



# **BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA**

No.1327, 2018

BNN. Penyelenggaraan Rehabilitasi.

PERATURAN BADAN NARKOTIKA NASIONAL

REPUBLIK INDONESIA

NOMOR 9 TAHUN 2018

TENTANG

PENYELENGGARAAN REHABILITASI BAGI PECANDU NARKOTIKA

DAN KORBAN PENYALAHGUNAAN NARKOTIKA PADA

LEMBAGA REHABILITASI YANG DISELENGGARAKAN OLEH MASYARAKAT

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

KEPALA BADAN NARKOTIKA NASIONAL,

- Menimbang :
- a. bahwa untuk mewujudkan masyarakat Indonesia yang sejahtera, adil dan makmur berdasarkan Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, perlu menjamin pengaturan upaya rehabilitasi medis dan rehabilitasi sosial bagi Penyalah Guna Narkotika dan Pecandu Narkotika;
  - b. bahwa Badan Narkotika Nasional mempunyai tugas yang salah satunya yaitu meningkatkan kemampuan lembaga rehabilitasi medis dan rehabilitasi sosial Pecandu Narkotika, baik yang diselenggarakan oleh Pemerintah maupun masyarakat;
  - c. bahwa terbatasnya jumlah lembaga rehabilitasi narkotika menimbulkan dampak terhadap penyalah guna, pecandu narkotika dan korban penyalahgunaan narkotika yang tidak dapat mendapatkan akses layanan rehabilitasi, sehingga Badan Narkotika Nasional berupaya untuk meningkatkan ketersediaan layanan rehabilitasi, salah

satunya yaitu dengan memberdayakan dan mengoptimalkan kemampuan lembaga rehabilitasi milik masyarakat agar dapat menyelenggarakan layanan yang sesuai dengan standar rehabilitasi yang ditentukan;

- d. bahwa Badan Narkotika Nasional saat ini belum memiliki pengaturan penyelenggaraan rehabilitasi bagi pecandu narkotika dan korban penyalahgunaan narkotika pada lembaga rehabilitasi komponen masyarakat, sehingga diperlukan pengaturan terhadap hal ini;
- d. berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, sampai dengan huruf d maka perlu menetapkan Peraturan Badan Narkotika Nasional tentang Penyelenggaraan Rehabilitasi Bagi Pecandu Narkotika dan Korban Penyalahgunaan Narkotika pada Lembaga Rehabilitasi Komponen Masyarakat;

- Mengingat :
1. Undang Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 143, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5062);
  2. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2010 tentang Badan Narkotika Nasional;
  3. Peraturan Kepala Badan Narkotika Nasional Nomor 16 Tahun 2014 tentang Organisasi dan Tata Kerja Badan Narkotika Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 2085);
  4. Peraturan Badan Narkotika Nasional Nomor 24 Tahun 2017 tentang Standar Pelayanan Rehabilitasi Bagi Pecandu Narkotika dan Korban Penyalahgunaan Narkotika (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 1942);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BADAN NARKOTIKA NASIONAL TENTANG PENYELENGGARAAN REHABILITASI BAGI PECANDU NARKOTIKA DAN KORBAN PENYALAHGUNAAN NARKOTIKA PADA LEMBAGA REHABILITASI YANG DISELENGGARAKAN OLEH MASYARAKAT.

Pasal 1

Penyelenggaraan rehabilitasi bagi pecandu narkotika dan korban penyalahgunaan narkotika pada lembaga rehabilitasi yang diselenggarakan masyarakat memiliki tujuan:

- a. menyediakan acuan bagi lembaga rehabilitasi komponen masyarakat dalam melaksanakan layanan terapi dan rehabilitasi gangguan penyalahgunaan narkotika secara teknis;
- b. menyediakan petunjuk teknis terkait tata cara lembaga rehabilitasi komponen masyarakat mendapatkan peningkatan kemampuan dari Badan Narkotika Nasional; dan
- c. meningkatkan pemahaman pelaksana layanan dalam penyelenggaraan terapi dan rehabilitasi bagi pecandu dan korban penyalahgunaan narkotika pada lembaga rehabilitasi komponen masyarakat.

Pasal 2

Penyelenggaraan rehabilitasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 1 mempedomani petunjuk teknis penyelenggaraan rehabilitasi bagi pecandu narkotika dan korban penyalahgunaan narkotika di lembaga rehabilitasi yang diselenggarakan oleh masyarakat.

Pasal 3

Petunjuk teknis rehabilitasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Badan ini.

## Pasal 4

Ruang lingkup dari petunjuk teknis penyelenggaraan rehabilitasi bagi pecandu narkoba dan korban penyalahgunaan narkoba di lembaga rehabilitasi yang diselenggarakan oleh masyarakat, terdiri atas:

- a. pendahuluan;
- b. pemenuhan standar rehabilitasi;
- c. pelaksanaan rehabilitasi secara umum;
- d. program layanan rehabilitasi medis;
- e. program layanan rehabilitasi sosial; dan
- f. pengendalian program.

## Pasal 5

Peraturan Badan ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.



Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Badan ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta  
pada tanggal 20 September 2018

KEPALA BADAN NARKOTIKA NASIONAL  
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

HERU WINARKO

Diundangkan di Jakarta  
pada tanggal 21 September 2018

DIREKTUR JENDERAL  
PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN  
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA  
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

WIDODO EKATJAHJANA

LAMPIRAN  
PERATURAN BADAN NARKOTIKA NASIONAL  
REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR 9 TAHUN 2018  
TENTANG  
PENYELENGGARAAN REHABILITASI BAGI  
PECANDU NARKOTIKA DAN KORBAN  
PENYALAHGUNAAN NARKOTIKA  
PADA LEMBAGA REHABILITASI YANG  
DISELENGGARAKAN OLEH MASYARAKAT

PETUNJUK TEKNIS PENYELENGGARAAN REHABILITASI BAGI PECANDU  
NARKOTIKA DAN KORBAN PENYALAHGUNAAN NARKOTIKA PADA  
LEMBAGA REHABILITASI YANG DISELENGGARAKAN OLEH MASYARAKAT

BAB I  
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penggunaan narkotika merupakan masalah global yang masih terus berkembang dan memberi dampak yang besar, tidak hanya pada individu yang menggunakan namun juga pada keluarga, teman, serta komunitas tempat tinggalnya. Berdasarkan laporan dari *United Nation Office on Drugs and Crime (UNODC)* pada tahun 2016 secara global menyatakan bahwa diperkirakan 1 dari 20 orang dewasa pada rentang usia 15-64 tahun menggunakan setidaknya 1 jenis narkotika pada tahun 2014. Dari laporan tersebut juga didapatkan perkiraan jumlah orang yang menggunakan narkotika sebanyak 247 juta dan lebih dari 29 juta orang diantaranya mengalami gangguan penggunaan zat, namun dari jumlah tersebut hanya 1 dari 6 orang yang mendapatkan layanan terapi dan rehabilitasi untuk gangguan penggunaan zat tersebut.

Menurut data survei tahun 2015 yang dilakukan oleh BNN bekerjasama dengan Puslitkes UI, angka prevalensi pengguna narkotika adalah 2,2% yang terdiri dari angka pengguna coba pakai

1.599.836 (0.86%), teratur pakai 1.511.035 (0.81%), pecandu narkotika suntik 68.902 (0.04%) dan pecandu narkotika non suntik 918.256 (0.49%). Jenis narkotika yang digunakan pada tahun 2015 tidak bergeser dibanding tahun 2014 yaitu golongan *Amphetamine Type Stimulants* (ATS).

Jumlah penyalah guna narkotika yang mengikuti terapi dan rehabilitasi masih sangat rendah. Berdasarkan hasil data survei tahun 2015 penyalah guna yang mengakses layanan rehabilitasi di lembaga rehabilitasi komponen masyarakat yang memperoleh dukungan BNN sebanyak 19.882 orang, Balai Rehabilitasi BNN sebanyak 1952 orang, data wajib lapor pada rehabilitasi medis sebanyak 6434 orang dan pada institusi penerima wajib lapor Kementerian Sosial sebanyak 11.447 orang dan sisa dari penyalah guna lainnya masih berada di masyarakat (keluarga, sekolah, tempat kerja dan komunitas lainnya). Kesenjangan antara kebutuhan rehabilitasi dengan ketersediaan layanan menunjukkan bahwa layanan rehabilitasi belum memadai dan masih perlu dikembangkan.

Masalah penggunaan narkotika merupakan masalah yang kompleks dan memberikan dampak terhadap fisik, psikis dan sosial. Untuk mengatasi masalah ini diperlukan suatu metode yang komprehensif dengan melibatkan berbagai aspek baik medis, sosial, dan juga hukum. Dalam UU No. 35 tahun 2009 tentang narkotika dengan jelas disebutkan pada pasal 54 bahwa pecandu dan korban penyalahgunaan narkotika wajib direhabilitasi. Sesuai dengan prinsip rehabilitasi maka layanan rehabilitasi harus dilaksanakan secara berkelanjutan dan dapat dijangkau oleh masyarakat. Oleh sebab itu dibutuhkan perluasan akses ke sarana/fasilitas layanan. Salah satu upaya perluasan akses layanan adalah dengan meningkatkan peran serta dari masyarakat untuk berpartisipasi dalam proses rehabilitasi dengan berbagai modalitas terapi yang dapat digunakan.

Kebijakan BNN dalam program rehabilitasi saat ini adalah melakukan penguatan secara kualitas dan kuantitas fasilitas rehabilitasi narkotika, serta melakukan pengawasan dan pembinaan terhadap lembaga rehabilitasi yang dibentuk dan dikelola oleh pemerintah daerah dan/atau komponen masyarakat untuk memastikan terpenuhinya standarisasi yang meliputi layanan dan

sertifikasi Sumber Daya Manusia, metode rehabilitasi, serta sarana dan prasarana layanan rehabilitasi. Lembaga-lembaga rehabilitasi yang diselenggarakan oleh masyarakat dapat mengacu kepada petunjuk teknis untuk melakukan program rehabilitasi yang memenuhi standar rehabilitasi nasional.

## 1.2 Dasar Hukum

- 1.2.1 Undang Undang Nomor 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan.
- 1.2.2 Undang Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.
- 1.2.3 Undang Undang Nomor 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial.
- 1.2.4 Undang Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik.
- 1.2.5 Undang Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika.
- 1.2.6 Undang Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
- 1.2.7 Undang Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa.
- 1.2.8 Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2003 Tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan.
- 1.2.9 Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2011 tentang Pelaksanaan Wajib Laport Pecandu Narkotika.
- 1.2.10 Peraturan Presiden Nomor 23 Tahun 2010 tentang Badan Narkotika Nasional.
- 1.2.11 Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 2415/MENKES/PER/XII/2011 tentang Rehabilitasi Medis Pecandu, Penyalahguna dan Korban Penyalahgunaan Narkotika.
- 1.2.12 Peraturan Menteri Sosial RI Nomor 03 Tahun 2012 tentang Standar Lembaga Rehabilitasi Sosial Korban Penyalahgunaan Narkotika, Psicotropika, dan Zat Adiktif Lainnya.
- 1.2.13 Peraturan Menteri Sosial RI Nomor 26 Tahun 2012 tentang Standar Rehabilitasi Sosial Korban Penyalahgunaan Narkotika, Psicotropika, dan Zat Adiktif Lainnya.
- 1.2.14 Peraturan Menteri Sosial RI Nomor 08 Tahun 2014 Tentang Pedoman Rehabilitasi Sosial Pecandu Narkotika dan Korban Penyalahgunaan Narkotika yang Berhadapan dengan Hukum di dalam Lembaga Rehabilitasi Sosial.

- 1.2.15 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 50 Tahun 2015 Tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Wajib Laport dan Rehabilitasi Medis bagi Pecandu, Penyalahguna, dan Korban Penyalahgunaan Narkotika.
- 1.2.16 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 09 Tahun 2017 Tentang Standar Nasional Rehabilitasi Sosial Bagi Pecandu dan Korban Penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif Lainnya.
- 1.2.17 Peraturan Kepala Badan Narkotika Nasional Nomor 17 Tahun 2016 Tentang Tata Cara Peningkatan Kemampuan Lembaga Rehabilitasi Medis dan Lembaga Rehabilitasi Sosial bagi Pecandu dan Korban Penyalahgunaan Narkotika.
- 1.2.18 Peraturan Kepala Badan Narkotika Nasional Nomor 24 Tahun 2017 tentang Standar Pelayanan Rehabilitasi bagi Pecandu Narkotika dan Korban Penyalahgunaan Narkotika.
- 1.2.19 Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 432/MENKES/SK/IV/2007 tentang Pedoman Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) di Rumah Sakit.
- 1.2.20 Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1087/MENKES/SK/VIII/2010 tentang Standar Kesehatan dan Keselamatan Kerja di Rumah Sakit.
- 1.2.21 Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 420/MENKES/SK/III/2010 tentang Pedoman Layanan Terapi dan Rehabilitasi Komprehensif pada Gangguan Penggunaan Napza Berbasis Rumah Sakit.
- 1.2.22 Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 421/MENKES/SK/III/2010 tentang Standar Pelayanan Terapi dan Rehabilitasi Gangguan Penggunaan Napza.

### 1.3 Tujuan

Petunjuk teknis rehabilitasi bagi pecandu dan korban penyalahgunaan narkotika memiliki tujuan:

- 1.3.1 Menyediakan acuan bagi lembaga rehabilitasi komponen masyarakat dalam melaksanakan layanan terapi dan rehabilitasi gangguan penyalahgunaan narkotika secara teknis.



- 1.3.2 Menyediakan petunjuk teknis terkait tata cara lembaga rehabilitasi komponen masyarakat mendapatkan peningkatan kemampuan dari Badan narkotika Nasional.
- 1.3.3 Meningkatkan pemahaman pelaksana layanan dalam penyelenggaraan terapi dan rehabilitasi bagi pecandu dan korban penyalahgunaan narkotika pada lembaga rehabilitasi komponen masyarakat.

#### 1.4 Ruang Lingkup

Petunjuk teknis rehabilitasi bagi pecandu dan korban penyalahgunaan narkotika ini digunakan oleh fasilitas layanan kesehatan maupun fasilitas layanan non kesehatan yang diselenggarakan oleh komponen masyarakat yang bekerjasama dengan Badan Narkotika Nasional.

#### 1.5 Pengertian Umum

- 1.5.1 Narkotika adalah zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman, baik sintetis maupun semisintetis yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa, mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri, dan dapat menimbulkan ketergantungan, yang dibedakan dalam golongan-golongan sebagaimana terlampir dalam Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika.
- 1.5.2 Ketergantungan narkotika adalah kondisi yang ditandai oleh dorongan untuk menggunakan narkotika secara terus-menerus dengan takaran yang meningkat agar menghasilkan efek yang sama dan apabila penggunaannya dikurangi dan/atau dihentikan secara tiba-tiba, menimbulkan gejala fisik dan psikis yang khas.
- 1.5.3 Pecandu narkotika adalah orang yang menggunakan atau menyalahgunakan narkotika dan dalam keadaan ketergantungan pada narkotika, baik secara fisik maupun psikis.
- 1.5.4 Penyalah Guna adalah orang yang menggunakan narkotika tanpa hak atau melawan hukum.

- 1.5.5 Korban penyalahgunaan narkotika adalah seseorang yang tidak sengaja menggunakan narkotika karena dibujuk, diperdaya, ditipu, dipaksa dan/atau diancam untuk menggunakan Narkotika.
- 1.5.6 Rehabilitasi Medis adalah suatu proses kegiatan pengobatan secara terpadu untuk membebaskan pecandu dari ketergantungan narkotika.
- 1.5.7 Rehabilitasi Sosial adalah suatu proses kegiatan pemulihan secara terpadu, baik fisik, mental maupun sosial, agar bekas pecandu narkotika dapat kembali melaksanakan fungsi sosial dalam kehidupan bermasyarakat.
- 1.5.8 Lembaga Rehabilitasi Medis adalah Fasilitas pelayanan kesehatan yang melaksanakan rehabilitasi medis bagi pecandu, penyalah guna dan korban penyalahgunaan narkotika yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.
- 1.5.9 Lembaga Rehabilitasi Sosial adalah tempat atau panti yang melaksanakan rehabilitasi sosial bagi pecandu, penyalah guna dan korban penyalahgunaan narkotika yang ditetapkan oleh Menteri Sosial.
- 1.5.10 Rawat Jalan adalah metode rehabilitasi secara intensif yang oleh karena kondisi fisik, psikis dan sosial, dimana penyalah guna tidak diharuskan menginap di dalam tempat yang memberikan layanan rehabilitasi.
- 1.5.11 Rawat Inap adalah metode rehabilitasi secara intensif bagi penyalah guna narkotika yang oleh karena kondisi fisik, psikis maupun sosial, memerlukan rawatan di dalam tempat layanan rehabilitasi dalam kurun waktu tertentu.
- 1.5.12 Detoksifikasi adalah suatu proses intervensi medis yang bertujuan untuk membantu pecandu, penyalahguna dan korban penyalahgunaan narkotika mengatasi gejala putus narkotika akibat penghentian narkotika dari tubuh pecandu, penyalahguna dan korban penyalahgunaan yang mengalami ketergantungan fisik.

- 1.5.13 Simtomatik adalah pengobatan yang bertujuan meringankan atau menyembuhkan gejala, bukan mengobati sumber penyakit.
- 1.5.14 Intervensi psikososial adalah suatu pendekatan yang mengutamakan pada masalah psikologis dan sosial yang disandang oleh klien dengan tujuan untuk meningkatkan kemampuan klien menghadapi setiap masalah.
- 1.5.15 Pencegahan kekambuhan adalah suatu intervensi psikososial dalam rangka memperkuat keterampilan penyalah guna narkotika dalam menghadapi setiap situasi agar dapat mempertahankan kepulihannya.
- 1.5.16 Komorbiditas adalah suatu kondisi adanya dua gangguan baik fisik maupun psikis yang timbul pada individu dalam suatu periode yang bersamaan.
- 1.5.17 Gejala putus narkotika adalah sekelompok gejala yang terjadi akibat pengurangan/penghentian penggunaan narkotika, sesudah digunakan terus menerus, dalam jangka panjang dan/atau dengan dosis relatif cukup tinggi.
- 1.5.18 Klien adalah penyalah guna, korban penyalahgunaan dan pecandu narkotika yang mengikuti layanan.
- 1.5.19 Konseling adalah upaya membantu individu melalui proses interaksi yang bersifat pribadi antara konselor dan klien agar klien mampu memahami diri dan lingkungannya, mampu membuat keputusan dan menentukan tujuan berdasarkan nilai yang diyakininya sehingga klien merasa bahagia dan efektif perilakunya.
- 1.5.20 Relapse (kambuh) adalah kondisi kambuh, kembali menggunakan narkotika setelah berselang sebuah periode abstinensia.



