siti Setiadi. (2006). Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FK UI. Jilid II: edisi IV: hal 988.</p> <p>APASL guidelines on the management chronic hepatitis B. Dalam Alwi, Idrus, Simon Salim, Rudy Hidayat, Juferdy Kurniawan, Dicky L. Tahapary. (2015). Penatalaksanaan-an di Bidang Ilmu Penyakit Dalam: Panduan Praktis Klinis. Internal Publishing. Cetakan kedua: hal 237.</p> <p>American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition" (DSM-V).</p> <p>Joewana, Satya. (2005). Gangguan Mental dan Perilaku Akibat Penggunaan Zat Psikoaktif. Edisi ke-2. Jakarta: EGC.</p> <p>Kaplan, Harold I, Benjamin J. Sadock. (1998). Ilmu Kedokteran Jiwa Darurat. Alih bahasa, W.M. Roan. Jakarta: Widya medika.</p> <p>Universal Treatment Curriculum for Substance Use Disorder, modul pelatihan kurikulum seri 3.</p> |
|---|-------------------|---|



LAMPIRAN 9

RANCANG BANGUN PEMBELAJARAN MATA PELATIHAN (RBPMP)
PELATIHAN TEKNIS PETUGAS DI BIDANG REHABILITASI

| | | | |
|----|---------------------------|---|---|
| 1. | Nama Pelatihan | : | Pelatihan Teknis Petugas di Bidang Rehabilitasi |
| 2. | Mata Pelatihan | : | Pendokumentasian dalam layanan rehabilitasi |
| 3. | Alokasi Waktu | : | 4 Jam Pelajaran @ 45 Menit |
| 4. | Deskripsi Singkat | : | Mata Pelatihan ini membahas berbagai materi terkait dengan pendokumentasian dalam layanan rehabilitasi yaitu rekam rehabilitasi seperti pengertian, kegunaan, isi, kepemilikan, penyimpanan, pemusnahan, penyusutan, prosedur pemusnahan, kerahasiaan, dan pengisian rekam rehabilitasi, melalui berbagai metode seperti ceramah interaktif, permainan, curah pendapat, tanya jawab, pre dan post test. |
| 5. | Tujuan Pembelajaran | | |
| | a. Hasil Belajar | : | Setelah mengikuti kegiatan pembelajaran ini peserta mampu menjelaskan tentang rekam rehabilitasi |
| | b. Indikator Keberhasilan | : | Setelah mengikuti kegiatan pembelajaran, peserta dapat : 1. Menjelaskan tentang rekam rehabilitasi 2. Menjelaskan tentang pengisian rekam rehabilitasi |

| No | Indikator Hasil Belajar | Materi Pokok | Sub-Materi Pokok | Metode | Media | Bentuk Evaluasi | JP | Referensi |
|----|--|-------------------------|--|---|--|--|------|---|
| 1. | Menjelaskan tentang rekam rehabilitasi | 1.1. Rekam rehabilitasi | <ul style="list-style-type: none"> - Pengertian rekam rehabilitasi - Kegunaan rekam rehabilitasi - Isi rekam rehabilitasi - Kepemilikan rekam rehabilitasi - Penyimpanan rekam rehabilitasi - Pemusnahan rekam rehabilitasi - Penyusutan rekam rehabilitasi - Prosedur pemusnahan rekam rehabilitasi - Kerahasiaan rekam rehabilitasi | <ul style="list-style-type: none"> - Ceramah interaktif - Curah pendapat - Tanya jawab - Permainan - Pre dan post test | <ul style="list-style-type: none"> - Bahan tayang - Multimedia - Spidol - Kertas - Alat tulis - Lembar pre dan post test | <ul style="list-style-type: none"> - Pre dan post test - Tanya jawab - Evaluasi sikap | 3 JP | Permenkes RI Nomor 269/Menkes/Per/III/ 2008 tentang Rekam Medis Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Rehabilitasi Bagi Pecandu dan Korban Penyalahgunaan Narkotika di Lembaga Rehabilitasi yang Diselenggarakan Oleh Masyarakat. 2017 |

| | | | | | | | | |
|----|--|----------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 2. | Menjelaskan tentang pengisian rekam rehabilitasi | 2.1 Pengisian rekam rehabilitasi | - Panduan pengisian rekam rehabilitasi - Penomoran rekam rehabilitasi | | | | | |
|----|--|----------------------------------|--|--|--|--|--|--|