## BAB II

### PEMENUHAN STANDAR PELAYANAN REHABILITASI

Rehabilitasi merupakan upaya untuk memulihkan dan mengembalikan kondisi korban dan penyalahguna narkoba kembali sehat secara fisik, psikologik, sosial, dan spiritual. Dengan kondisi sehat diharapkan mereka mampu kembali berfungsi secara normal dalam kehidupan sehari-hari. Layanan rehabilitasi harus memberikan layanan yang berkualitas untuk memenuhi tujuan dari rehabilitasi tersebut. Untuk itu dibutuhkan standarisasi lembaga rehabilitasi, tenaga rehabilitasi, metode rehabilitasi, sarana dan prasarana layanan rehabilitasi pecandu dan korban penyalahgunaan narkoba melalui sertifikasi dan akreditasi.

Lembaga rehabilitasi yang dikelola oleh masyarakat merupakan lingkaran terdekat dan memiliki akses langsung terhadap masyarakat. Rehabilitasi yang diselenggarakan oleh masyarakat adalah lembaga rehabilitasi yang menjalankan kegiatan terapi secara terpadu untuk membebaskan korban dan penyalahguna narkoba dari adiksi dan ketergantungannya secara fisik dan mental. Badan Narkotika Nasional memiliki tugas untuk memberikan dukungan penguatan dalam bentuk pembinaan, dukungan operasional, peningkatan SDM, serta prasarana rehabilitasi. Dukungan penguatan ini diberikan untuk memperkuat kedudukan, peranan, dan layanan rehabilitasi yang sesuai dengan standar pelayanan rehabilitasi bagi pecandu dan korban penyalahgunaan narkoba.

Pelaksanaan rehabilitasi merupakan layanan yang dilakukan secara berkelanjutan. Rehabilitasi berkelanjutan adalah rangkaian proses yang mencakup rehabilitasi medis, sosial dan paska rehabilitasi yang dilakukan secara berkesinambungan dalam satu kesatuan layanan rehabilitasi. Rehabilitasi yang diselenggarakan oleh masyarakat dapat menyediakan berbagai jenis layanan rehabilitasi sesuai dengan kemampuan dari penyelenggara layanan. Penyelenggaraan rehabilitasi medis dan rehabilitasi sosial yang ideal merupakan layanan yang terpadu. Buku petunjuk teknis ini akan menjelaskan lebih lanjut pelaksanaan rehabilitasi medis dan rehabilitasi sosial.

Beberapa aspek terkait pelaksanaan rehabilitasi medis maupun sosial harus dipenuhi oleh lembaga agar kegiatan layanan terapi dan rehabilitasi dapat berjalan sesuai dengan standar, yaitu aspek lembaga, struktur organisasi, SDM, sarana dan prasarana, pencatatan dan pelaporan, program layanan serta keamanan & kesehatan kerja.

#### 2.1 Status Lembaga

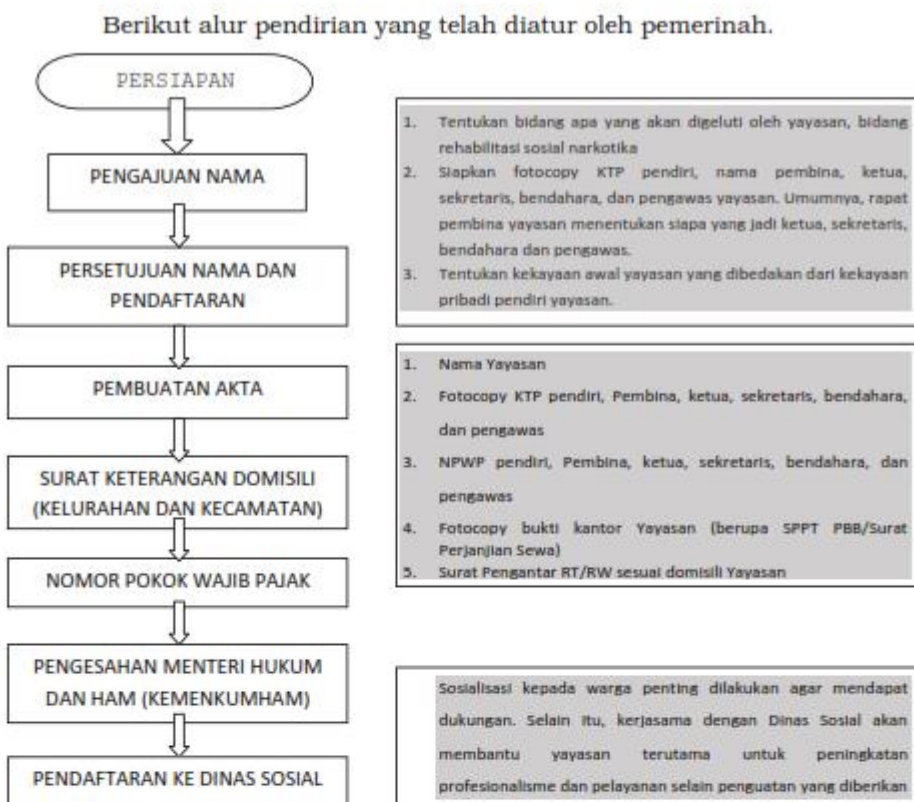
Rehabilitasi narkoba dapat digolongkan sebagai Organisasi Nirlaba, dapat berbentuk badan hukum Yayasan dan Perkumpulan. Pendiri lembaga rehabilitasi sejak awal harus memutuskan bentuk kegiatan organisasi yang akan dilaksanakan dan harus dijelaskan dalam AD/ART lembaga rehabilitasi.

Yayasan sesuai dengan Pasal 1 butir 1 Undang-Undang No. 16 Tahun 2001 adalah suatu Badan Hukum yang terdiri atas kekayaan yang dipisahkan dan diperuntukan untuk mencapai tujuan tertentu di bidang sosial, keagamaan dan kemanusiaan yang tidak mempunyai anggota.

Perkumpulan adalah suatu Persekutuan, Koperasi dan Perkumpulan saling menanggung. Perkumpulan dapat berbentuk Perseroan Terbatas, Koperasi dan Perkumpulan saling menanggung, Persekutuan Perdata, CV dan Firma.

Tabel 2.1 Perbedaan Yayasan dan Perkumpulan

PERKUMPULAN	YAYASAN
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bersifat dan bertujuan komersial;</li> <li>▪ Mementingkan keuntungan (<i>profit oriented</i>);</li> <li>▪ Mempunyai anggota.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bersifat dan bertujuan sosial, keagamaan dan kemanusiaan;</li> <li>▪ Tidak semata-mata mengutamakan keuntungan atau mengejar/mencari keuntungan dan/atau penghasilan yang sebesar-besarnya;</li> <li>▪ Tidak mempunyai anggota</li> </ul>



Gambar 2.1 Alur Tahapan Legalitas Kelembagaan

Untuk tujuan ini, ada beberapa tahapan yang secara umum dilalui:

- a. Pengajuan nama. Pendiri harus menyiapkan nama yang harus dikonsultasikan kepada Kementerian Hukum dan HAM (Kemenkumham) melalui notaris untuk kemudian dilanjutkan dengan pembuatan Akta Pendirian.
- b. Akte Pendirian berisi: Maksud dan tujuan yayasan, Modal awal yayasan, Susunan Pengurus (ketua, sekretaris dan bendahara), Membentuk Pengawas (1 orang), dan program kerja Yayasan.
- c. Pengajuan surat keterangan domisili Perusahaan (SKDP) kepada Kelurahan/kecamatan setempat.
- d. Membuat Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP) atas nama Yayasan.
- e. Pengajuan pengesahan ke Kemenkumham.
- f. Pengajuan Ijin ke Dinas Sosial dan atau Kementerian Agama jika bersifat keagamaan (jika diperlukan).

- g. Sosialisasi pendirian lembaga kepada warga tempat lembaga berada. Indikator keberhasilan sosialisasi dibuktikan dengan tanda tangan persetujuan warga sekitar yang merasa aman dan tidak terganggu dengan keberadaan lembaga dan surat Pengantar RT/RW.

Proses Pembuatan juga bisa dilakukan secara online melalui :  
<https://ahu.go.id/billing/voucher/tambah>

#### 2.1.1 Aspek Legalitas Kelembagaan

Syarat minimal mendirikan lembaga masyarakat yang menyelenggarakan rehabilitasi pecandu dan korban penyalahgunaan narkoba adalah suatu lembaga yang berbadan hukum dan telah memenuhi beberapa aspek legalitas. Sesuai dengan pasal 9 UU No. 16/2001, Undang-Undang No. 28 Tahun 2004, Permensos No 3 Tahun 2012, dan Perka No. 17 tahun 2016, maka lembaga rehabilitasi harus berbadan hukum dan memiliki:

- a. Akte notariat yang disahkan oleh Kementerian Hukum dan HAM
- b. Ijin operasional dari dinas terkait
- c. Ijin praktek tenaga kesehatan dari dinas kesehatan (khusus untuk rehabilitasi medis)
- d. Penetapan dari kementerian yang membidangi penyelenggaraan rehabilitasi

#### 2.1.2 Penetapan Lembaga Rehabilitasi

Penetapan diberikan oleh lembaga yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan dan sosial sesuai dengan lingkup wilayah kerjanya dengan kriteria yang ditentukan seperti yang dijelaskan pada tabel 2.2



Tabel 2.2 Persyaratan Penetapan Lembaga Rehabilitasi

Rehabilitasi Medis	Rehabilitasi Sosial
1. Telah memberikan pelayanan rehabilitasi medis sebelumnya. 2. Mempunyai tenaga kesehatan yang sekurang-kurangnya terdiri dari dokter dan perawat yang pernah menerima pelatihan di bidang gangguan penggunaan narkotika. 3. Kelengkapan sarana dan prasarana.	1. Memiliki dan telah melaksanakan program kerja di bidang pelayanan rehabilitasi sosial korban penyalahgunaan narkotika minimal 1 tahun. 2. Sumber daya manusia yang mampu melaksanakan asesmen, konseling dan penatalaksanaan rehabilitasi sosial. 3. Kelengkapan sarana dan prasarana.

Khusus untuk rehabilitasi medis bagi pecandu dan korban penyalahgunaan narkotika, sesuai dengan Permenkes No 50 tahun 2015 fasilitas juga harus memenuhi kriteria seperti yang dijelaskan pada Tabel 2.3

Tabel 2.3 Kriteria Lembaga Rehabilitasi Medis

Rawat Jalan	Rawat Inap
a) mempunyai ruang periksa dan ruang intervensi psikososial (ruang konseling); b) mempunyai program rawat jalan berupa layanan simptomatik c) dan intervensi psikososial sederhana; d) mempunyai prosedur operasional yang baku untuk layanan.	a) mempunyai tempat tidur untuk perawatan sesuai dengan masa rawatan. b) mempunyai program rehabilitasi medis rawat inap; c) mempunyai prosedur operasional yang baku untuk layanan rehabilitasi medis rawat inap; d) mempunyai prosedur keamanan minimal, yang terdiri dari: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pencatatan pengunjung yang masuk dan keluar;</li> <li>2) pemeriksaan fisik dan barang bawaan setiap masuk program agar tidak membawa berbagai narkotika dan benda tajam ke dalam fasilitas rehabilitasi;</li> <li>3) petugas penjaga keamanan;</li> </ol>

	<p>4) sarana dan prasarana yang aman agar klien terhindar dari kemungkinan melukai dirinya sendiri, melukai orang lain, dan melarikan diri.</p> <p>e) mempunyai tempat tidur untuk perawatan sesuai dengan masa rawatan</p>
--	---

## 2.2. Struktur Lembaga.

Lembaga rehabilitasi memiliki struktur lembaga yang saling mendukung demi tercapainya tujuan yang diharapkan yang terdiri dari:

- a. Pimpinan lembaga.
- b. Bidang administrasi lembaga.
- c. Bidang teknis rehabilitasi.
- d. Bidang penunjang.

Setiap struktur memiliki tugas dan fungsi yang berbeda-beda demi kelancaran terselenggaranya program rehabilitasi.

### 2.2.1 Pimpinan lembaga bertanggung jawab atas:

- a. Kelangsungan dan efektifitas program rehabilitasi yang dijalankan.
- b. Penyelenggara akan program rehabilitasi terkini sesuai dengan kebutuhan pecandu dan korban penyalahgunaan narkoba.
- c. Menjalani kerjasama dan jejaring, baik dengan pemerintah, lembaga lain, masyarakat sekitar, keluarga, dan pihak-pihak lain yang berkepentingan.
- d. Mengembangkan SDM penyelenggara rehabilitasi.
- e. Menyelenggarakan program yang sesuai dengan standar prosedur operasional penatalaksanaan rehabilitasi sesuai dengan modalitas yang digunakan dengan mengacu pada standar dan pedoman penatalaksanaan medis dan rehabilitasi sosial.
- f. Memonitor dan mengevaluasi program rehabilitasi.

### 2.2.2 Bidang administrasi lembaga bertugas untuk:

- a. Pengelolaan keuangan rehabilitasi.
- b. Proses pelaporan penggunaan keuangan.

- c. Mengelola surat menyurat, pendokumentasian program, data klien, dan proses pelaporan lembaga.
- d. Menyiapkan data-data administrasi untuk membangun jejaring.

2.2.3 Bidang teknis rehabilitasi bertugas untuk:

- a. Menyelenggarakan rehabilitasi sesuai standar profesi, standar pelayanan dan standar prosedur operasional demi kelangsungan dan efektifitas program yang dijalankan.
- b. Melakukan pengembangan program sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan.
- c. Melaksanakan tugas dan fungsi kerja masing-masing dengan dedikasi yang tinggi.
- d. Memberikan edukasi dan pelatihan keterampilan kepada klien dan keluarganya sesuai dengan fungsi dan peran termasuk bidang kesehatan.

2.2.4 Bidang Penunjang bertugas menyiapkan sarana dan prasarana yang diperlukan untuk pelaksanaan rehabilitasi sesuai standar profesi, standar pelayanan dan standar prosedur operasional demi kelangsungan dan efektifitas program yang dijalankan.

2.3 Sumber Daya Manusia.

Ketersediaan SDM sangat bervariasi, tergantung dari besarnya kelembagaan, struktur kelembagaan, dan jumlah klien yang dilayani. SDM yang memberikan layanan terapi dan rehabilitasi adalah tenaga terlatih dan bersertifikat di bidang masing-masing. Tenaga tehnik di bidang rehabilitasi baik untuk rawat jalan maupun rawat inap sebaiknya terdiri dari:

2.3.1 Pelaksana inti pelayanan rehabilitasi terdiri dari:

Dokter, perawat dan tenaga medis lainnya	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Melakukan pemeriksaan, menetapkan diagnosis dan memberikan tatalaksana sesuai indikasi kesehatan klien</li> <li>b. Melakukan perawatan kesehatan secara umum</li> <li>c. Memberikan edukasi kesehatan/ pola hidup sehat</li> </ul>
--	--

	<p>d. Melakukan koordinasi dengan fasilitas kesehatan yang lebih tinggi untuk melakukan rujukan dan pengobatan lanjutan sesuai indikasi</p> <p>e. Menjaga dan mengelola rekam medis klien</p>
Sarjana sosial/ Pekerja sosial	<p>a. Rasio 1 (satu) orang pekerja sosial menangani 10 (sepuluh) klien</p> <p>b. Membangun komunikasi dengan keluarga klien untuk menggali latar belakang klien, kondisi keluarga, dan situasi lingkungan tinggal</p> <p>c. Menyusun rencana pemulihan</p> <p>d. Melaksanakan konseling, mediator dan fasilitator</p> <p>e. Melakukan advokasi berjejaring dengan pihak-pihak yang mendukung pemulihan pecandu dan korban penyalahgunaan narkotika</p> <p>f. Memberikan intervensi psikososial kepada keluarga jika diperlukan</p> <p>g. Melaksanakan kunjungan ke rumah klien untuk pembinaan lanjut</p>
Konselor adiksi	<p>a. Rasio 1 (satu) orang konselor adiksi menangani 10 (sepuluh) klien</p> <p>b. Melaksanakan skrining</p> <p>c. Memberikan orientasi program rehabilitasi sosial kepada residen baru</p> <p>d. Melaksanakan asesmen terhadap klien di awal program</p> <p>e. Membuat rencana rawatan</p> <p>f. Melaksanakan konseling individu, konseling keluarga, konseling kelompok, dan dialog dengan keluarga dan pihak-pihak lain</p> <p>g. Memberikan edukasi kepada klien</p> <p>h. Memberikan pendampingan kepada klien terkait dengan masalah-masalah khusus: kesehatan, pendidikan, hukum, vokasional, pendampingan saat krisis, dan pendampingan psikososial lainnya</p> <p>i. Melaksanakan manajemen kasus</p> <p>j. Membuat rekomendasi tentang masalah-masalah khusus klien setelah menyelesaikan program rehabilitasi.</p> <p>k. Melakukan terminasi program pada klien</p> <p>l. Membuat laporan hasil kerja</p>
Asisten konselor adiksi	<p>a. Menyiapkan proses skrining</p> <p>b. Menyiapkan pembuatan rencana rawatan</p> <p>c. Mempersiapkan proses konseling, edukasi, pendampingan klien dalam masalah-masalah khusus, manajemen kasus, dan membuat rencana rujukan dibawah</p>



	<p>pengawasan konselor adiksi</p> <p>d. Membuat laporan hasil kerja dan dikonsultasikan kepada konselor adiksi</p>
Psikolog/psikologi klinis dan Psikiater (dapat tetap maupun paruh waktu)	<p>a. Melakukan pemeriksaan psikologis dan konseling</p> <p>b. Melakukan pemeriksaan mental, menetapkan diagnosis dan memberikan terapi farmakologi dan psikoterapi sesuai dengan indikasi kesehatan mental klien</p> <p>c. Melakukan psikoedukasi tentang kesehatan mental</p> <p>d. Melakukan koordinasi dengan fasilitas kesehatan yang lebih tinggi untuk melakukan rujukan dan pengobatan lanjutan sesuai indikasi</p>
Pembina Mental Agama	<p>a. Melakukan pembinaan agama kepada klien sesuai dengan keyakinannya serta merencanakan dan menyelenggarakan kegiatan lain terkait ke agamaan yang mendukung pemulihan</p>
Instruktur kegiatan vokasional	<p>a. Memberikan pelatihan kepada klien mengikuti keterampilan yang tersedia di tempat rehabilitasi</p> <p>b. Melakukan asesmen bakat secara komprehensif</p> <p>c. Membuat rencana program jangka pendek dan panjang dengan klien sesuai dengan tujuan klien</p> <p>d. Membangun dan mengimplemantasikan kurikulum yang ada (jika ada) untuk mempersiapkan klien bekerja</p> <p>e. Memindahkan klien ke tempat pelatihan kerja lain yang lebih sesuai</p>
Relawan	<p>a. Membagikan ketrampilan dan pengetahuan dengan mengajar, demonstrasi, dan praktik tentang hal-hal khusus yang dibutuhkan klien</p>

### 2.3.2 Petugas administrasi

Petugas administrasi melakukan pekerjaan-pekerjaan dalam bidang-bidang khusus agar tata hubungan kerja menjadi efektif dan efisien. Yang termasuk dalam bidang kerja administrasi adalah hal-hal yang berhubungan dengan bidang umum, kesekretariatan, personalia, surat-menyurat, dan keuangan.