Perpustakaan BNN

LAMPIRAN 10

RENCANA/SKENARIO PEMBELAJARAN
 PELATIHAN TEKNIS PETUGAS DI BIDANG REHABILITASI

| 1 | Nama Diklat | : | Pelatihan Teknis Petugas di Bidang Rehabilitasi | | | |
|-----|---------------------------|---|---|----------------------|--------------------------------|---------------|
| 2 | Mata Diklat | : | Pendokumentasian dalam layanan rehabilitasi | | | |
| 3 | Alokasi Waktu | : | 4 Jam Pelajaran @ 45 Menit | | | |
| 4 | Deskripsi Singkat | : | Mata Pelatihan ini membahas berbagai materi terkait dengan pendokumentasian dalam layanan rehabilitasi yaitu rekam rehabilitasi seperti pengertian, kegunaan, isi, kepemilikan, penyimpanan, pemusnahan, penyusutan, prosedur pemusnahan, kerahasiaan, dan pengisian rekam rehabilitasi , melalui berbagai metode seperti ceramah interaktif, permainan, curah pendapat, tanya jawab, pre dan post test.. | | | |
| 5 | Tujuan Pembelajaran | : | | | | |
| | a. Hasil Belajar | : | Setelah mengikuti kegiatan pembelajaran ini peserta mampu menjelaskan tentang rekam rehabilitasi | | | |
| | b.Indikator Keberhasilan | : | Setelah mengikuti kegiatan pembelajaran, peserta dapat : 1. Menjelaskan tentang rekam rehabilitasi 2. Menjelaskan tentang pengisian rekam rehabilitasi | | | |
| 6. | Kegiatan Belajar Mengajar | | | | | |
| No. | Tahapan Kegiatan | Kegiatan | | Metode | Media / Alat Bantu | Alokasi Waktu |
| | | Fasilitator | Peserta | | | |
| 1. | Pendahuluan | 1.1. Mengucapkan salam, memimpin doa, dan | - Memperhatikan - Berdoa bersama | - Ceramah - Tanya | - Bahan tayang - Multimedia | 3 menit |





| | | | | | | |
|----|------------------|--|---|--|---|----------|
| | | mengenalkan diri | <ul style="list-style-type: none">- Menjawab salam- Memperkenalkan diri dan data pribadi lainnya | jawab | <ul style="list-style-type: none">- Papan tulis- Spidol | |
| | | 1.2. Menciptakan suasana belajar yang kondusif dengan <i>ice breaking</i> , memberikan arahan yang jelas serta memberikan contoh permainan yang dimaksud | <ul style="list-style-type: none">- Merasakan suasana belajar yang lebih kondusif- Mengikuti arahan kegiatan <i>ice breaking</i> | - Permainan | - Permainan "tebuk pramuka" | 5 menit |
| | | 1.3. Menjelaskan tujuan pembelajaran dan indikator keberhasilan | <ul style="list-style-type: none">- Memperhatikan dengan seksama- Berdiskusi sesuai arahan | <ul style="list-style-type: none">- Ceramah- Curah pendapat- Diskusi | <ul style="list-style-type: none">- Bahan tayang- Multimedia- Metaplan | 2 menit |
| 2. | Penyajian | 2.1. Meminta peserta pelatihan mengungkapkan pengetahuannya tentang rekam rehabilitasi. | <ul style="list-style-type: none">- Memperhatikan dengan seksama- Menjawab pertanyaan | <ul style="list-style-type: none">- Ceramah- Curah pendapat | <ul style="list-style-type: none">- Papan tulis- Spidol | 10 menit |
| | | 2.2. Menjelaskan pengertian dan kegunaan rekam rehabilitasi | <ul style="list-style-type: none">- Memperhatikan dengan seksama | - Ceramah | <ul style="list-style-type: none">- Bahan tayang- Multimedia | 10 menit |
| | | 2.3. Menjelaskan isi, kepemilikan, dan penyimpanan rekam rehabilitasi | <ul style="list-style-type: none">- Memperhatikan dengan seksama | - Ceramah | <ul style="list-style-type: none">- Bahan tayang- Multimedia | 25 menit |
| | | 2.4. Menjelaskan pemusnahan, penyusutan, dan prosedur pemusnahan | <ul style="list-style-type: none">- Memperhatikan dengan seksama- Menjawab | <ul style="list-style-type: none">- Ceramah- Curah pendapat | <ul style="list-style-type: none">- Bahan tayang- Multimedia- Papan tulis | 20 menit |



| | | | | | | |
|-----------|-------------------------------|---|---|---|---|----------|
| | | rekam rehabilitasi | pertanyaan | | - Spidol | |
| | | 2.5. Menjelaskan tentang kerahasiaan rekam rehabilitasi | <ul style="list-style-type: none"> - Memperhatikan dengan seksama - Menjawab pertanyaan | <ul style="list-style-type: none"> - Ceramah - Curah pendapat | <ul style="list-style-type: none"> - Papan tulis - Spidol | 10 menit |
| | | 2.6. Menjelaskan tentang pengisian rekam rehabilitasi | <ul style="list-style-type: none"> - Memperhatikan dengan seksama - Menjawab pertanyaan | <ul style="list-style-type: none"> - Ceramah - Curah pendapat | <ul style="list-style-type: none"> - Bahan tayang - Multimedia - Papan tulis - Spidol | 20 menit |
| 3. | Penutup | 3.1 Membuat rangkuman bersama peserta. | <ul style="list-style-type: none"> - Memperhatikan - Menjawab pertanyaan | <ul style="list-style-type: none"> - Ceramah - Diskusi | <ul style="list-style-type: none"> - Papan tulis - Spidol | 10 menit |
| | | 3.2 Melaksanakan evaluasi pembelajaran secara umum. | <ul style="list-style-type: none"> - Memperhatikan - Menjawab pertanyaan | <ul style="list-style-type: none"> - Ceramah | <ul style="list-style-type: none"> - Papan tulis - Spidol | 15 menit |
| | | 3.3. Menutup acara dengan ucapan terima kasih dan apresiasi kepada peserta | <ul style="list-style-type: none"> - Berdoa bersama - Membalas salam | | | 5 menit |
| 7 | Evaluasi Pembelajaran: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pre dan post test 2. Tanya jawab 3. Evaluasi sikap | | | | |
| 8 | Referensi: | Firdaus, S., U. (2008). Rekam Medik dalam Sorotam Hukum dan Etika. Cakrabooks: Solo Guideline For Medical Record and Clinical Documentation. | | | | |



| | | |
|--|--|--|
| | | <p>Diunduh dari https://occupationaltherapy2012.files.wordpress.com/2012/03/2007_guidelines_for_clinical_doc.pdf pada 20 Juli 2018</p> <p>Shofari, Bambang, 2002. Buku 1 Modul Pembelajaran Pengelolaan Rekam Medis dan Dokumentasi Rekam Medis</p> <p>Permenkes RI Nomor 269/Menkes/Per/III/ 2008 tentang Rekam Medis;</p> <p>Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Rehabilitasi Bagi Pecandu dan Korban Penyalahgunaan Narkotika di Lembaga Rehabilitasi yang Diselenggarakan Oleh Masyarakat. 2017</p> <p>Peraturan Kepala BNN Nomor 24 tahun 2017 tentang Standar Pelayanan Rehabilitasi bagi Pecandu Narkotika dan Korban Penyalahgunaan Narkotika</p> |
|--|--|--|