Sekretaris	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Membuat, menggandakan, dan melakukan korespondensi semua file sesuai dengan instruksi dan aturan yang jelas</li> <li>b. Melakukan tugas surat menyurat (surat dan email), memproses dan mendokumentasikan sesuai aturan yang berlaku</li> <li>c. Mengendalikan input dan output data dengan koding yang jelas yang memudahkan pencarian data</li> <li>d. Mengelola administrasi penerimaan klien</li> </ul> <p>Di tingkat yang lebih tinggi melaksanakan tugas tambahan, antara lain:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mempersiapkan pertemuan, mengatur jadwal dan rencana perjalanan untuk proses supervisi dan kegiatan pimpinan serta staf lain di luar instansi</li> <li>b. Mempersiapkan dan melengkapi data yang dibutuhkan untuk presentasi, kerjasama, proses supervisi, monitoring, dan evaluasi</li> </ul>
Personalia	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Membuat rencana dan evaluasi kerja harian dan bulanan untuk memastikan target kerja staf</li> <li>b. Supervisor staf administrasi lain</li> <li>c. Mengelola jadwal kerja pimpinan lembaga, staff, jadwal supervisi</li> </ul>
Keuangan	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Melakukan tugas sebagai bendahara</li> <li>b. Membuat perkiraan biaya tahunan yang berkaitan dengan kegiatan lembaga</li> <li>c. Membuat rekomendasi pembuatan anggaran</li> <li>d. Menyiapkan data-data keuangan dan data pendukung lain untuk proses pelaporan</li> <li>e. Membuat laporan keuangan</li> </ul>

### 2.3.3 Petugas Penunjang layanan

Adalah petugas yang membantu secara teknis di lapangan agar program rehabilitasi dapat berjalan secara efektif dan efisien. Bidang-bidang yang dimaksud adalah: ke rumah tangga dan keamanan.

Rumah tangga	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menyiapkan ruang kerja dan peralatan kantor</li> <li>b. Menjaga kebersihan lingkungan rehabilitasi sesuai dengan aturan yang berlaku</li> <li>c. Menyediakan dan menjaga alat-alat yang dibutuhkan kegiatan harian klien dengan pengawasan sesuai aturan yang berlaku</li> <li>d. Mendokumentasikan semua kegiatan pemeliharaan alat, membuat laporan untuk perbaikan, pengadaan, monitoring dan evaluasi.</li> <li>e. Mengelola kebutuhan listrik, air, alat kebersihan, dan pemeliharaan alat-alat yang berhubungan dengan kelistrikan.</li> <li>f. Pengelolaan sampah sesuai dengan aturan yang berlaku.</li> </ul>
Koki atau Ahli Gizi	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menyusun dan merencanakan menu untuk harian, mingguan, dan bulanan dengan perhitungan biaya yang jelas.</li> <li>b. Mengkoordinasikan kebutuhan belanja dan membantu dengan berbelanja dan atau pemesanan.</li> <li>c. Pada tingkat tertentu, melakukan supervisi dan melatih staf dapur.</li> </ul>
Tenaga penunjang untuk kepentingan rumah tangga	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tenaga dapur : membantu membuat dan mempersiapkan makanan klien sesuai menu</li> <li>b. Tenaga kebersihan : dibawah koordinasi Koordinator Rumah Tangga menjaga lingkungan fasilitas program bersih dan sehat</li> <li>c. Keamanan : menjaga keamanan fasilitas program dan lingkungan sekitarnya , merespon insiden yang terjadi pada klien , menyelesaikan kondisi darurat sesuai dengan SOP yang berlaku</li> </ul>

## 2.4 Sarana dan prasarana

### 2.4.1 Rehabilitasi Medis

- a. Lokasi lembaga rehabilitasi medis harus memenuhi persyaratan kesehatan lingkungan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

- b. Bangunan yang digunakan adalah permanen dan terpisah dari tempat tinggal perorangan. Bangunan harus memenuhi persyaratan kesehatan, yaitu dengan tetap memperhatikan fungsi, keamanan, kenyamanan dan kemudahan pengguna layanan serta memberikan perlindungan keselamatan dan kesehatan bagi penghuni dan warga masyarakat di sekitarnya.

#### 2.4.1.1 Sarana Rehabilitasi Medis

Setiap lembaga rehabilitasi medis wajib memiliki fasilitas sesuai dengan layanan yang diberikan, yaitu:

- 1) Rawat jalan :
  - a. ruang pendaftaran/ruang tunggu;
  - b. ruang administrasi;
  - c. ruang konsultasi, ruang periksa dan intervensi psikososial;
  - d. ruang obat dan bahan habis pakai untuk klinik yang melaksanakan pelayanan farmasi;
  - e. ruang tindakan kedaruratan;
  - f. kamar mandi/wc; dan
  - g. ruangan lainnya sesuai kebutuhan pelayanan
- 2) Rawat inap :

Untuk fasilitas rawat inap maka selain persyaratan di atas, fasilitas yang harus dimiliki adalah

  - a. ruang rawat inap dengan jumlah tempat tidur klien paling sedikit 5 buah;
  - b. ruang farmasi;
  - c. ruang laboratorium; dan
  - d. ruang dapur;

sesuai dengan persyaratan teknis yang telah diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### 2.4.1.2 Prasarana fasilitas rehabilitasi medis meliputi;

- a. instalasi sanitasi;
- b. instalasi listrik;
- c. pencegahan dan penanggulangan kebakaran;
- d. ambulans, khusus untuk fasilitas yang menyelenggarakan rawat inap;



- e. sistem gas medis;
- f. sistem tata udara;
- g. sistem pencahayaan;
- h. prasarana lainnya sesuai kebutuhan.

Tabel 2.4 Sarana dan Prasarana Rehabilitasi Medis

Asesmen	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Peralatan non medik                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Meja</li> <li>2) Kursi</li> <li>3) Komputer</li> <li>4) Printer</li> <li>5) Ordner</li> <li>6) Lemari arsip</li> <li>7) ATK</li> <li>8) Formulir asesmen wajib lapor</li> </ul> </li> <li>b. Peralatan medik                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Stetoskop</li> <li>2) Tensimeter</li> <li>3) Termometer sensor</li> <li>4) Timbangan</li> </ul> </li> </ul>
Pelayanan Detoksifikasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Fasilitas Pelayanan Rawat Inap                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Peralatan Medik                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Stetoskop</li> <li>b) Pen light</li> <li>c) Tensimeter</li> <li>d) Timbangan</li> <li>e) Tempat tidur</li> <li>f) Oksigen</li> <li>g) Tiang infus dan infus set</li> </ul> </li> <li>h) Pertolongan Pertama : peralatan resusitasi, alat suntik, desinfektan, kapas, dan obat-obat gawat darurat lain</li> </ul> </li> <li>2) Peralatan Nonmedik                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Meja</li> <li>b) Kursi</li> <li>c) ATK</li> <li>d) Step stool</li> <li>e) Komputer</li> <li>f) Telepon</li> <li>g) Tempat khusus untuk menyimpan status</li> <li>h) Lemari Obat</li> </ul> </li> <li>3) Obat-obatan gawat darurat                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Cairan infus koloid</li> <li>b) Cairan dextrose</li> <li>c) Mannitol</li> <li>d) Nolaxone HCL</li> <li>e) Antagonis Opiat</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>f) Anti Psikotik Chlorpromazine atau haloperidol</li> <li>g) Sedatif-hipnotik</li> <li>h) Anti anxietas alprazolam atau clobazam</li> <li>i) Analgetik</li> <li>j) Spasmolitik</li> <li>k) Anti hipertensi</li> </ul> <p>b. Fasilitas Pelayanan Rawat Jalan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Peralatan Medik <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Stetoskop</li> <li>b) Pen light</li> <li>c) Tensimeter</li> <li>d) Timbangan</li> <li>e) Tempat tidur</li> <li>f) Peralatan pertolongan pertama: peralatan resusitasi, alat suntik, desinfektan, kapas dan obat-obatan gawat darurat lain.</li> </ul> </li> <li>2) Peralatan Non Medik <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Meja</li> <li>b) Kursi</li> <li>c) ATK</li> <li>d) Step stool</li> <li>e) Komputer</li> <li>f) Telepon</li> <li>g) Lemari Obat</li> </ul> </li> <li>3) Obat-obatan Gawat Darurat Sama dengan obat-obatan gawat darurat pada rawat inap</li> </ul> <p>c. Prasarana</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Memiliki cahaya dan ventilasi yang baik dan cukup</li> <li>2) Limbah sarana pelayanan harus memiliki tata cara pembuangan limbah sesuai pedoman sanitasi rumah sakit, baik untuk limbah padat dan cair.</li> <li>3) Harus memiliki tempat cuci tangan sebagai salah satu upaya kewaspadaan baku dan kewaspadaan transmisi.</li> </ul>
Pelayanan Rawat Jalan Simtomatik	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Ruang kegiatan klien yang terpisah dari ruang kerja staf</li> <li>b. Sarana olahraga dan rekreasi/ kesenian</li> <li>c. Ruang tamu</li> <li>d. Ruang tidur</li> <li>e. Kamar mandi</li> <li>f. Dapur dan gudang</li> <li>g. Ruang serba guna</li> <li>h. Ruang kantor</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Ruang ibadah</li> <li>j. Peralatan dan <i>furniture</i> yang sesuai dengan fungsi dari ruang dan program</li> </ul>
Pelayanan Tes Urine	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Test pack pemeriksaan lab dengan 6 (enam) parameter yaitu : Amp, Met, THC, Heroin, K2, BZO</li> <li>b. Reagensia narkotika</li> <li>c. EMIT/ ETS</li> <li>d. Ruangan lab</li> <li>e. Sarung tangan</li> <li>f. Peralatan lab terkait</li> </ul>
Pelayanan Gawat Darurat	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. EKG</li> <li>b. Tabung oksigen</li> <li>c. <i>Suction</i></li> <li>d. Peralatan resusitasi</li> <li>e. Tiang infus</li> <li>f. Alat fiksasi klien</li> <li>g. Tempat tidur yang dapat diubah posisi ketinggian kepala dan kaki</li> <li>h. <i>Autoclave/ Sterilisator</i></li> <li>i. Peralatan bedah minor</li> <li>j. Obat-obatan penyelamat kehidupan</li> <li>k. Kursi roda</li> <li>l. Tempat tidur yang dapat diubah berbagai posisi</li> <li>m. Mobil ambulans</li> <li>n. Tempat sampah medis dan non medis</li> </ul>
Pelayanan Rehabilitasi Rawat Inap	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Ruang kegiatan klien yang terpisah dari ruang kerja staf</li> <li>b. Sarana olahraga dan rekreasi/ kesenian</li> <li>c. Ruang tamu</li> <li>d. Ruang tidur</li> <li>e. Kamar mandi</li> <li>f. Dapur dan gudang</li> <li>g. Ruang serba guna</li> <li>h. Ruang kantor</li> <li>i. Ruang ibadah</li> <li>j. Peralatan dan <i>furniture</i> yang sesuai dengan fungsi dari ruang dan program</li> </ul>
Pelayanan Penatalaksanaan Dual Diagnosis	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Fasilitas dasar dan minimal                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Ruang periksa</li> <li>2) Instrumen diagnostic psikiatrik</li> </ul> </li> <li>b. Fasilitas lanjutan                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Bed fiksasi</li> <li>2) Alat-alat fiksasi</li> <li>3) Ruang isolasi</li> <li>4) Ruang konseling</li> <li>5) Alat terapi rekreasional</li> <li>6) Ruang rekreasi</li> </ul> </li> </ul>

Sumber: Standar rehabilitasi nasional

#### 2.4.2 Rehabilitasi Sosial

- a. Lokasi fasilitas rehabilitasi sosial harus memenuhi persyaratan kesehatan lingkungan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- b. Bangunan yang digunakan adalah permanen dan terpisah dari tempat tinggal perorangan. Bangunan harus memenuhi persyaratan kesehatan, yaitu dengan tetap memperhatikan fungsi, keamanan, kenyamanan dan kemudahan pengguna layanan serta memberikan perlindungan keselamatan dan kesehatan bagi penghuni dan warga masyarakat di sekitarnya.

Penyelenggaraan rehabilitasi sosial yang dilaksanakan oleh masyarakat seyogyanya memenuhi sarana dan prasarana sebagaimana yang telah disebutkan diatas. Namun dikarenakan keterbatasan pembiayaan, sarana dan prasarana yang ada dapat dimaksimalkan penggunaannya sehingga kaya fungsi. Jumlah sarana dan prasarana yang diperlukan pada layanan rawat inap dan rawat jalan akan berbeda tergantung pada jumlah klien yang dilayani setiap hari.

Standar minimal sarana dan prasarana pada lembaga rehabilitasi yang dikelola oleh masyarakat mencakup<sup>4</sup>:

- 1) Ruang kantor (yang dapat mengakomodasi kebutuhan pimpinan, staf, rapat, tamu dan penyimpanan data serta dokumen).
- 2) Ruang pelayanan (yang dapat mengakomodasi proses asesmen, konseling, dan aktivitas lainnya).
- 3) Kamar tidur yang jumlahnya disesuaikan dengan kapasitas klien (berlaku bagi lembaga rehabilitasi sosial dengan metode rawat inap).
- 4) Ruang pelayanan umum (ruang makan, ruang edukasi dan rekreasi, ruang keamanan).
- 5) Ruang pemeriksaan kesehatan (apabila dilakukan layanan secara internal)
- 6) Kamar mandi dengan pintu bagian atas dan bawah terbuka  $\pm 50$  cm (jumlahnya menyesuaikan rasio kapasitas klien).



- 7) Memenuhi standar keamanan dan kesehatan (sanitasi, sirkulasi udara, penerangan, dan pengamanan terhadap instalasi listrik).
- 8) Peralatan yang dibutuhkan dalam menunjang pelayanan.

Tabel 2.5 Sarana dan Prasarana Rehabilitasi Sosial

NO.	SARANA DAN PRASARANA	MASYARAKAT	
		Rawat Inap	Rawat Jalan
A. Perkantoran			
1	Ruang Kantor	√	√
2	Ruang Rapat	√	
3	Ruang/ Lemari Arsip	√	√
4	Ruang/Lemari Data dan Informasi	√	√
B. Ruang Pelayanan Teknis			
1	Ruang Asrama/Kamar Tidur	√	
2	Ruang Konselor/Pengawas	√	
3	Ruang Pemeriksaan/Asesmen/Konseling	√	√
4	Ruang Isolasi	√	
C. Ruang Pelayanan Umum			
1	Ruang Makan	√	
2	Ruang Ibadah	√	
3	Ruang pemeriksaan Kesehatan	√	
4	Ruang Serba Guna	√	
5	Ruang Tamu	√	√
6	Dapur	√	
7	Kamar Mandi	√	√
D. Peralatan Lembaga Rehabilitasi Sosial			
1	Peralatan Penunjang Perkantoran	√	√
2	Peralatan Komunikasi	√	√
3	Penerangan dan keamanan instalasi listrik	√	√
4	Instalasi Air Bersih, Sanitasi dan Ventilasi	√	√
E. Kendaraan Operasional			
F. Sandang dan Pangan bagi Penerima Pelayanan			
1	Makanan	√	
2	Seragam	√	

Sumber: Standar rehabilitasi nasional

## 2.5 Pencatatan dan Pelaporan

### 2.5.1 Pencatatan

Data dan informasi adalah salah satu dasar dalam menetapkan gambaran tingkat pencapaian sasaran ataupun tujuan dalam mencapai keberhasilan program. Pencatatan juga menjadi dasar rekomendasi pengambilan kebijakan. Pencatatan yang terencana, terstruktur, dan dilakukan secara terus menerus akan membantu instansi membangun program secara berkelanjutan.

Tabel 2.6 Uraian jenis pencatatan

Jenis pencatatan	Petugas
Pencatatan harian rutin jumlah pengunjung atau klien	Petugas administrasi
Pencatatan data klien yang mencakup informasi detil klien, termasuk keluarga yang akan membantu proses intervensi psikososial sesuai dengan Format Rekapitulasi Klien Rehabilitasi	Petugas administrasi
Pencatatan perkembangan klien: Terdiri dari rekam medis yang ditulis sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan rekam sosial yang mencakup asesmen awal, perencanaan terapi dan catatan intervensi psikososial	Petugas teknis rehabilitasi
Pencatatan keuangan harian dan kelengkapannya	Petugas administrasi

### 2.5.2 Pelaporan

Laporan di buat sesuai dengan format yang telah ditetapkan sesuai Lampiran Peraturan Kepala BNN No. 17 tahun 2016 dan disampaikan berjenjang dan teratur dari lembaga rehabilitasi kepada Kepala BNNP/BNNK dengan tembusan kepada Deputi bidang Rehabilitasi.

- a. Tujuan dari pelaporan adalah untuk :
  - 1) Pemantauan pelayanan rehabilitasi medis, bagi klien yang menjalani rawatan, tenaga medis yang memberikan pelayanan, serta perencana dan penyusun kebijakan.

- 2) memperoleh data klien yang menjalani proses rehabilitasi baik klien yang selesai menjalani program rehabilitasi maupun klien yang tidak selesai rehabilitasi yang disebabkan oleh berbagai hal (melarikan diri, tidak mau melanjutkan program, meninggal, dan lain-lain).
- b. Laporan yang dibuat terdiri dari:
- 1) pelaksanaan kegiatan yang berisi.
    - a) Layanan yang dilaksanakan setiap bulannya.
    - b) SDM yang memberikan pelayanan.
    - c) Klien yang menerima pelayanan.
    - d) Kegiatan yang dilaksanakan di dalam dan diluar rehabilitasi.
    - e) Kunjungan dari lembaga lain.
    - f) Kerjasama dengan lembaga atau instansi lain.
  - 2) dokumentasi kegiatan.
  - 3) dokumen pertanggungjawaban keuangan.
  - 4) rekapitulasi klien.