Perpustakaan BNN

LAMPIRAN 11

WHO - ASSIST V3.0

PEWAWANCA RA

ID PASIEN

TGL

NEGARA

PENDAHULUAN (BACAKAN PADA PASIEN)

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

Beberapa zat dalam daftar adalah resep dokter (seperti amfetamin, sedatif, obat anti nyeri). Untuk wawancara ini kami tidak membahas tentang obat-obatan yang diresepkan, karena kami bertanya tentang zat-zat yang tidak diresepkan. Namun demikian, apabila Anda menggunakan obat yang diresepkan dan memakainya di luar anjuran dokter dengan alasan apapun, tolong beritahu kami

Pertanyaan 1

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

Bila seluruh jawaban NEGATIF: “tidak pernah menggunakan walaupun di sekolah?” Bila “tidak” untuk seluruh item, hentikan wawancara

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

Pertanyaan 2

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

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

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

Pertanyaan 3

| Selama <u>tiga bulan terakhir</u> , seberapa sering Anda mempunyai keinginan yang kuat untuk menggunakan (ZAT PERTAMA, ZAT KEDUA, DLL)? | TIDAK | SEKA | TIAP | TIAP | SELAL |
|--|-------|------|-------|--------|-------|
| | PERNA | LI | BULAN | MINGGU | U |
| | H | ATAU | | | ATAU |
| | | DUA | | | HAMPI |
| | | KALI | | | R |
| | | | | | SELAL |
| | | | | | U |
| a. Tembakau (rokok, cerutu, kretek, dll.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| b. Minuman beralkohol (bir, anggur, spiritus, dll.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| c. Kanabis (marijuana, ganja, gelek, cimengpot, dll.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d. Kokain (coke, crack, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| e. Stimulan jenis mfetamin (ekstasi, sabu, dll) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| f. Inhalansia (lem, bensin, tiner, dll) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| g. Sedativa atau obat tidur (Benzodiazepin, lexotan, Rohypnol, Mogadon, dll) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| h. Halusinogens(LSD, mushrooms, PCP, dll) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| i. Opioid (heroin, morfin, metadon, kodein, dll) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| j. Zat-lain: jelaskan: | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Pertanyaan 4

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

Pertanyaan 5

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

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

Perpustakaan BAKI

Pertanyaan 6

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

Pertanyaan 7

| Apakah Anda <u>pernah</u> mencoba dan gagal untuk mengontrol, mengurangi, atau menghentikan penggunaan (ZAT PERTAMA, ZAT KEDUA, DLL.)? | Tidak, Tidak pernah Ya, dalam 3 bulan terakhir | Ya, tapi tidak dalam 3 bulan terakhir |
|---|---|---------------------------------------|
| a. Tembakau (rokok, cerutu, kretek, dll.) | 0 | 3 |
| b. Minuman beralkohol (bir, anggur, spiritus, dll.) | 0 | 3 |
| c. Kanabis (marijuana, ganja, gelek, cimengpot, dll.) | 0 | 3 |
| d. Kokain (coke, crack, etc.) | 0 | 3 |
| e. Stimulan jenis amfetamin (ekstasi, sabu, dll) | 0 | 3 |
| f. Inhalansia (lem, bensin, tiner, dll) | 0 | 3 |

lxx

| | | | |
|---|---|---|---|
| g. Sedativa atau obat tidur (Benzodiazepin, Lexotan, Rohypnol, Mogadon, dll.) | 0 | 6 | 3 |
| h. Halusinogens(LSD, mushrooms, PCP, dll) | 0 | 6 | 3 |
| i. Opioid (heroin, morfin, metadon, kodein, dll) | 0 | 6 | 3 |
| j. Zat-lain: jelaskan: | 0 | 6 | 3 |

Pertanyaan 8

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

BAGAIMANA CARA MENGHITUNG SKOR MASING-MASING ZAT

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

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

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

JENIS INTERVENSI DITENTUKAN OLEH SKOR PENGGUNAAN ZAT YANG DIGUNAKAN PASIEN

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

CATATAN: *PENILAIAN LEBIH LANJUT DAN PENGOBATAN YANG LEBIH INTENSIF dapat disediakan oleh petugas kesehatan di Institusi Penerima Wajib Lapori Pecandu atau oleh ahli dibidang terapi Napza, jika tersedia.

LAMPIRAN 12

FORMULIR ASESMEN WAJIB LAPOR & REHABILITASI MEDIS

Tanggal Kedatangan :
 Nomor Rekam Rehabilitasi :
 Nama
 Alamat Tempat Tinggal
 Usia
 Telp/HP
 JenisKelamin:

| | | | | | | |
|---------------------|-------------------------|--|-------------------|---------------|-----------|--|
| 1 | INFORMASI DEMOGRAFIS | 1. Status Perkawinan: | Belum Menikah = 1 | | | |
| | | | Menikah = 2 | | | |
| | | | Duda / Janda = 3 | | | |
| | | 2. Pendidikan Terakhir: | Tamat SD = 1 | | | |
| | | | Tamat SLTP = 2 | | | |
| Tamat SLTA = 3 | | | | | | |
| Tamat Akademi = 4 | | | | | | |
| | | Tamat PT = 5 | | | | |
| 2 | STATUS MEDIS | 1. Riwayat rawat inap yang tidak terkait masalah narkoba | | | | |
| | | Jenis Penyakit | | Dirawat tahun | Lamanya | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | 2. Riwayat penyakit kronis | | Ya = 1 | Tidak = 0 | |
| | | Jenis penyakit : | | | | |
| | | 3. Saat ini sedang menjalani terapi medis? | | Ya = 1 | Tidak = 0 | |
| | | Jenis terapi medis yang dijalani saat ini : | | | | |
| 4. Status Kesehatan | | Apakah Pernah di Tes | | | | |
| 4.1 | HIV | Ya = 1 | Tidak = 0 | | | |
| 4.2 | Hepatitis B | Ya = 1 | Tidak = 0 | | | |
| 4.3 | Hepatitis C | Ya = 1 | Tidak = 0 | | | |

Skala Penilaian Pasien

| | | | | | | |
|-------|---|------------------------|-------------------------------------|-------------------------|--|--|
| 3 | STATUS PEKERJAAN/ DUKUNGAN HIDUP | 1. | Status pekerjaan | Tidak bekerja = 1 | | |
| | | | | Bekerja = 2 | | |
| | | | | Mahasiswa / Pelajar = 8 | | |
| | | | | Ibu rumah tangga = 9 | | |
| | | 2. | Bila bekerja, pola pekerjaan : | Purnawaktu = 1 | | |
| | | | | Paruhwaktu = 2 | | |
| | | | | Tidaktentu = 99 | | |
| | | 3. | Kode Pekerjaan : | (lihat petunjuk) | | |
| | | 4. | Keterampilan teknis yang dimiliki : | | | |
| | | | | ... | | |
| | | | | | | |
| 5. | Adakah yang member dukungan hidup bagi anda ? | Ya = 1 | Tidak = 0 | | | |
| | | 6. Bila Ya, siapakah ? | | | | |
| 7. | Dalam bentuk apakah? | Ya = 1 | Tidak = 0 | | | |
| | | Finansial | Ya = 1 | Tidak = 0 | | |
| | | Tempat tinggal | Ya = 1 | Tidak = 0 | | |
| | | Makan | Ya = 1 | Tidak = 0 | | |
| | | Pengobatan / Perawatan | Ya = 1 | Tidak = 0 | | |