## 2.6 Keamanan dan Kesehatan Kerja Rehabilitasi Medis dan Sosial.

Keamanan adalah prosedur yang perlu disiapkan oleh penyelenggara layanan rehabilitasi untuk menjamin keselamatan para penghuni tempat tersebut, mulai dari klien, staf maupun karyawan yang bekerja di sana. Sedangkan kesehatan adalah prosedur yang perlu disiapkan oleh penyelenggara layanan untuk menjaga kesehatan penghuni lembaga rehabilitasi baik dari klien maupun petugas yang bekerja disana. Termasuk dalam komponen ini antara lain:

### 2.6.1 Kebijakan tentang Kesehatan dan Keselamatan Kerja.

Dalam penyelenggaraan rehabilitasi medis dan sosial, kebijakan yang dilakukan perlu dibuat tertulis dan dapat dibaca setiap orang. Salah satunya adalah kebijakan tertulis yang terkait kesehatan dan keselamatan kerja. Hal ini penting diketahui bukan hanya untuk klien, namun juga bagi staf dan karyawan yang bekerja di sana. Dengan adanya kebijakan tertulis, mempertegas tanggung jawab pelaksana, dan diharapkan seluruh penghuni lembaga rehabilitasi dapat merasa menjadi

bagian dari persoalan yang penting bagi dirinya dan merasa bertanggung jawab untuk menjaga kesehatan dan keselamatan kerja dirinya maupun orang lain.

#### 2.6.2 Prosedur evakuasi.

Sesuai dengan PP 25 tahun 2010 tentang bangunan gedung, maka setiap fasilitas rehabilitasi harus menyediakan sarana evakuasi. Sarana evakuasi meliputi<sup>11</sup>:

- a. Pelatihan kegawatdaruratan akibat bencana kebakaran dengan menyediakan dan menempatkan APAR (Alat Pemadam Api Ringan) sesuai dengan Norma Standar Pedoman dan Manual kebakaran seperti diatur dalam Peraturan Menteri Tenaga Kerja Dan Transmigrasi No. 4 Tahun 1980.
- b. Sistem peringatan bahaya bagi pengguna, pintu keluar darurat, dan jalur evakuasi yang dapat memberi kemudahan pengguna bangunan gedung untuk melakukan evakuasi dari dalam bangunan gedung secara aman apabila terjadi bencana atau keadaan darurat.
- c. Sistem peringatan bahaya bagi pengguna, pintu keluar darurat, dan jalur evakuasi disesuaikan dengan fungsi dan klasifikasi bangunan gedung, jumlah dan kondisi pengguna bangunan gedung, serta jarak pencapaian ke tempat yang aman.
- d. Sarana pintu keluar darurat dan jalur evakuasi harus dilengkapi dengan tanda arah yang mudah dibaca dan jelas.
- e. Memiliki manajemen penanggulangan bencana atau keadaan darurat: sirene di beberapa tempat strategis, APAR (Alat Pemadam Api Ringan), hidran beserta selang air, dan alat pemecah kaca yang aman.
- f. Penyediaan akses kendaraan penyelamatan, seperti kendaraan pemadam kebakaran dan ambulans, untuk masuk ke dalam area bangunan gedung yang bersangkutan.

2.6.3 Penetapan area bebas rokok dan area merokok.

Sesuai dengan Pasal 22 PP No. 19 tahun 2003 tentang Pengamanan Rokok bagi Kesehatan maka fasilitas rehabilitasi termasuk sarana kesehatan yang dinyatakan sebagai kawasan tanpa rokok. Tetapi dengan melihat latar belakang rehabilitasi narkotika yang merupakan bentuk pelayanan kesehatan yang khusus, maka pimpinan rehabilitasi wajib<sup>12</sup>:

- a. menyediakan tempat khusus untuk merokok dengan menyediakan alat penghisap udara sehingga tidak mengganggu kesehatan bagi yang tidak merokok.
- b. memberikan waktu-waktu secara khusus untuk merokok.
- c. membuat aturan banyaknya rokok yang diperbolehkan dihisap dalam sehari oleh klien.

2.6.4 Kewaspadaan universal (*Universal Precaution*).

Prinsip kewaspadaan universal (*Universal Precaution*) di layanan rehabilitasi adalah menjaga kebersihan individu, sanitasi ruangan dan lingkungan, serta sterilisasi peralatan medis.

Lima kegiatan pokok yang wajib dilakukan seluruh staf dan penghuni fasilitas rehabilitasi yaitu:

- mencuci tangan guna mencegah infeksi silang,
- pemakaian alat pelindung diantaranya pemakaian sarung tangan guna mencegah kontak dengan darah serta cairan infeksius lain,
- pengelolaan alat kesehatan,
- pengelolaan alat tajam untuk mencegah perlukaan, dan
- pengelolaan limbah baik itu limbah medis maupun limbah umum (non-medis).

2.7 Langkah Peningkatan Profesionalisme Lembaga

- Membuat perencanaan strategi lembaga rehabilitasi, antara lain dengan membuat rencana strategi lembaga, pembaharuan dan pengembangan pengelolaan program rehabilitasi, pengembangan dana rehabilitasi, dan perencanaan pengembangan fasilitas rehabilitasi.
- Pelaporan, Pemantauan, dan Evaluasi yang mencakup pengembangan sistem monitoring dan evaluasi lembaga,



fasilitasi *workshop* dan pelatihan untuk mengembangkan kemampuan kerja tim, serta konsultasi untuk evaluasi program.

- Pengembangan SDM, dengan pelatihan, *workshop*, seminar yang berkelanjutan sesuai dengan perkembangan program rehabilitasi, penemuan narkotika jenis baru, dan perkembangan teknologi yang mempengaruhi keberhasilan rehabilitasi.
- Komunikasi, Edukasi, dan Publikasi yang mencakup pengembangan strategi komunikasi dan publikasi lembaga kepada masyarakat, orang tua klien dan mantan klien, serta pendampingan berkelanjutan lainnya untuk menjaga pemulihan.

### BAB III

#### PELAKSANAAN REHABILITASI SECARA UMUM

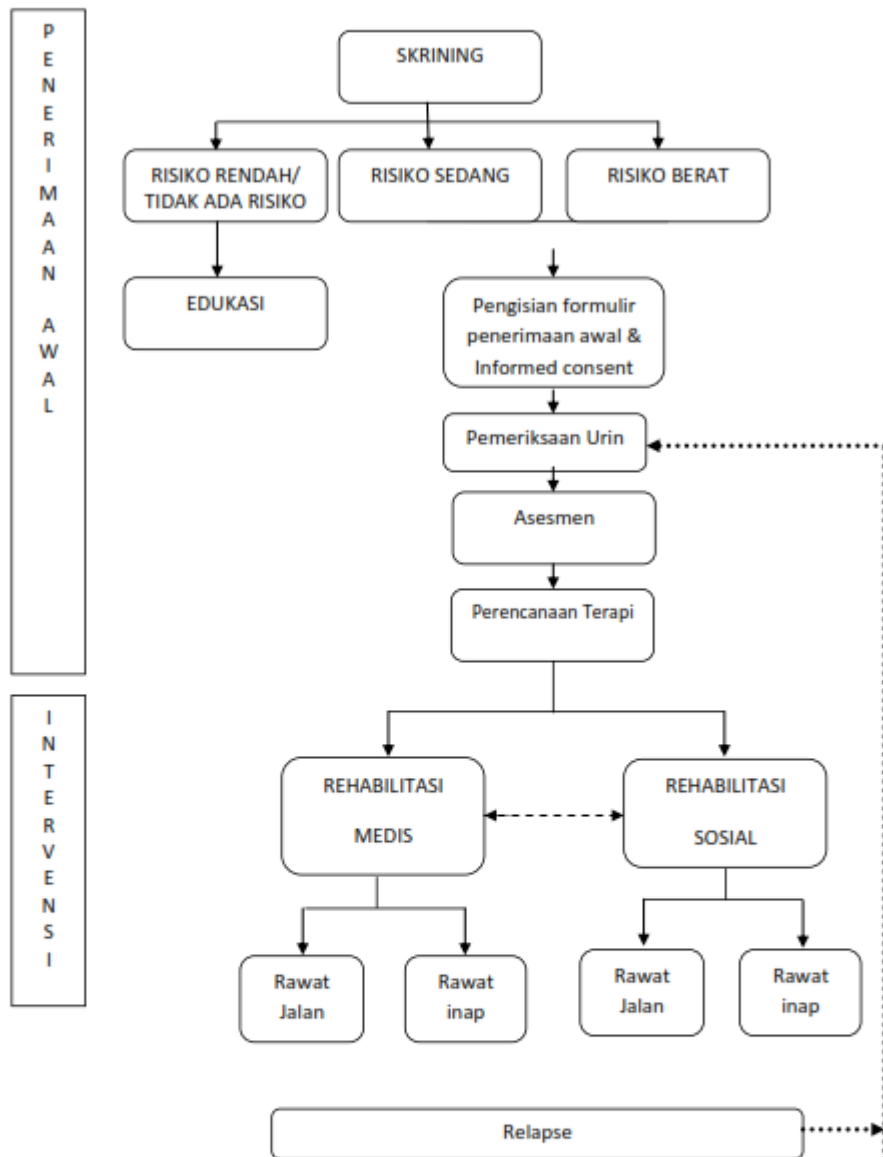
### 3.1 Pelaksanaan Rehabilitasi

#### 3.1.1 Penerimaan Awal

Penerimaan awal merupakan tahapan yang pertama dilakukan pada saat pecandu dan korban penyalahgunaan narkotika datang ke pelayanan rehabilitasi. Pada tahap penerimaan awal penyelenggara layanan melakukan identifikasi melalui wawancara awal untuk mendapatkan informasi baik dari klien maupun keluarga klien. Selain memperoleh informasi tentang klien, penyelenggara layanan juga memberikan informasi yang dibutuhkan oleh klien dan/atau keluarga tentang layanan rehabilitasi yang tersedia di lembaga tersebut.

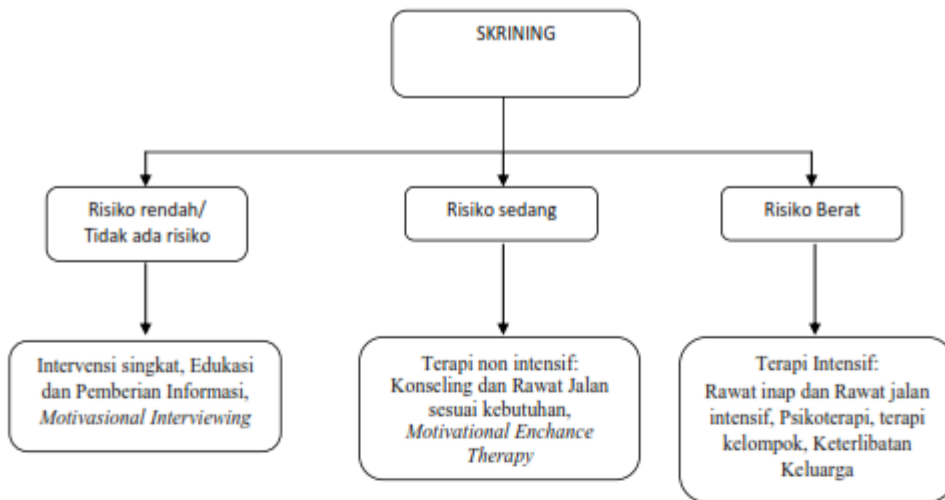
Penerimaan awal merupakan tahapan yang penting untuk melihat karakteristik, masalah dan kebutuhan terapi yang berbeda-beda dari tiap klien. Layanan rehabilitasi dapat diberikan sesuai dengan derajat keparahan penggunaan narkotika.

Prosedur yang dilakukan pada tahap penerimaan awal meliputi skrining, asesmen, pengisian formulir awal & *informed consent*, pemeriksaan urin penggunaan narkotika dan penyusunan perencanaan rawatan. Waktu pelaksanaan rangkaian kegiatan dalam penerimaan awal disesuaikan dengan jenis layanan rehabilitasi baik rawat inap maupun rawat jalan.



Gambar 3.1 Alur Tahapan pelaksanaan rehabilitasi





Gambar 3.2 Skrining dan intervensi yang disarankan

Pada klien yang menunjukkan hasil skrining dengan risiko rendah atau tidak ada risiko, maka dapat diberikan edukasi singkat tentang gangguan penggunaan narkotika dan pencegahannya dalam durasi 5-30 menit.

Apabila hasil skrining menunjukkan risiko ketergantungan narkotika (risiko sedang dan risiko berat), proses dilanjutkan dengan melengkapi persyaratan administrasi dan pemeriksaan urin narkotika untuk kemudian dilanjutkan dengan asesmen lanjutan

### 3.1.1.2 Pengisian Formulir Penerimaan Awal & *Informed Consent*

Pengisian formulir penerimaan awal merupakan tindakan administratif melalui wawancara terstruktur kepada klien pada saat masuk dalam layanan rehabilitasi. *Informed consent* adalah pernyataan persetujuan atau ijin dari klien yang diberikan tanpa ada paksaan tentang kegiatan atau layanan yang akan diberikan kepadanya setelah mendapatkan informasi yang cukup mengenai layanan dan tata tertib yang berlaku di layanan yang dimaksud.

#### 3.1.1.3 Asesmen

Asesmen merupakan rangkaian pemeriksaan yang dilakukan secara menyeluruh tentang keadaan klien terkait pemakaian narkotika dan dampaknya terhadap dirinya dan lingkungannya. Proses asesmen menggunakan form asesmen wajib lapor yang dimodifikasi dari standar instrumen internasional yaitu *Addiction Severity Index (ASI)*. ASI dikembangkan oleh Thomas McLellan dkk (1981) dari University of Pennsylvania, US. Diterjemahkan, diadaptasi & digunakan pada lebih dari 30 negara. Di Indonesia, instrumen ini telah diadopsi, diteliti dan diadaptasi Tim RSKO. Formulir ASI yang telah diadaptasikan ini memuat 7 (tujuh) domain utama dalam proses asesmen pada pecandu dan korban penyalahgunaan narkotika. Tujuh domain tersebut terdiri dari riwayat medis, riwayat pekerjaan dan dukungan hidup, riwayat penggunaan narkotika, riwayat penggunaan alkohol, riwayat keterlibatan dalam tindak kriminalitas/hukum, riwayat keluarga dan sosial serta riwayat psikiatrik. Pelaksanaan asesmen dapat dilakukan secara berkala sesuai dengan kebutuhan

#### 3.1.1.4 Pemeriksaan Urin Narkotika

Pemeriksaan urin merupakan pemeriksaan penyaring yang dipakai untuk mengetahui kondisi pada sistem kemih klien, apakah mengandung narkotika. Pemeriksaan urin ini dilakukan pada saat klien masuk ke layanan rehabilitasi dan disaat tertentu sesuai dengan indikasi pemakaian kembali narkotika. Penatalaksanaan dan pengelolaan pelayanan tes urin harus disertai dengan wawancara dan pemeriksaan klinis yang dapat memperkuat hasil pemeriksaan tersebut. Pada saat dilakukan pemeriksaan urin zat, sangat mungkin terjadi tes urin zat tersebut tidak dapat mendeteksi adanya penggunaan *NPS (New Psychoactive Substances)*. Oleh karena itu pelaksanaan tes urin zat dapat dilakukan dengan cara:

- Tipe dasar  
Tes cepat (menggunakan test pack) dengan menggunakan 6 (enam) parameter yaitu : Amp, Met, THC, Heroin, K2, BZO.

- Tipe lanjutan  
Tes menggunakan peralatan laboratorium metode EMIT/ETS dengan konfirmasi melalui GCMS bila sarana memadai.

#### 3.1.1.5 Perencanaan terapi atau intervensi (*treatment plan*)

Perencanaan terapi merupakan kegiatan yang dilakukan secara sistematis dan terencana berdasarkan hasil asesmen dan dievaluasi secara berkala sesuai dengan perkembangan klien. Dalam membuat perencanaan terapi, perlu mempertimbangkan tingkat motivasi/kesiapan klien untuk melakukan perubahan. Tingkat motivasi dapat dilihat dengan menggunakan instrumen *University of Rhode Island Change Assessment (URICA)* atau *The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)* (terlampir).

Penyusunan rencana terapi merupakan tindak lanjut dari tahapan asesmen yang telah dilakukan sebelumnya mengenai situasi klien, masalah-masalah, kebutuhan dan kekuatan klien. Kualitas hasil asesmen akan sangat menentukan kualitas pelayanan yang diberikan.

Oleh sebab itu hasil asesmen sangat penting dan berpengaruh besar terhadap kehidupan klien ke depannya. Perencanaan perlu dilakukan secara sistematis dan terus menerus untuk menetapkan langkah yang terbaik dalam rangka mencapai tujuan yang diinginkan klien. Perencanaan yang terus menerus dimaksudkan untuk merespon adanya perubahan dari klien.