| | | | | | | | |
|----------------------------|-----------------------------|---|---|---|---|--------------------------|--|
| Alamat Tempat Tinggal : | | | | | | | |
| Nomor Rekam Rehabilitasi : | | | | | | | |
| Nama : | | | | | | | |
| 4 | STATUS PENGGUNAAN NARKOTIKA | Jenis Cara Penggunaan : | | | | | |
| | | 1. Oral 2. Nasal/ Sublingual/ Suppositoria 3. Merokok 4. Injeksi Non-IV 5. IV | | | | | |
| | | Jenis Napza | | 30 | Sepanjang | Cara | |
| | | | | hariterakhir | Hidup (thn) | Pakai | |
| | | 0.1 | Alkohol | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | 0.2 | Heroin | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | 0.3 | Metadon / Buprenorfin | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | 0.4 | Opiat lain / Analgesik | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 0.5 | Barbiturat | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 0.6 | Sedatif / Hipnotik | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

| | | | | | | | |
|------------------------|------|--|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Skala Penilaian Pasien | 0.7 | Kokain | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 0.8 | Amfetamin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 0.9 | Kanabis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 0.10 | Halusinogen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 0.11 | Inhalan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 0.12 | Lebih dari 1 zat / hari (termasuk alkohol) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 13. | Jenis zat utama yang disalahgunakan : | | | | | |
| | 14. | Pernahkah menjalani terapi rehabilitasi ? | Ya = 1 | | Tidak = 0 | | |
| | 15. | Bila ya, jenis terapi rehabilitasi yang dijalani? Keterangan: | | | | | |
| | 16. | Pernahkah mengalami over dosis ? | Ya = 1 | | Tidak = 0 | | |
| | 17. | Bilaya, kapan dan bagaimana penanggulangannya | | | | | |
| | 18. | Waktu over dosis : | | | | | |
| | 19. | Cara penanggulangan | Perawatan di RS = 1 | | Perawatan di Puskesmas = 2 | | Sendiri = 3 |

Alamat Tempat Tinggal :
 Nomor Rekam Rehabilitasi :
 Nama :

| | | | | | |
|------------------------|----------------------------|--------------|---|--------------------------|--------------------------|
| Skala Penilaian Pasien | 5 | STATUS LEGAL | Berapa kalikah dalam hidup anda ditangkap dan dituntut dengan hal berikut : | | |
| | Tanggal Asesmen (.....) | 1. | Mencuri di took / vandalism | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 2. | Bebas bersyarat / masa percobaan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 3. | Masalah narkoba | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 4. | Pemalsuan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 5. | Penyerangan bersenjata | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 6. | Pembobolan dan pencurian | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 7. | Perampokan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 8. | Penyerangan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 9. | Pembakaran hutan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 10. | Perkosaan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 11. | Pembunuhan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 12. | Pelacuran | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | | | |
|----|--|---|--|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | 13. | Melecehkan pengadilan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | 14. | Lain-lain : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | (masukkan jumlah total pengadilan tidak hanya vonis hukuman. Jangan masukkan kejahatan anak-anak (sebelum usia 18) kecuali kalau dituntut sebagai orang dewasa) | | | | | |
| | | 15. | Berapa kali tuntutan diatas berakibat vonis hukuman? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 6 | Riwayat keluarga / Sosial Tanggal Asesmen (.....) Skala Penilaian Pasien <input type="checkbox"/> | 1. | Dalam situasi seperti apakah anda tinggal 3 tahun belakangan ini? | | | | |
| | | | Dengan pasangan & anak = 1 | Dengan teman = 6 | | | |
| | | | Dengan pasangan saja = 2 | Sendiri = 7 | | | |
| | | | Dengan anak saja = 3 | Lingkungan terkontrol = 8 | | | |
| | | | Dengan orang tua = 4 | Kondisi yang tidak stabil = 9 | | | |
| | | | Dengan Keluarga = 5 | | | | |
| | | | (pilih situasi yang paling menggambarkan 3 tahun terakhir. Jika terdapat situasi yang berganti – ganti maka pilihlah situasi yang paling terakhir) | | | | |
| | | 2. | Apakah anda hidup dengan seseorang yang mempunyai masalah penyalahgunaan zat sekarang ini? Ya = 1 Tidak = 0 | | | | |
| | | 3. | Jika ya, siapakah ia/mereka (contreng pada kolom berikut) | | | | |
| | | | 1 | Saudara kandung / tiri | Ya = 1 Tidak = 0 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | 2 | Ayah / Ibu | Ya = 1 Tidak = 0 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | 3 | Pasangan | Ya = 1 Tidak = 0 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | 4 | Om / Tante | Ya = 1 Tidak = 0 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | 5 | Teman | Ya = 1 Tidak = 0 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | 6 | Lainnya: | Ya = 1 Tidak = 0 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Apakah anda memiliki konflik serius dalam berhubungan dengan : | | | | | | |
| | | | | 30 hari terakhir | Sepanjang hidup | | |
| | 1 | Ibu | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | 2 | Ayah | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | 3 | Adik / Kakak | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | 4 | Pasangan | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | 5 | Anak-anak | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | 6 | Keluarga lain yang berarti (jelaskan) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | 7 | Teman akrab | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