Berdasarkan "*Principles Effectiveness of Drug Addiction Treatment*" (NIDA, 2012) terdapat 13 prinsip dalam perawatan ketergantungan narkotika secara efektif, yaitu:

1. Ketergantungan adalah masalah yang kompleks karena berpengaruh pada fungsi otak dan perilaku, tetapi dapat diterapi (*Addiction is a complex but*

*treatable disease that affects brain function and behavior);*

2. Tidak ada terapi tunggal yang sesuai untuk semua orang, setiap terapi tergantung pada jenis narkotika dan karakteristik penderita (*No single treatment is appropriate for everyone);*
3. Terapi yang sesuai harus tersedia ketika dibutuhkan (*Treatment needs to be readily available);*
4. Terapi yang efektif harus dapat mengakomodasi kebutuhan tiap individu, tidak hanya masalah ketergantungannya saja (*Effective treatment attends to multiple needs of the individual, not just his or her drug abuse);*
5. Berada dalam program terapi selama periode waktu yang adekuat merupakan hal yang sangat penting (*Remaining in treatment for an adequate period of time is critical);*
6. Terapi perilaku (termasuk konseling individu, keluarga/kelompok) merupakan bentuk yang paling sering diterapkan pada terapi ketergantungan (*Narcotic Counseling—individual and/or group—and other behavioral therapies are the most commonly used forms of drug abuse treatment);*
7. Medikasi merupakan elemen penting bagi banyak penderita, khususnya apabila dikombinasi dengan konseling dan terapi perilaku (*Medications are an important element of treatment for many patients, especially when combined with counseling and other behavioral therapies);*
8. Rencana terapi dan layanan lain harus dikaji secara berkelanjutan dan dimodifikasi sesuai perubahan kebutuhan penderita (*An individual's treatment and services plan must be assessed continually and modified as necessary to ensure that it meets his or her changing needs);*



9. Banyak individu yang ketergantungan narkotika juga memiliki gangguan mental lainnya, sehingga harus ditangani secara menyeluruh (*Many drug-addicted individuals also have other mental disorders*);
10. Detoksifikasi hanya merupakan langkah awal dari terapi gangguan penyalahgunaan narkotika (*Medically assisted detoxification is only the first stage of addiction treatment and by itself does little to change long-term drug abuse*);
11. Terapi yang efektif tidak harus dilakukan dengan sukarela, dapat juga merupakan suatu sanksi (*Treatment does not need to be voluntary to be effective*);
12. Penggunaan narkotika selama proses terapi harus dimonitor secara kontinu (*Drug use during treatment must be monitored continuously, as lapses during treatment do occur*);
13. Program terapi harus mengkaji adanya HIV/AIDS, hepatitis B dan C, tuberkulosis, dan infeksi lain, serta konseling untuk mengubah perilaku (*Treatment programs should assess patients for the presence of HIV/AIDS, hepatitis B and C, tuberculosis, and other infectious diseases as well as provide targeted risk-reduction counseling to help patients modify or change behaviors that place them at risk of contracting or spreading infectious diseases*).

Komponen dalam perencanaan terapi

- Pernyataan Masalah: Identifikasi isu atau masalah klien berdasarkan informasi dari skrining, asesmen, atau informasi lain.
- Pernyataan Tujuan: Hasil yang diinginkan ketika rawatan berjalan atau selesai, dan respon terhadap pernyataan masalah
- Sasaran: Hal yang perlu dilakukan oleh klien, perubahan apa yang diperlukan, dan langkah yang diperlukan dalam meraih tujuan
- Intervensi: Tindakan yang dilakukan oleh staf, keluarga, rekan sebaya atau dukungan lain, rencana layanan, strategi atau metodologi, respon terhadap tujuan dan sasaran yang akan dicapai.



Perencanaan terapi dirancang berdasarkan kebutuhan individu, dengan mempertimbangkan faktor pendukung dan hambatan dari klien, menggunakan model SMART.

*Specific / Straightforward*; dilakukan secara terperinci dan jelas, sehingga klien juga memahami dengan baik.

*Measurable*; dilakukan dengan instrumen dan indikator yang jelas dan dapat diukur dengan baik perkembangannya.

*Achievable*; diberikan target-target perilaku nyata yang diraih oleh klien secara bertahap, dan sebagai tahapan dan motivasi dalam program.

*Realistic*; program maupun target yang diberikan merupakan hal yang masuk akal dan dapat dilakukan oleh klien.

*Time-bound*; program dan target dilakukan dengan jangka waktu yang jelas.

Perencanaan terapi yang efektif harus dapat mengenal dan memilah-milah dengan jelas kebutuhan prioritas seperti antara lain:

- 1) Akan ditangani segera selama terapi atau proses rehabilitasi;
- 2) Memerlukan rujukan ke tempat layanan lain; dan
- 3) Membutuhkan penundaan untuk sementara.

Perencanaan terapi disusun dengan mempertimbangkan dan melibatkan peran klien, serta harus mendapatkan persetujuan klien sebelum dilakukan. Perencanaan juga sebaiknya disusun dengan bahasa yang jelas dan ringkas, sehingga klien, keluarga dan petugas lainnya dapat memahami dengan benar. Ringkas yang dimaksud bukan berarti sedikit atau tidak lengkap, namun mencakup hal-hal berikut:

- 1) Bermanfaat dengan indikator-indikator kemajuan yang dapat diukur.
- 2) Fokus pada solusi dan kekuatan klien bukan pada faktor negatif (kekurangan, masalah yang dimiliki, dll).
- 3) Jelas dalam mengidentifikasi jenis intervensi yang akan diberikan kepada klien dan frekuensi dari intervensi tersebut.
- 4) Responsif terhadap perubahan dan kemajuan.

Tabel 3.1 Rincian kegiatan penerimaan awal

Kegiatan	Tujuan	Tahapan	Petugas	Tempat	Waktu	Instrumen	Outcome
Skrining	Melihat ada tidaknya masalah penyalahgunaan narkotika pada klien dan untuk menentukan jenis intervensi.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Menyiapkan tempat dan instrumen yang akan digunakan</li> <li>Pengisian instrumen dilakukan dengan wawancara singkat</li> <li>Pengolahan dan penilaian instrumen untuk menentukan level risiko penggunaan narkotika</li> <li>Hasil skrining tersebut dibacakan, dicatat dan disimpan dalam dokumen penerimaan awal</li> </ul>	pekerja sosial/konselor /petugas kesehatan yang sudah terlatih	Ruang konseling, atau ruangan lain yang kondusif	10 - 15 menit	ASSIST atau DAST 10 (terlampir)	Tersedianya data risiko terhadap masalah penyalahgunaan narkotika
Pengisian Formulir penerimaan awal & <i>Informed Consent</i>	a. Melengkapi data awal yang terdiri dari data pribadi dan demografi klien, informasi terkait layanan program, lembar persetujuan	c. Menyiapkan formulir penerimaan awal dan formulir <i>informed consent</i> , serta ruang yang	Petugas administrasi	Ruang administrasi	30-45 menit	Formulir penerimaan awal Formulir <i>informed consent</i>	Tersedianya data demografi klien Tersedianya data pendukung legalitas layanan

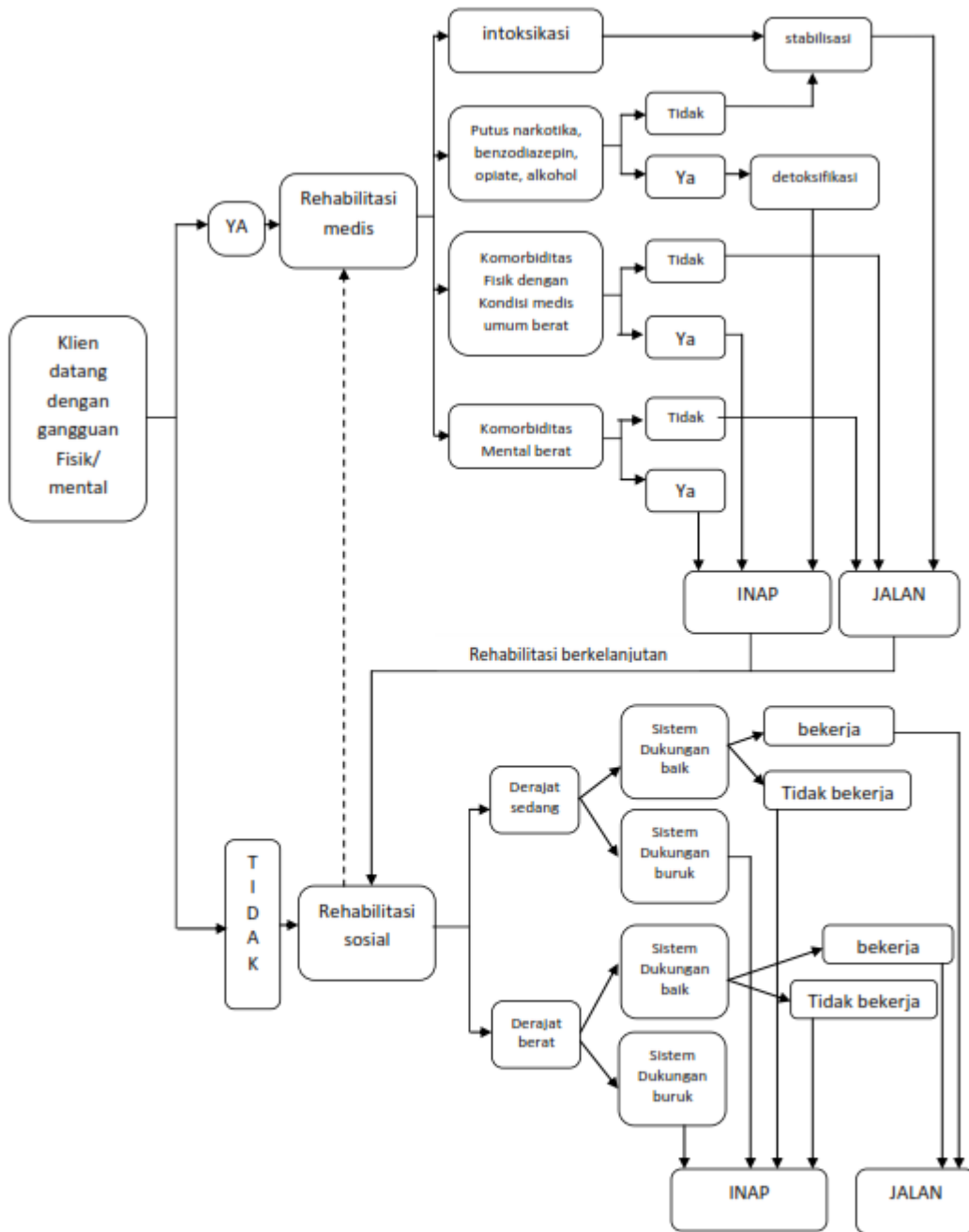
	<p>menjalani perawatan dan persetujuan penanggung jawab dari klien.</p> <p>b. Melindungi klien terhadap segala sesuatu yang akan dilakukan terhadap dirinya tanpa sepengetahuan klien.</p> <p>c. Memberikan perlindungan hukum kepada penyelenggara layanan terhadap akibat yang tak terduga dan kejadian negatif yang berkaitan dengan klien.</p>	<p>akan digunakan untuk pengisian formulir.</p> <p>f. Pengisian formulir penerimaan awal klien dilakukan dengan metode wawancara terstruktur petugas dengan klien.</p> <p>g. Pemberian informasi yang jelas mengenai program rehabilitasi, hak dan kewajiban dari klien maupun penyelenggara layanan,serta tata tertib yang berlaku di layanan rehabilitasi</p> <p>h. Hasil wawancara ditulis dalam formulir penerimaan awal</p> <p>i. Jika klien telah mengerti</p>					
--	--	--	--	--	--	--	--

		dan memahami, klien menandatangani <i>informed consent</i> dan memberi paraf pada lembar tata tertib					
		j. Petugas administrasi yang memberikan informasi tersebut juga menandatangani <i>informed consent</i> .					
Pemeriksaan urin	<p>a. Mendeteksi adanya metabolit narkotika dalam tubuh klien.</p> <p>b. Sebagai penunjang penegakkan diagnosis (hasil) dari skrining dan asesmen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Menyiapkan sarung tangan, alat test UT (6 parameter) dan pot urin.</li> <li>▪ Pada alat tes urin ditulis tanggal pemeriksaan dan kode klien atau nomor.</li> <li>▪ Pada pot urin ditulis kode klien atau nomor.</li> <li>▪ Pengambilan urin dilakukan di toilet yang</li> </ul>	Petugas rehabilitasi yang dibantu petugas keamanan	Toilet	10 menit	Formulir tes urin	<p>a. Tersedianya data gambaran metabolit narkotika yang terdapat dalam tubuh.</p> <p>b. Tersedianya data penunjang hasil skrining dan asesmen</p>

		telah disiapkan sebelumnya dan didampingi oleh petugas.					
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hasil pemeriksaan urin tersebut dibacakan, dicocokkan dengan hasil skrining dan asesmen, dicatat pada formulir tes urin (terlampir) dan disimpan sebagai bukti pemeriksaan urin.</li> </ul>					
Asesmen	<p>a. Mendapatkan informasi gambaran klinis dan masalah yang lebih mendalam dari seorang klien secara komprehensif.</p> <p>b. Menggali kekuatan atau sumber daya klien dalam menanggulangi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Menyiapkan ruangan dan instrumen yang akan digunakan untuk melakukan asesmen</li> <li>▪ Pengisian instrumen dilakukan dengan wawancara semi-terstruktur dengan</li> </ul>	dokter/ perawat/ psikolog/ konselor dan petugas kesehatan yang sudah terlatih/bersertifikat	Ruang konseling atau ruang kelas yang kondusif	45 - 60 menit	ASI modifikasi	<p>a. Tersedianya informasi klinis dan masalah klien secara menyeluruh.</p> <p>b. Mendapatkan informasi mengenai kekuatan dan sumber daya klien untuk menentukan langkah yang tepat dalam menyelesaikan masalah yang</p>

	masalah yang dialami klien.	<p>menggunakan instrumen ASI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pengolahan dan penilaian instrumen</li> <li>▪ Hasil asesmen tersebut, dicatat (dibuat resumanya), dianalisa menjadi rencana rawatan dan disimpan dalam dokumen penerimaan awal</li> </ul>					dialami klien.
Perencanaan terapi	<p>a. Mendapatkan bentuk intervensi yang spesifik dan sesuai dengan kebutuhan masing-masing klien.</p> <p>b. Mengetahui tingkat motivasi atau keinginan klien untuk menjalani program terapi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Menyiapkan data-data yang dibutuhkan : hasil skrining, resume asesmen, data kolateral</li> <li>▪ Menyiapkan ruangan dan form perencanaan terapi (terlampir)</li> <li>▪ Merancang dan membuat perencanaan terapi bersama dengan klien berdasarkan</li> </ul>	Konselor dan petugas asesmen (yang membuat asesmen sebelumnya)	Ruang konseling	30- 45 menit	Form perencanaan terapi SOCRATES atau URICA	<p>a. Tersedianya rencana terapi yang sesuai dengan kebutuhan klien.</p> <p>b. Tersedianya informasi mengenai tingkat motivasi dan kesiapan perubahan dari klien yang mendukung penerapan rencana terapi klien</p>

		<p>keepakatan bersama</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hasil perencanaan terapi tersebut dibacakan, dicatat, ditandatangani oleh klien dan konselor serta disimpan dalam dokumen klien</li> </ul>					
--	--	---	--	--	--	--	--



Gambar 3.3 Alur penatalaksanaan klien berdasarkan



Gambar 3.3 menjelaskan alur penatalaksanaan klien dengan melihat kondisi klinis klien pada saat pertama datang ke tempat layanan. Klien yang mengalami gangguan fisik / mental akan menjalani layanan rehabilitasi medis terlebih dahulu dan kemudian mengikuti rehabilitasi berkelanjutan yaitu layanan rehabilitasi sosial.

Klien yang datang tanpa gangguan fisik/mental dapat langsung mengikuti layanan rehabilitasi sosial. Apabila klien mengalami gangguan fisik/mental saat menjalani rehabilitasi sosial, maka klien dapat mengakses layanan rehabilitasi medis sesuai dengan kondisi klinisnya (garis putus-putus)

### 3.1.2 Monitoring Penggunaan Narkotika

Merupakan metode untuk memeriksa ada tidaknya kemungkinan klien menggunakan narkotika kembali, baik penggunaan sekali-kali atau kambuh (*lapse* atau *relapse*). Monitoring ini perlu dilakukan terutama untuk menilai konsistensi dan kepatuhan terhadap terapi. Pendekatan ini dapat dilakukan pada layanan rawat jalan untuk menilai konsistensi dan kepatuhan dan dapat pula diberikan pada layanan rawat inap terutama setelah klien mendapatkan ijin keluar panti karena suatu keperluan. Metode monitoring penggunaan narkotika yang digunakan dapat berupa tes urine dengan rapid test minimal 6 (enam) parameter (Amp, Met, THC, Heroin, benzodiazepine dan K2) dengan teknik yang sama seperti pada penerimaan awal. Monitoring juga dapat dilakukan dengan metode lapor diri (*self report*) dalam kondisi hubungan terapeutik. Teknis pelaksanaan pemeriksaan urin dapat dilihat pada penerimaan awal. <sup>4</sup>

Pemeriksaan urin merupakan pemeriksaan penunjang yang membantu penegakkan diagnosis. Hasil pemeriksaan urin dipengaruhi oleh waktu penggunaan narkotika terakhir sebelum pemeriksaan urin, dosis/jumlah narkotika yang digunakan dan lama penggunaan narkotika. Penggunaan obat-obatan yang diresepkan oleh dokter baik golongan psikotropika maupun obat golongan lain (misalnya antibiotik, obat antiretroviral, dll) juga

dapat menghasilkan hasil urin narkotika menjadi positif maupun positif palsu, sehingga diperlukan wawancara yang mendetil mengenai riwayat penggunaan narkotika maupun obat-obat yang dikonsumsi oleh klien.

### 3.1.3 Sistem Rujukan

Sistem rujukan adalah suatu tatanan yang terdiri atas kumpulan layanan baik medis dan sosial yang dapat diakses oleh klien sesuai kebutuhan mereka. Sistem rujukan dibangun melalui koordinasi dan jejaring dengan lembaga-lembaga penyedia layanan medis dan sosial yang berkualitas, terjangkau dan ramah pada klien.

Untuk melakukan sistem rujukan, perlu diperhatikan hal-hal sebagai berikut:

- Mengidentifikasi kebutuhan klien sesuai dengan potensi yang dimiliki dan sumber yang tersedia di luar lembaga rehabilitasi serta membantu untuk menggunakan layanan dukungan dan sumber daya lain yang tersedia di masyarakat.
- Klien perlu dirujuk apabila terdapat kondisi klinis yang sulit diatasi baik secara fisik maupun psikiatris dimana penanganannya tidak tersedia pada lembaga rehabilitasi. Sistem rujukan untuk pengguna narkotika lebih kepada fasilitas/layanan yang tersedia, bukan karena klien memerlukan tindakan atau intervensi yang lebih canggih.
- Dalam merujuk klien yang perlu diperhatikan adalah rumah sakit yang kita jadikan rujukan memang menyediakan layanan untuk kasus narkotika karena kadangkala rumah sakit menolak bila mengetahui klien yang dikirim adalah pengguna narkotika. Untuk itu setiap fasilitas kesehatan yang akan merujuk sebaiknya mempunyai informasi mengenai

layanan kesehatan yang bersedia menerima klien dengan penggunaan narkotika seperti misalnya Rumah Sakit Jiwa (RSJ) atau Rumah Sakit Ketergantungan Obat (RSKO).

- Apabila klien yang dirujuk telah mendapatkan perawatan di Rumah Sakit atau lembaga rujukan lainnya, dan kondisi klinis yang sudah stabil maka RS atau lembaga rujukan dapat mengirim kembali ke fasilitas kesehatan/ lembaga rehabilitasi yang mengirim agar program rehabilitasi dapat dilanjutkan. Dengan kata lain sistem rujukan ini dapat terjadi secara timbal balik.

a. Tujuan

- Membantu klien memperoleh akses layanan selengkap-lengkapny sesuai kebutuhan mereka.
- Membangun jejaring pelayanan medis dan sosial dalam rehabilitasi penyalahgunaan narkotika.
- Agar tercapai optimalisasi upaya kesehatan dan psikologis dalam rangka penanganan penyalahgunaan narkotika secara berdaya dan berhasil guna.
- Untuk meningkatkan mutu, cakupan dan efisiensi pelayanan kesehatan dan psikologis secara terpadu.

b. Tahapan Pelaksanaan

- Melakukan pertolongan pertama dan stabilisasi kondisi klien sesuai indikasi medis/psikiatris.
- Petugas memberi penjelasan minimal kepada klien atau keluarganya, yaitu:
  - Alasan dan tujuan dilakukan rujukan.
  - Resiko yang timbul apabila rujukan tidak dilakukan.
  - Transportasi rujukan.

- Resiko atau penyulit yang dapat timbul selama dalam perjalanan.
- Melakukan kontak komunikasi terlebih dahulu dengan institusi yang akan dituju.
- Membuat surat rujukan.
- c. Petugas Pelaksana  
Dokter atau Manager program.
- d. Waktu Layanan  
Sesuai kebutuhan rujukan.

#### 3.1.4 Pengakhiran Program

Pengakhiran program dilakukan setelah klien selesai menjalani proses layanan rehabilitasi dengan mempertimbangkan berbagai hal.

Beberapa indikator yang dapat digunakan adalah <sup>16</sup>:

- 1) Kemajuan dan perubahan perilaku yang dicapai.
- 2) Peningkatan status kesehatan klien selama dalam layanan.
- 3) Penurunan penggunaan zat secara ilegal selama berada dalam layanan.
- 4) Penurunan keterlibatan dalam tindakan kriminalitas selama berada dalam layanan.

Pengukuran-pengukuran indikator-indikator tersebut diatas dapat menggunakan instrumen yang telah terstandarisasi, antara lain :

- 1) *Addiction Severity Index*.
- 2) *WHO Quality Of Life*.
- 3) *Opiate Treatment Index*.
- 4) Instrumen kepuasan klien atas program yang diikutinya pada umumnya menggunakan instrumen terstandarisasi seperti *Treatment Perception Questionnaires* (TPQ).



Pengakhiran program dilengkapi surat-surat kelengkapan administrasi berupa surat keterangan menyelesaikan layanan rehabilitasi komprehensif sesuai hasil dan resume rencana perawatan program rehabilitasi. Selanjutnya klien dapat dilanjutkan ke layanan rawat lanjut atau sesuai hasil asesmen akhir.

#### 3.1.5 Pemantauan Kembali

Pemantauan kembali merupakan upaya dari pusat layanan untuk melihat keadaan klien setelah selesai menjalani program rehabilitasi. Hal ini bertujuan untuk mengetahui efektifitas jangka panjang dari layanan yang telah diberikan. Pemantauan kembali dilakukan secara berkala, yaitu 3 bulan dan 6 bulan terhitung sejak klien selesai menjalani program rehabilitasi. Pemantauan kembali dapat dilakukan dengan menggunakan instrumen *WHO Quality of Life*.

### 3.2 Jenis layanan rehabilitasi

Jenis layanan rehabilitasi dapat berupa rawat jalan ataupun rawat inap berdasarkan kategori penggunaan narkotika yang telah dinilai melalui proses asesmen dengan melihat derajat keparahan pecandu dan korban penyalahgunaan narkotika. Komponen terapi yang diberikan pada layanan rawat jalan dan rawat inap pada dasarnya sama, namun terdapat perbedaan dalam hal frekuensi, durasi serta intensitas terapi yang diberikan.

#### 3.2.1 Rawat Jalan

Merupakan pemberian terapi sesuai dengan diagnosis yang ditegakkan dengan memberikan terapi simptomatis, terapi terkait kondisi fisik/psikis dan intervensi psikososial untuk mencapai



dan mempertahankan kondisi pulih dari gangguan penggunaan zat. Layanan rehabilitasi rawat jalan merupakan rawatan dimana klien tidak tinggal di dalam suatu fasilitas layanan.

- a. Tujuan rehabilitasi rawat jalan adalah membantu klien menuju dan mempertahankan kondisi bebas narkotika (*abstinensia*), meminimalisasi dampak medis, psikiatri dan sosial yang terkait dengan penggunaan narkotika, dan mengurangi risiko kekambuhan, serta meningkatkan fungsi dari klien.
- b. Tahapan pelaksanaan rehabilitasi rawat jalan dijelaskan dalam tabel 3.3
- c. Metode layanan rawat jalan

Layanan rawat jalan dapat diberikan dalam bentuk intervensi medis maupun intervensi psikososial yang sesuai dengan kondisi klien.

Intervensi psikososial yang diberikan ditujukan pada faktor motivasi, psikologis, sosial dan lingkungan yang berkontribusi terhadap penggunaan narkotika dan efektifitas dalam meningkatkan masa abstinensia dan pencegahan kekambuhan. Intervensi psikososial juga dapat digunakan untuk meningkatkan kepatuhan terhadap layanan terapi dan pengobatan farmakologi.

Tabel 3.2 Rekomendasi WHO untuk rawat jalan <sup>17</sup>

Intervensi psikososial termasuk manajemen kontingensi, terapi kognitif perilaku dan terapi keluarga dapat diberikan pada ketergantungan psikostimulan.
Intervensi psikososial berdasarkan terapi perilaku kognitif atau

*motivational enhancement therapy* atau terapi keluarga dapat diberikan pada ketergantungan *cannabis*.

Intervensi terapi perilaku pada anak dan remaja, pelatihan peningkatan keterampilan pada pelaku rawat dapat diberikan pada rawatan gangguan perilaku pada anak dan remaja.

Terapi perilaku kognitif, terapi pasangan, terapi psikodinamik, terapi perilaku, manajemen kontingensi, *motivational intervention*, terapi 12 langkah dapat diberikan pada ketergantungan alkohol.

Tabel 3.3 Tahapan Pelaksanaan Rehabilitasi Rawat Jalan

	Penerimaan Awal	Pelaksanaan Intervensi
Waktu Pelaksanaan	2 – 4 kali pertemuan	8 – 10 kali pertemuan
Kegiatan	Skrining, kelengkapan administratif, penjelasan layanan, asesmen, pemeriksaan kesehatan., perencanaan terapi	Sesi terapi (Konseling individu, kelompok, keluarga)
Tugas Konselor	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memastikan diagnosis, dan menempatkan klien pada program layanan yang sesuai.</li> <li>• Mengevaluasi masalah biopsikosial dan menyesuaikan layanan sesuai dengan kebutuhan klien.</li> <li>• Menentukan kesiapan klien untuk berubah.</li> <li>• Memberikan umpan balik mengenai hasil asesmen dan memformulasikan dalam bentuk perencanaan layanan dan kontrak dengan klien.</li> <li>• Memberi penjelasan mengenai peraturan dalam program layanan dan harapan dari program layanan.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mendampingi klien untuk mengikuti rencana terapi untuk mencapai dan mempertahankan abstinensia.</li> <li>• Mendampingi klien mengidentifikasi pemicu kekambuhan dan mengembangkan strategi untuk menghindari atau mekanisme koping lain untuk menghadapi pemicu kekambuhan.</li> <li>• Mendukung dan memberikan bukti perubahan positif.</li> <li>• Menginisiasi pemeriksaan urin secara acak dan memberikan umpan balik terhadap hasil tes urin.</li> <li>• Mendampingi klien untuk berintegrasi dengan program bantu diri seperti program 12 langkah.</li> <li>• Membantu klien mengembangkan dan memperkuat jejaring sosial yang positif.</li> <li>• Menganjurkan klien untuk berpartisipasi</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Membina hubungan terapeutik antara klien, konselor dan komunitas dalam terapi.</li> <li>• Menyusun jadwal sesi terapi yang akan diikuti oleh klien.</li> <li>• Memulai aktivitas psikoedukasi.</li> <li>• Mengidentifikasi sumber daya yang berpotensi untuk memberi dukungan sosial pada klien.</li> <li>• Mulai menghubungi keluarga dan mengedukasi keluarga (dengan sepengetahuan klien)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• dalam rekreasi atau kegiatan sosial yang positif.</li> <li>• Memberikan edukasi tentang kesehatan.</li> <li>• Melanjutkan asesmen untuk melihat isu lain yang membutuhkan intervensi.</li> <li>• Mengedukasi klien dan keluarga mengenai adiksi, proses pemulihan dan kekambuhan.</li> <li>• Memberikan konseling keluarga.</li> <li>• Memperkenalkan keluarga pada program bantu diri yang sesuai dan mengikuti dengan kelompok dukungan keluarga.</li> </ul>
Hasil yang diharapkan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Membuat suatu kontrak antara konselor dengan klien terkait dengan tujuan terapi yang spesifik, tanggung jawab klien (menghadiri sesi terapi, menjaga kondisi abstinensia, melakukan tes urin), dan upaya dari konselor untuk membantu klien dalam mencapai tujuan terapinya.</li> <li>• Mengatasi krisis.</li> <li>• Membina hubungan terapeutik antara konselor dengan klien.</li> <li>• Mempersiapkan perencanaan terapi bersama dengan konselor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mempertahankan abstinensia.</li> <li>• Menunjukkan kemampuan untuk mempertahankan perubahan perilaku.</li> <li>• Menghilangkan gaya hidup yang sama seperti saat menggunakan narkotika dan menggantikannya dengan aktivitas rutin terkait dengan program layanan dan aktifitas lain yang bebas dari penggunaan narkotika.</li> <li>• Mengidentifikasi pemicu kekambuhan dan mengembangkan strategi pencegahan kekambuhan.</li> <li>• Mengidentifikasi masalah personal dan mulai mengatasinya</li> <li>• Mulai terlibat secara aktif pada layanan bantu diri seperti 12 langkah.</li> </ul>

Kriteria Penyelesaian Tahap	<ul style="list-style-type: none"><li>• Menyelesaikan proses asesmen.</li><li>• Kondisi krisis telah teratasi.</li><li>• Telah menyelesaikan orientasi.</li><li>• Telah menyusun perencanaan terapi.</li><li>• Menghadiri sesi terapi yang telah dijadwalkan secara rutin</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Berhasil mempertahankan kondisi abstinensia selama 30 hari atau lebih.</li><li>• Menyelesaikan tujuan yang telah dibuat dalam perencanaan terapi.</li><li>• Membuat dan mengimplementasi pencegahan kekambuhan dan rencana kelanjutan terapi.</li><li>• Menghadiri sesi terapi secara rutin.</li><li>• Bertahan dalam lingkungan sosial yang positif</li></ul>
-----------------------------------	---	--

### 3.2.2 Rawat Inap

Rawat Inap adalah upaya terapi (intervensi) berbasis bukti yang mencakup perawatan medis, psikososial atau kombinasi keduanya baik perawatan jangka pendek atau panjang. Tujuan rehabilitasi rawat inap adalah: membantu klien menuju dan mempertahankan kondisi bebas narkoba (*abstinensia*) dan memulihkan kondisi fisik, psikologis, dan sosial. Berbagai model penatalaksanaan rehabilitasi rawat inap dapat dilakukan pada sarana pemberi layanan sesuai dengan jenis gangguan penggunaan narkoba dan kebutuhan individu.

#### a. Tujuan

- Mengurangi risiko kekambuhan.
- Mendampingi klien untuk mencapai peningkatan kesehatan, dan kembali berfungsi dalam keluarga, pekerjaan dan sosial.
- Membantu klien mengembangkan relasi interpersonal yang efektif dengan residen lain dan staf dengan meningkatkan/mempelajari keterampilan sosial, mendapatkan kepercayaan diri dan menerima apresiasi atas perilaku positif.
- Membantu klien mempunyai kebiasaan yang baru dan mendukung gaya hidup sehat seperti nutrisi yang baik, pola tidur/bangun yang stabil, monitoring kesehatan berkala dan kepatuhan pengobatan.
- Memberikan kesempatan pada klien untuk mengembangkan keterampilan vokasional agar klien dapat mengendalikan kehidupannya saat kembali ke komunitas.





Gambar 3.4 Alur Layanan Rehabilitasi Rawat Inap Jangka Pendek



Gambar 3.5 Alur Layanan Rehabilitasi Rawat Inap Jangka Panjang

b. Tahapan rehabilitasi rawat inap

Tahapan rehabilitasi dibagi dalam dua tahapan, yaitu tahapan primer dan tahapan sekunder yang dijelaskan lebih lanjut pada tabel 3.4 dan 3.5.

Tabel 3.4 Tahapan primer rehabilitasi rawat inap

Tahapan	Kegiatan	Waktu	Hasil yang
---------	----------	-------	------------

			diharapkan
Primer		1-4 minggu	
Penerimaan awal	Skrining, kelengkapan administratif, asesmen		Memperoleh informasi yang spesifik terkait kondisi biopsikososial klien
Orientasi program	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tur fasilitas layanan, pengenalan singkat peraturan dan tata tertib layanan</li> <li>• Diskusi dengan klien dan keluarga</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien memahami aturan &amp; tata tertib dalam fasilitas layanan</li> <li>• Persiapan psikologis klien untuk pengobatan</li> <li>• Membangun hubungan dengan petugas layanan</li> <li>• Rencana terapi selesai</li> </ul>
Detoksifikasi	Medikasi, terapi simptomatik		Putus narkotika teratasi
Penatalaksanaan komorbiditas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melakukan kajian dan pemeriksaan secara medis</li> <li>• Pengobatan</li> <li>• Rujukan jika dibutuhkan</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kondisi stabil</li> </ul>
Monitoring dan evaluasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kajian ulang dan tinjauan untuk pengobatan lanjut atau rencana pengobatan baru</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Membantu kemajuan dan kemampuan klien secara menyeluruh</li> </ul>

Tabel 3.5 Tahapan sekunder rehabilitasi rawat inap

Tahapan	Kegiatan	Hasil yang diharapkan
---------	----------	-----------------------

Sekunder		3-6 bulan	
Sesi terapi	Konseling individu, sesi kelompok, sesi keluarga		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proses pemulihan berlanjut</li> <li>• Peningkatan keterampilan coping</li> <li>• Peningkatan kepercayaan diri, penghargaan diri dan kesadaran diri</li> <li>• Perbaikan relasi interpersonal dan keluarga</li> <li>• Mampu mengatasi situasi pemicu kekambuhan</li> </ul>
Rekreasi	Permainan – outdoor, indoor Kegiatan keluar (outing)		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meningkatkan kesehatan</li> <li>• Mempererat relasi dengan orang lain di dalam program</li> </ul>
Psikoedukasi	Seminar, loka karya		Peningkatan pengetahuan terkait adiksi, pencegahan kekambuhan dan kesehatan fisik & mental
Spiritual	Seminar, kegiatan spiritual		Penguatan keyakinan dan praktek spiritual
Perawatan kesehatan	Pemeriksaan, pengobatan, rujukan		Peningkatan kondisi kesehatan fisik dan mental
Vokasional	Penyaluran minat dan hobi		Menurunkan stressor psikologis dalam program dan memiliki kegiatan yang mendukung pemulihan.
Rencana Pemulangan	Diskusi dengan klien, keluarga dan orang lain		Transisi yang baik untuk kembali ke kehidupan klien di luar pusat terapi

	yang bermakna bagi klien ( <i>significant other</i> )		
--	---	--	--

c. Metode layanan rawat inap

Layanan rawat inap harus menyediakan lingkungan yang bebas dari narkotika. Regulasi dalam program harus jelas serta struktur aktivitas yang tertata dengan baik. Layanan ini meliputi berbagai modalitas intervensi psikososial baik secara individu maupun kelompok, pelatihan peningkatan keterampilan dan aktivitas rekreasional. Metode intervensi psikososial spesifik yang dapat digunakan termasuk: Terapi perilaku kognitif, *Motivational enhancement terapi*, *social skill training*, *cognitive restructuring technique*. Terapi pencegahan kekambuhan merupakan elemen penting dalam terapi guna persiapan reintegrasi ke komunitas. Intervensi terapi lainnya seperti kesenian dan kreativitas, meditasi, relaksasi dan aktivitas fisik dapat membantu klien menemukan dan mengembangkan hobinya, dan aktivitas rekreasi tersebut dapat dilanjutkan oleh klien setelah ia kembali ke komunitas dan dapat mendukung pemulihannya.

Intervensi yang tidak direkomendasikan adalah: konfrontasi verbal keras atau teknik yang mempermalukan klien, teknik hukuman atau pembatasan klien (termasuk fiksasi fisik), *shock therapy* dan bentuk terapi lain yang mengancam keamanan klien.

Pendekatan terapi rawat inap jangka panjang yang telah secara luas digunakan adalah *Therapeutic Community*,

merupakan bentuk terapi dengan kehidupan komunitas yang menggunakan filosofi bantu diri.

Penyedia layanan dapat menggunakan pendekatan terapi yang berbeda-beda dalam layanan rawat inap, dengan tetap menggunakan komponen terapi yang minimal yang harus dilakukan pada rehabilitasi sosial. Terdapat bentuk layanan lain telah dikembangkan untuk mengatasi gangguan mental yang menyertai dengan karakteristik klinis psikiatri dan medis terintegrasi dengan psikoterapi, terapi keluarga dan intervensi farmakologis. Beberapa model layanan rawat inap lainnya menggunakan pendekatan seperti 12 langkah, spiritual, tradisional

#### BAB IV

#### PROGRAM LAYANAN REHABILITASI MEDIS



Rehabilitasi medis adalah suatu proses kegiatan pengobatan secara terpadu untuk membebaskan pecandu dan korban penyalahgunaan narkotika dari ketergantungan narkotika. Rehabilitasi medis bertujuan untuk mengatasi gangguan fisik yang ditimbulkan akibat gangguan penggunaan narkotika secara langsung, penyakit penyerta yang ditimbulkan akibat gangguan penggunaan narkotika maupun penyakit fisik lain yang dapat menghambat pemulihan. Proses rehabilitasi medis meliputi asesmen, penyusunan rencana rehabilitasi, program rehabilitasi rawat jalan atau rawat inap, dan program pasca rehabilitasi.