| | | | | | | | |
|---|----------------------------|----|---|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|
| | | | 8 | Tetangga | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | 9 | Temankerja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | (Ya = 1 Tidak = 0) | | | | |
| 7 | STATUS PSKIATRIS | | Apakah anda pernah mengalami hal-hal berikut ini (yang bukan akibat langsung dari penggunaan Napza) | | | 30 hari terakhir | Sepanjang hidup |
| | Tanggal Asesmen (.....) | 1. | Mengalami depresi serius (kesedihan, putusasa, kehilangan minat, susah konsentrasi) | | | | |
| | Skala Penilaian Pasien | 2. | Mengalami rasa cemas serius / ketegangan, gelisah, merasa khawatir berlebihan ? | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 3. | Mengalami halusinasi (melihat / mendengar sesuatu yang tidak ada objeknya) | | | | |
| | | 4. | Mengalami kesulitan mengingat atau focus pada sesuatu | | | | |
| | | 5. | Mengalami kesukaran mengontrol perilaku kasar, termasuk kemarahan atau kekerasan | | | | |
| | | 6. | Mengalami pikiran serius untuk bunuh diri? | | | | |
| | | 7. | Berusaha untuk bunuh diri | | | | |
| | | 8. | Menerima pengobatan dari psikiater | | | | |
| 8 | PEMERIKSAAN FISIK | 1. | Tekanan Darah : | | | | |
| | | 2. | Nadi : | | | | |
| | | 3. | Pernafasan (RR) : | | | | |
| | | 4. | Suhu (celcius) : | | | | |
| | | 5. | Sistem pencernaan | Sistem jantung dan pembuluh darah | Sistem pernafasan | Sistem saraf pusat | THT dan Kulit |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | 6. | Hasil Urinalisis | | | | |
| | | | Jenis Zat | | | | |
| | | | Benzodiazepine | Ya = 1 | Tidak = 0 | | |
| | | | Kanabis | Ya = 1 | Tidak = 0 | | |
| | | | Opiat | Ya = 1 | Tidak = 0 | | |
| | | | Amfetamin | Ya = 1 | Tidak = 0 | | |
| | | | Kokain | Ya = 1 | Tidak = 0 | | |
| | | | Barbiturat | Ya = 1 | Tidak = 0 | | |
| | | | Alkohol | Ya = 1 | Tidak = 0 | | |

BNN RI

Berani
Nasionalisme
Netral
Responsif
Inovatif



Jl. MT Haryono No. 11 Cawang - Jakarta Timur
Call Center : 184 SMS Center : 1784
Faksimili : (62-21) 80885225, 80871591, 8087592, 80871593
E-mail : info@bnn.go.id Website : www.bnn.go.id

ISBN : 978-623-90510-9-9