Intervensi medis merupakan layanan inti yang diberikan pada program rehabilitasi medis. Salah satunya berupa pemberian farmakoterapi. Pemberian intervensi medis sebaiknya didampingi dengan pemberian intervensi psikososial dengan memperhatikan kondisi klinis klien

Rehabilitasi Medis diberikan kepada pecandu dan korban penyalahgunaan narkotika yang mengalami salah satu atau beberapa kondisi berikut ini:

- a. Gejala putus narkotika dan/atau kondisi keracunan (intoksikasi) yang mengganggu stabilitas fungsi fisik dan psikologis.
- b. Masalah fisik lain yang menghambat keikutsertaan dalam program terapi dan rehabilitasi; dan
- c. Gejala halusinasi, waham dan/atau gejala kejiwaan lain yang mengganggu proses komunikasi dan jalannya terapi rehabilitasi.

#### 4.1. Program layanan minimal

##### 4.1.1. Detoksifikasi

Merupakan proses atau tindakan medis untuk membantu klien dalam mengatasi gejala putus narkotika (*withdrawal*).

Detoksifikasi dilakukan sebagai langkah awal dari proses panjang terapi gangguan penggunaan narkotika dengan cara yang aman dan efektif. Tidak semua klien memerlukan perawatan detoksifikasi dengan rawat inap, hanya pada kondisi putus narkotika berat untuk opioda, benzodiazepin dan alkohol atau adanya komplikasi fisik maupun psikologis. Jenis penatalaksanaan detoksifikasi terdiri dari:

- Minimal:
    - Tindakan putus narkotika bertahap untuk opioda, benzodiazepin dan alkohol.
    - Medikasi simtomatik untuk semua jenis zat.
  - Apabila tersedia sarana dan prasarana yang memadai maka pilihan lainnya untuk detoksifikasi opioda dapat menggunakan metode:
    - Medikasi agonis.
    - Medikasi agonis parsial.
    - Detoksifikasi cepat (menggunakan klonidin dan naltrexon).
- 1) Tujuan.
- Tujuan detoksifikasi adalah mengurangi rasa ketidaknyamanan fisik dan atau psikis akibat dikurangi atau dihentikannya penggunaan zat.
- 2) Pelaksanaan.
- Tahapan pelaksanaan detoksifikasi adalah sebagai berikut:
- a) Anamnesis yang dilakukan sebagai bagian atau lanjutan dari hasil asesmen medis.

- b) Pemeriksaan fisik secara menyeluruh pada klien yang datang meliputi
- Keadaan umum dan tanda-tanda vital (kesadaran, tekanan darah, nadi, suhu).
  - Tanda-tanda intoksikasi atau putus zat.
  - Kepala : mata, hidung, mulut dan tenggorokan.
  - Dada/thorax : paru dan jantung.
  - Perut/Abdomen : lambung, hati dan ginjal.
  - Tungkai atas dan bawah/ekstrimitas: motorik.
  - Kulit : warna, peradangan, pembengkakan, tanda- tanda jejas/bekas suntikan/sayatan, kekenyalan.
  - Tanda-tanda gangguan neurologis : refleks fisiologis dan patologi, kejang, rangsangan.
- c) Pengisian penilaian putus narkotika opioid (untuk ketergantungan opioid).
- d) Pemberian terapi sesuai kondisi pada saat klien datang (merujuk kepada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor422/MENKES/SK/III/2010 tentang Pedoman Penatalaksanaan Medik Gangguan Penggunaan Napza).
- e) Bila gejala tidak teratasi lebih dari satu minggu, lakukan rujukan pada fasilitas layanan kesehatan yang lebih tinggi (untuk pelayanan rawat jalan).
- f) Melakukan pencatatan dan mendokumentasikan hasil anamnesa, pemeriksaan fisik, pemberian terapi yang dilakukan, dan sistem rujukan (apabila dilakukan).
- 3) Petugas Pelaksana.

Dokter dan perawat dengan pelatihan dasar penatalaksanaan medik gangguan penggunaan zat.

4) Waktu Pelaksanaan

Waktu pelaksanaan detoksifikasi adalah maksimal 7 (tujuh) hari, dengan frekuensi kunjungan minimal 2(dua) kali untuk pelayanan rawat jalan dan 7 (tujuh) – 14 (empat belas) hari untuk pelayanan rawat inap.

5) Tempat Pelaksanaan

Sarana dan prasarana pelayanan kesehatan yang memperoleh ijin operasional.

4.1.2 Pelayanan rawat jalan dengan terapi simptomatik

Merupakan layanan terapi yang diberikan secara simptomatik sesuai dengan diagnosis yang ditegakkan. Terapi diberikan secara komprehensif terkait dengan kondisi fisik dan/atau psikis untuk mencapai dan mempertahankan kondisi pulih dari gangguan penggunaan narkotika secara fisik, psikologis, sosial dan spiritual.

Layanan rawat jalan pada rehabilitasi medis dapat dilakukan pada klien dengan kondisi fisik/keadaan umum yang baik, tanpa komplikasi medis maupun gejala kejiwaan.

Apabila narkotika utama yang digunakan adalah opioda maka klien harus berada dalam masa pemulihan dari kondisi putus narkotika atau telah secara aktif menjalani program terapi rumatan sebelumnya.

Tujuan rehabilitasi rawat jalan adalah membantu klien menuju dan mempertahankan kondisi bebas narkotika (*abstinensia*), meminimalisasi dampak medis, gejala kejiwaan dan sosial yang terkait dengan gangguan penggunaan zat, mengurangi risiko kekambuhan, dan meningkatkan fungsi sosial klien.

Pelaksanaan rawat jalan meliputi pemberian intervensi medis dengan didukung pemberian intervensi psikososial yang sesuai dengan kondisi klien. Intervensi medis bisa dilakukan melalui proses detoksifikasi, terapi simptomatik berdasarkan pemeriksaan fisik oleh dokter dan tenaga medis yang berwenang, dan terapi penyakit komplikasi sesuai indikasi. Fasilitas rehabilitasi medis wajib melakukan rujukan jika tidak mampu memberikan perawatan lanjutan dengan persetujuan klien dan keluarga.

Intervensi psikososial difokuskan pada faktor motivasi, psikologis, sosial dan lingkungan yang berkontribusi terhadap gangguan penggunaan zat, meningkatkan masa *abstinensia*, meningkatkan kepatuhan terhadap layanan terapi dan pengobatan farmakoterapi. Selain itu, intervensi psikososial dapat berupa konseling adiksi, wawancara motivasional, terapi perilaku dan kognitif dan pencegahan kekambuhan. Intervensi psikososial ini akan dibahas khusus pada BAB V tentang pelaksanaan rehabilitasi sosial.

#### 4.2 Program Layanan Pilihan

##### 4.2.1 Pelayanan Gawat Darurat Narkotika

Merupakan proses atau tindakan untuk mengatasi kondisi gawat darurat, baik fisik maupun psikis akibat gangguan penggunaan narkotika yang dapat mengancam kehidupan diri sendiri maupun orang lain. Pelayanan gawat darurat gangguan penggunaan narkotika harus dilakukan dengan cepat dan akurat dengan mengikuti prinsip-prinsip bantuan hidup dasar dan penanggulangan kegawatdaruratan. Klien harus dibedakan sesuai dengan kondisi klinis, apakah dalam kondisi emergensi,



non emergensi, akut atau kronis. Secara rinci kondisi klinis klien dibagi menjadi :

- Kondisi Intoksikasi Akut /Overdosis.
- Kondisi Putus narkotika /Putus zat.
- Kondisi Komorbiditas Fisik/Psikiatrik.

Jenis penatalaksanaan gawat darurat :

- Penyelamatan kehidupan (*life saving*).
- Pengendalian kegaduhgelisahan.

1) Tujuan

- Mengatasi keadaan akut (termasuk gaduh gelisah).
- Memberikan bantuan hidup dasar.
- Meminimalisasi angka kecacatan.
- Menurunkan angka kematian akibat kondisi akut yang dialami klien.

2) Pelaksanaan

Penatalaksanaan umum pelayanan gawat darurat sebagai berikut :

- a) Tindakan terfokus pada masalah penyelamatan hidup (*life threatening*) melalui prosedur CAB (*Compressions, Airway, Breathing*) dan menjaga tanda-tanda vital.
- b) Bila memungkinkan hindari pemberian obat-obatan, untuk menghindari adanya interaksi dengan narkotika yang digunakan klien. Apabila

narkotika yang digunakan klien sudah diketahui, maka obat yang tepat dapat diberikan dengan dosis yang adekuat.

- c) Eksplorasi riwayat penggunaan narkotika sebelumnya, baik melalui *auto* maupun *alloanamnesis* (terutama dengan pasangannya). Bila klien tidak sadarkan diri maka perhatikan alat-alat atau barang yang terdapat pada klien.
- d) Sikap dan tata cara petugas merupakan hal yang penting, khususnya bila berhadapan dengan klien yang panik, kebingungan atau psikotik.
- e) Peninjauan kembali besaran masalah penggunaan narkotika pada klien berdasarkan kategori dibawah ini :
  - Klien dengan penggunaan narkotika dalam jumlah banyak dan tanda-tanda vital yang membahayakan berkaitan dengan kondisi intoksikasi. Kemungkinan akan disertai dengan gejala-gejala halusinasi, waham dan kebingungan, tetapi kondisi ini akan kembali normal setelah gejala-gejala intoksikasi mereda.
  - Tanda-tanda vital klien pada dasarnya stabil, namun terdapat gejala-gejala putus narkotika yang diperlihatkan klien. Bila ada gejala-gejala kebingungan atau psikotik maka hal ini merupakan bagian dari gejala putus zat.
  - Klien dengan tanda-tanda vital yang stabil dan tidak memperlihatkan gejala putus

narkotika yang jelas, namun secara klinis menunjukkan adanya gejala kebingungan seperti pada kondisi delirium atau demensia. Mungkin dalam perjalanannya akan timbul gejala halusinasi atau waham, tetapi gejala ini akan menghilang apabila kondisi klinis delirium atau dementia sudah diterapi dengan adekuat.

- Bila tanda-tanda vital klien stabil dan secara klinis tidak ada gejala kebingungan atau putus narkotika secara bermakna, namun menunjukkan adanya halusinasi atau waham dan tidak memiliki *insight* maka klien menderita psikosis.
- f) Pemeriksaan yang perlu dilakukan :
- Pemeriksaan fisik, termasuk pemeriksaan neurologik.
  - Pemeriksaan psikiatrik.
  - Pemeriksaan psikologis.
  - Evaluasi sosial.
  - Pemeriksaan laboratorium : darah perifer lengkap, kimia darah, LFT, fungsi ginjal dan tes urin.
  - Pemeriksaan penunjang lain sesuai kondisi klinis.
- g) Pemberian farmakoterapi sesuai dengan kondisi klien pada saat datang ke pelayanan gawat darurat (Penatalaksanaan kondisi gawat darurat gangguan penggunaan narkotika merujuk kepada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia

Nomor 420/MENKES/SK/III/2010 tentang Pedoman Layanan Terapi Dan Rehabilitasi Komprehensif Pada Gangguan Penggunaan Napza Berbasis Rumah Sakit).

- h) Menentukan rencana terapi lanjutan.
  - i) Melakukan pencatatan dan pendokumentasikan hasil anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, farmakoterapi yang diberikan, dan rencana terapi lanjutan.
- 3) Petugas Pelaksana..  
Petugas pelaksana pelayanan gawat darurat adalah dokter, perawat yang terlatih dan memiliki sertifikat Penanganan Pertama Gawat Darurat (PPGD).
- 4) Tempat Pelaksanaan.  
Instalasi gawat darurat (IGD) sebagai tempat untuk layanan kegawatdaruratan di rumah sakit harus dilengkapi dengan pedoman pelayanan yang baik, sehingga proses pelayanan dapat berjalan dengan baik dan mampu memberikan pelayanan yang memadai. Setiap rumah sakit mempunyai kewajiban memberikan pelayanan gawat darurat kepada klien sesuai dengan kemampuannya dan menjaga standar pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani klien.

#### 4.2.2 Pelayanan rehabilitasi rawat inap

Merupakan upaya terapi (intervensi) berbasis bukti yang mencakup perawatan medis, psikososial atau kombinasi keduanya, baik perawatan jangka pendek maupun jangka panjang. Berbagai model penatalaksanaan rehabilitasi rawat inap

dapat dilakukan pada sarana dan prasarana pemberi layanan sesuai dengan jenis gangguan penggunaan narkotika dan kebutuhan klien.

Tidak semua klien membutuhkan layanan rehabilitasi rawat inap, layanan ini diberikan sesuai dengan indikasi medis seperti kondisi putus narkotika berat untuk heroin, benzodiazepin dan alkohol atau adanya komplikasi fisik maupun psikologis.

Pelaksanaan rehabilitasi rawat inap meliputi detoksifikasi, terapi simptomatik, dan terapi penyakit komplikasi sesuai indikasi. Rehabilitasi ini didukung pula dengan adanya intervensi psikososial melalui konseling individual, kelompok, keluarga, dan vokasional. Dapat pula menggunakan pendekatan filosofi seperti *therapeutic community* (TC) dan/atau metode 12 (dua belas) langkah, serta pendekatan filosofi lain yang sudah teruji secara ilmiah.

Rawat inap dapat dilakukan selama 7 (tujuh) hingga 30 (tiga puluh) hari sesuai dengan indikasi klinis klien. Setelah kondisi fisik/psikiatri klien stabil maka klien dapat mengikuti program rehabilitasi berkelanjutan melalui rehabilitasi sosial.

#### 4.2.3 Penatalaksanaan komorbiditas psikiatri

Merupakan pelayanan *medikopsikiatrik* terhadap gangguan/penyakit kejiwaan yang secara bersamaan dialami oleh klien gangguan penggunaan narkotika dalam suatu periode, baik berupa penyakit primer maupun sekunder yang satu sama lain saling terkait dan dapat memperburuk kondisi klinis klien.

##### 1) Tujuan.

Tujuan penanganan komorbiditas psikiatri adalah mengatasi gangguan/penyakit kejiwaan dan gangguan penggunaan



narkotika secara komprehensif guna meningkatkan kualitas hidup klien.

2) Pelaksanaan.

Pendekatan terintegrasi dalam suatu sistem layanan :

- a) Melakukan skrining untuk gangguan/penyakit kejiwaan dan gangguan penggunaan narkotika.
  - b) Kajian
    - Diperoleh melalui asesmen yang seksama.
    - Penatalaksanaan ulang gejala putus narkotika dan asesmen ulang jika diperlukan.
    - Tanyakan gejala mana yang lebih dulu muncul, apakah gangguan/penyakit kejiwaan dan gangguan penggunaan narkotika terlebih dahulu.
  
    - Observasi kondisi kejiwaan klien sebagai efek setelah melewati fase intoksikasi. Bila gangguan/penyakit kejiwaan akibat diinduksi narkotika, maka akan hilang dengan sendirinya.
  - c) Pemberian farmakoterapi untuk gangguan/penyakit kejiwaan dan gangguan penggunaan narkotika tergantung dari jenis narkotika yang digunakan (merujuk kepada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 422/MENKES/SK/III/2010 tentang Pedoman Penatalaksanaan Medik Gangguan Penggunaan Napza) dalam pengawasan dokter spesialis kedokteran jiwa.
  - d) Rujukan ke Rumah Sakit Jiwa sesuai indikasi.
  - e) Pendokumentasian menggunakan formulir rawatan lanjut.
- 3) Petugas Pelaksana.

Petugas pelaksana penanganan komorbiditas psikiatri adalah psikiater, dokter umum, atau perawat jiwa yang terlatih.

4) Waktu Pelaksanaan

Waktu pelaksanaan penanganan dual diagnosis adalah saat klien datang ke fasilitas layanan.

5) Tempat Pelaksanaan

Tempat pelaksanaan adalah sarana dan prasarana pelayanan kesehatan yang telah memperoleh ijin dengan fasilitas dasar/minimal: ruang pemeriksaan dan instrumen diagnostik psikiatrik atau fasilitas lanjutan: bed fiksasi, alat-alat fiksasi (baju fiksasi, manset fiksasi), ruang isolasi, dan ruang konseling/psikoterapi.

Tabel 4.1 Jenis Layanan Rehabilitasi Medis

	Rawat Jalan	Rawat Inap
Kriteria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diberikan kepada pecandu dan korban penyalahgunaan narkotika dengan tingkat keparahan ringan dan sedang.</li> <li>• Memiliki kondisi fisik/keadaan umum cukup baik.</li> <li>• Tidak mengalami komplikasi fisik dan atau psikiatrik.</li> <li>• Memiliki pola penggunaan narkotika yang sifatnya rekreasional dan situasional.</li> <li>• Apabila narkotika utama digunakan adalah Opioida, maka klien harus berada dalam masa pemulihan dari kondisi putus narkotika atau telah secara aktif menjalani program terapi rumatan sebelumnya.</li> <li>• Klien produktif.</li> <li>• Tersedianya dukungan sosial di rumah atau komunitas bagi klien untuk mendukung pemulihannya.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diberikan kepada pecandu dan korban penyalahgunaan narkotika dengan tingkat keparahan berat.</li> <li>• Memiliki indikasi medis seperti kondisi putus narkotika berat untuk heroin, benzodiazepin dan alkohol.</li> <li>• Adanya penyakit penyerta yang membutuhkan perawatan secara intensif atau memiliki indikasi kegawatdaruratan psikiatri.</li> </ul>

Waktu Pelaksanaan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 jam sesi terapi/minggu</li> <li>• 1-2 jam/sesi terapi</li> </ul>	7 – 14 hari untuk detoksifikasi, dilanjutkan 7 – 14 hari untuk stabilisasi sesuai indikasi klinis klien dan klien dapat melanjutkan program rehabilitasi berkelanjutan dengan mengikuti rehabilitasi sosial.
Pendekatan yang direkomendasikan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proses detoksifikasi.</li> <li>• Terapi simptomatik.</li> <li>• Terapi penyakit komplikasi sesuai indikasi.</li> <li>• Terapi Perilaku Kognitif / <i>Cognitive Behavioral Therapy (CBT)</i>.</li> <li>• Manajemen Kontingensi/ <i>Contingency Management (CM)</i>.</li> <li>• <i>Motivational Interviewing (MI)</i> dan <i>Motivational Enhancement Therapy (MET)</i>.</li> <li>• Keterlibatan anggota keluarga dan <i>Significant Other</i>.</li> <li>• Terapi berorientasi keluarga : <i>Behavioral Couples Therapy, Brief Strategic Family Therapy, Multisystemic Therapy and Multidimensional Family Therapy (MDFT)</i>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proses detoksifikasi.</li> <li>• Terapi simptomatik.</li> <li>• Terapi penyakit komplikasi sesuai indikasi.</li> <li>• Pelayanan gawat darurat medis/psikiatri.</li> <li>• <i>Therapeutic Community</i>.</li> <li>• 12 Langkah</li> <li>• Pendekatan intervensi psikososial yang dilakukan pada rawat jalan juga dapat dilakukan pada rawat inap (CBT, MI, MET, keterlibatan keluarga, terapi berorientasi keluarga).</li> </ul>

Tabel 4.2 Program Layanan Rehabilitasi Medis

NO.	PROGRAM LAYANAN	RAWAT INAP	RAWAT JALAN
A.	Layanan Minimal (dilakukan oleh lembaga)		
	1. Asesmen	√	√
	2. Pelayanan Detoksifikasi	√	
	3. Pelayanan Rawat Jalan dengan Terapi Simtomatik		√
	4. Pelayanan Tes Urine	√	√
B.	Layanan Pilihan (dilakukan sendiri atau rujukan)		
	1. Pelayanan Gawat Darurat	√	

	2. Pelayanan Rehabilitasi Rawat Inap	√	√
	3. Pelayanan Dual Diagnosis	√	

Sumber: Standar pelayanan rehabilitasi bagi pecandu dan korban penyalahgunaan narkotika

BAB V  
REHABILITASI SOSIAL

Rehabilitasi sosial adalah proses refungsionalisasi dan pengembangan yang bertujuan untuk membantu klien menuju dan mempertahankan kondisi bebas narkotika (*abstinensia*) dan memulihkan fungsi fisik, psikologis, sosial dan spiritual agar dapat mengembangkan kemampuan untuk melaksanakan fungsi sosialnya secara wajar dalam kehidupan masyarakat.

Program layanan rehabilitasi sosial dapat dilakukan oleh lembaga sendiri atau melalui proses rujukan dalam bentuk layanan rawat jalan dan/atau rawat inap seperti yang telah diuraikan pada BAB III. Berdasarkan ketersediaan layanan pada penyelenggara rehabilitasi sosial terbagi menjadi 3 kriteria, yaitu:

5.1 Layanan Minimal

Layanan minimal merupakan layanan yang wajib dilakukan sendiri oleh lembaga rehabilitasi narkotika. Layanan minimal berupa penerimaan awal, asesmen, perencanaan terapi, monitoring penggunaan narkotika secara berkala dan intervensi psikososial. Penerimaan awal hingga



monitoring penggunaan narkotika secara berkala telah diuraikan pada BAB III, namun untuk intervensi psikososial akan dijabarkan pada bab ini.

#### Intervensi Psikososial

Intervensi psikososial merupakan layanan inti dari rehabilitasi sosial. Dalam penyelenggaraan rehabilitasi medis, intervensi psikososial bersifat sebagai layanan pendukung yang juga dapat digunakan untuk meningkatkan kepatuhan terhadap layanan terapi dan pengobatan farmakologi. Intervensi psikososial dapat dibagi menjadi:

#### 5.1.1 Terapi Individu

##### 5.1.1.1 Konseling Individu.

Konseling individu merupakan suatu proses interaktif yang berupa dialog tatap muka antara konselor dan klien untuk memecahkan berbagai masalah dan mengembangkan segenap potensi yang dimilikinya dengan berdasarkan pada hubungan kolaboratif.

##### 1) Tujuan.

Membantu klien untuk mempelajari dan memperoleh solusi jangka panjang yang memusatkan terhadap masalah-masalah yang dialaminya melalui pengembangan kemandirian, keterampilan menghadapi masalah, melaksanakan fungsi sosial, dan mengambil keputusan yang baik.

##### 2) Prinsip.

Konseling merupakan sebuah proses pemberdayaan klien untuk mampu mencari solusi atas permasalahan yang dihadapinya, dengan cara :



- Memfasilitasi kebutuhan yang diperlukan klien untuk memahami diri dan permasalahannya.
- Mendukung klien dalam proses perubahan.
- Mengajarkan strategi untuk menghadapi perubahan yang sedang dijalani dan keterampilan yang dibutuhkan untuk mengidentifikasi dan memecahkan permasalahan.

3) Kriteria.

Tabel 5.1 Kriteria Konseling Individu

	Kriteria
Konselor	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memiliki pengetahuan dasar adiksi.</li> <li>• Memahami prinsip dasar konseling.</li> <li>• Memiliki keinginan untuk membantu orang lain.</li> <li>• Memiliki kemampuan interpersonal yang baik.</li> <li>• Dapat bersikap profesional dan menjunjung etika profesional.</li> <li>• Memahami aspek komunikasi non-verbal.</li> </ul>
Klien	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memiliki masalah.</li> <li>• Memiliki pemahaman yang baik terhadap informasi yang diberikan.</li> <li>• Memiliki kemauan untuk berubah.</li> <li>• Dalam kondisi stabil.</li> </ul>

4) Tahapan.

Tabel 5.2 Tahapan Konseling Individu

Tahapan	Langkah-Langkah
---------	-----------------

<b>Awal</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membangun rapport. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengembangkan hubungan yang ditandai dengan keharmonisan, kesesuaian dan kecocokan.</li> <li>• Konselor harus menunjukkan dapat dipercaya dan kompeten menangani masalah klien.</li> </ul> </li> <li>2. Menegosiasikan kontrak <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontrak waktu : lama waktu pertemuan yang disepakati.</li> <li>• Kontrak tugas : berbagi tugas antara konselor dan klien.</li> <li>• Kontrak kerjasama : terbinanya peran dan tanggung jawab antara konselor dan klien.</li> </ul> </li> </ol>
Inti	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelajahi dan mengeksplorasi masalah klien lebih dalam.</li> <li>2. Re-asesmen (penilaian kembali) untuk meninjau kembali permasalahan yang dihadapi.</li> <li>3. Menjajaki dan menaksir tingkat kerumitan masalah.</li> <li>4. Merancang bantuan yang mungkin dilakukan.</li> <li>5. Penggalian potensi klien (internal dan eksternal).</li> <li>6. Merancang bantuan alternatif yang sesuai untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien.</li> </ol>
Akhir	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membuat kesimpulan mengenai hasil proses konseling.</li> <li>2. Menyusun rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan kesepakatan yang telah dibangun.</li> <li>3. Mengevaluasi jalannya proses dan hasil konseling (penilaian segera).</li> <li>4. Membuat perjanjian untuk pertemuan berikutnya.</li> </ol>

## 5) Petugas Pelaksana.

Fasilitator dan pendamping pada pelayanan ini adalah konselor.

6) Frekuensi dan Waktu Layanan.

Layanan diberikan kepada klien sebanyak 1 pertemuan tiap minggu yang diberikan sesuai kebutuhan klien. Waktu layanan yang di berikan 30-50 menit.

5.1.1.2 Wawancara Motivasi.

*Motivational Interviewing* yang selanjutnya disingkat MI adalah teknik konseling yang bertujuan untuk mencapai hasil (*goal oriented*), berpusat pada klien guna mengubah perilaku dengan cara menggali dan menyelesaikan ambivalensi (Miller dan Rollnick, 2006). Wawancara motivasi menggunakan teknik yang direktif, berpusat pada klien dalam membantu mengubah perilaku. Teknik ini dianggap sebagai suatu prosedur wawancara karena menggunakan metode intervensi singkat, sederhana dan dilakukan oleh profesional di bidang adiksi.

1) Tujuan.

Menumbuhkan motivasi klien untuk berubah dan meminimalisir ambivalensi, sehingga mampu mencapai tujuan dari terapi yang diberikan.

2) Prinsip.

Secara umum prinsip dalam MI mengacu pada prinsip- prinsip konseling individu. Beberapa prinsip yang perlu mendapat perhatian dalam MI adalah sebagai berikut:

a) Mengembangkan kesenjangan (*develop discrepancy*).

Dalam mengembangkan kesenjangan, konselor dapat memperjelas tujuan klien. Kemudian dapat mengeksplorasi konsekuensi dan potensi

yang dimiliki oleh klien. Selain itu, konselor perlu membuat jarak secara psikologis dengan klien untuk mempertimbangkan antara perilaku sekarang dengan tujuan hidupnya.

- b) Bergulir dengan resistensi (*rolling with resistance*).

Saat konselor menghadapi kondisi resisten, sebaiknya menghindari konfrontasi dengan klien dan mengajaknya untuk melihat sisi pandang lain dari masalah yang dihadapinya.

- c) Mendukung keyakinan diri (*self-efficacy*).

Konselor diharapkan mampu menguatkan keyakinan yang dimiliki klien untuk berubah. Klien bertanggung jawab untuk memilih dan membawa dirinya untuk berubah, serta membangun alternatif solusi selama klien menghadapi perubahan.

3) Kriteria.

Tabel 5.3 Kriteria Wawancara Motivasi

	Kriteria
Konselor	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memiliki keterampilan di bidang konseling adiksi.</li> <li>• Memiliki kemampuan komunikasi yang baik dengan klien.</li> <li>• Mampu bekerjasama dengan klien selama proses terapi.</li> <li>• Memiliki kemampuan untuk membangun motivasi dan memperkuat komitmen untuk berubah.</li> </ul>
Klien	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tidak mengonsumsi narkotika atau alkohol minimal 2 minggu.</li> <li>• Klien sedang tidak mengalami gangguan fisik.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kondisi emosinya stabil (tidak mengamuk, tidak marah-marah, dan tidak menyakiti diri sendiri).</li> <li>• Klien berada pada tahap pra kontemplasi (belum memikirkan tentang perubahan) atau pada tahap kontemplasi (timbang untuk melakukan perubahan).</li> </ul>
--	---

4) Tahapan.

Tabel 5.4 Tahapan Wawancara Motivasi

Langkah-Langkah Dalam Mempraktekkan Wawancara Motivasi	
1. Menyusun Agenda	Petugas bersama klien menyusun agenda wawancara motivasi yang akan dilakukan.
2. Membantu motivasi untuk berubah	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Tanyakan aspek positif dan negatif dari penggunaan zat.</li> <li>•Tujuan hidup klien.</li> <li>•Tujuan terapi.</li> <li>•Keputusan apa yang akan diambil klien.</li> </ul>
3. Memperkuat komitmen untuk mengubah diri	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Pahami kesiapan klien untuk berubah dengan pertanyaan mengenai ketetapan hatinya, mengkomunikasikan beberapa pilihan, mengendalikan resistensi dan rekapitulasi</li> <li>•Tanda-tanda klien sudah berubah, resistensi berkurang, dan diskusi seputar masalah adiksi berkurang.</li> </ul>
4. Memantau perubahan dan mendukung perkembangan	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Memantau perkembangan.</li> <li>•Memperbaiki motivasi.</li> <li>•Mengulang-ulang</li> </ul>



	komitmen. • Mempersiapkan terapi lanjutan.
--	--

5) Petugas Pelaksana.

Fasilitator dan pendamping pada pelayanan ini adalah pekerja sosial atau konselor, dokter, perawat, dan psikolog yang sudah terlatih.

6) Frekuensi dan Waktu Layanan.

Layanan diberikan kepada klien sebanyak 1 (satu) pertemuan tiap minggu yang diberikan sesuai kebutuhan klien. Waktu layanan yang di berikan 30-50 menit.

5.1.1.3 Terapi Perilaku dan Kognitif

*Cognitive Behavioral Therapy* (selanjutnya disebut CBT) merupakan salah satu bentuk psikoterapi yang didasarkan pada model kognitif dimana pikiran, perasaan dan perilaku saling berhubungan. Seseorang dapat mengatasi masalah dan mencapai tujuan yang diharapkan dengan mengidentifikasi dan mengubah pikiran yang tidak tepat, perilaku bermasalah dan respon emosionalnya. CBT mengajak individu untuk belajar mengubah perilaku, menenangkan pikiran dan tubuh sehingga merasa lebih baik, berpikir lebih jelas dan membantu membuat keputusan yang tepat. Sehingga diharapkan dapat membantu seseorang dalam menyelaraskan berpikir, merasa dan bertindak.

1) Tujuan

Tujuan yang diharapkan dapat dicapai dengan menerapkan CBT, antara lain:

- Mengajarkan, menggali, dan mendukung klien tentang cara menurunkan/ menghentikan dampak buruk penggunaan zat.

- Membantu klien mempertahankan abstinen (relapse prevention).
- Membantu klien menyelesaikan masalah.
- Memperkuat keyakinan diri, yakni klien mampu mengenal kekuatan-kekuatan dan meyakini bahwa perubahan adalah sesuatu yang mungkin dilakukan.

2) Prinsip

Prinsip-prinsip dasar yang ada dalam CBT yaitu adanya:

a. Perilaku yang dipelajari.

CBT didasarkan pada teori pembelajaran sosial, yang beranggapan bahwa individu mulai menggunakan narkoba dengan mempelajarinya melalui proses modeling dan kondisioning.

b. Analisis Fungsional.

Digunakan untuk mengidentifikasi pikiran, perasaan, dan menganalisis dengan seksama situasi pada saat klien menggunakan narkoba, serta keterampilan dan sumber daya yang dimiliki klien pada situasi tersebut. Sehingga klien dan konselor akan mampu menilai situasi beresiko tinggi yang perlu dihindari atau diatasi klien. Analisis fungsional dapat disusun pada beberapa sesi di awal terapi dengan mengeksplorasi tentang riwayat penggunaan narkoba, hambatan yang dihadapi klien untuk mengubah perilaku adiksi, serta keterampilan dan kekuatan yang dimiliki oleh klien. Untuk mendapatkan informasi mengenai situasi sebelum hingga sesudah klien menggunakan narkoba dapat menggunakan pertanyaan yang

meliputi 5W (*when, where, why, with/ from whom, what happened*), yaitu:

- *When* – waktu – kapan klien menggunakan dan membeli narkoba.
- *Where* – tempat – dimana klien menggunakan dan membeli narkoba.
- *Why* – alasan – tanda-tanda yang dapat memicu 'nagih'.
- *With/ from whom* – dengan siapa – dengan siapa klien menggunakan narkoba atau dari siapa membeli narkoba.
- *What happened* – efek dari narkoba – keuntungan fisiologis dan psikologis (apa yang terjadi).

c. Latihan Keterampilan

Dalam CBT, klien diajarkan keterampilan yang belum atau sudah dikuasai namun perlu diingatkan kembali. Untuk itu diperlukan waktu dan pengulangan. Klien diajarkan kembali, diulang, melakukan kesalahan, mengidentifikasi kesalahan, dan mencoba lagi sehingga akhirnya menguasai keterampilan yang diajarkan dan dapat menggunakannya sewaktu-waktu secara otomatis. Pelatihan keterampilan akan lebih efektif bila klien mempraktekkannya dalam kehidupan sehari-hari atau dalam kegiatan rutin klien.

3) Kriteria

Tabel 5.5 Kriteria CBT

	Kriteria
Konselor	Mempunyai kemampuan yang lebih untuk dapat berperan sebagai guru, pelatih, pemandu bagi klien untuk pulih dapat menjadi nilai lebih.
Klien	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien yang memiliki gangguan psikotik atau bipolar dan tidak distabilkan dengan medikasi, atau dikenal dengan dual diagnosis berat.</li> <li>• Klien yang tidak tetap tempat tinggalnya.</li> <li>• Klien yang masih menderita penyakit medis, sesuai dengan diagnosa medis, kecuali masalah ini dapat diselesaikan terlebih dahulu.</li> <li>• Klien yang menggunakan berbagai jenis narkotika atau <i>poli drugs</i>.</li> </ul>

## 4) Tahapan

CBT dilaksanakan dalam waktu 60 menit untuk setiap sesinya dimana diterapkan aturan 20/20/20 seperti yang dijelaskan dalam tabel 5.6.

Tabel 5.6 Tahapan CBT

Sesi	Langkah-Langkah
20 menit ke-I	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Konselor melakukan penilaian terhadap klien. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memberi salam dan menanyakan kabar klien.</li> <li>• Meminta klien untuk menceritakan riwayat penggunaan, <i>craving</i>, perilaku maladaptif yang dialami dalam seminggu terakhir.</li> <li>• Menggali berbagai situasi resiko tinggi atau <i>craving</i> yang dialami.</li> <li>• Apabila klien datang terlambat, tanyakan alasan keterlambatan dan membantu klien untuk menyelesaikan masalahnya.</li> </ul> </li> <li>2. Mendengarkan apa yang menjadi kekuatiran klien saat ini</li> </ol>



	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mendengarkan dan mengklarifikasi jika diperlukan.</li><li>• Pikirkan topik yang akan disampaikan yang berhubungan dengan kondisi yang dialami klien pada saat melakukan terapi.</li></ul> <p>3. Mendiskusikan penerapan latihan keterampilan.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Menanyakan kepada klien bagaimana pengalamannya dalam menjalankan latihan keterampilan yang diberikan.</li><li>• Fokus utama adalah apa yang klien pelajari tentang diri sendiri dalam menjalankan latihan yang diberikan.</li></ul>
20 menit ke-II	<p>1. Mengenalkan topik.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Memperkenalkan topik baru atau meninjau ulang topik yang sebelumnya.</li></ul> <p>2. Menghubungkan topik dengan masalah yang sedang dihadapi saat ini.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Menunjukkan langsung hubungan antara topik dalam sesi yang sedang berlangsung dengan masalah klien saat ini dan menggunakan contoh-contoh nyata dari pengalaman yang dialami klien saat ini.</li></ul> <p>3. Mendalami reaksi-reaksi klien.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Menanyakan contoh nyata dan umpan balik dari klien.</li><li>• Memunculkan pandangan klien mengenai bagaimana klien menggunakan keterampilan tertentu.</li><li>• Meminta klien menggambarkan topik atau keterampilan yang diberikan.</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>• Memberi perhatian atau tanda-tanda yang ditunjukkan oleh klien baik verbal maupun non verbal.</li></ul>
20 menit ke-III	<p>1. Menugaskan latihan yang ditugaskan.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Diskusi tentang latihan yang akan diberikan dan pastikan klien memahaminya.</li><li>• Menggunakan lembar kerja yang berisi rangkuman catatan hal-hal penting dalam setiap topik untuk didiskusikan setiap minggunya.</li></ul>

	<p>2. Antisipasi situasi resiko tinggi.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengidentifikasi dan menemukan keterampilan coping yang memungkinkan untuk dilakukan saat klien menghadapi situasi resiko tinggi.</li> </ul>
--	---

Topik keterampilan yang dapat diberikan adalah sebagai berikut:

- a. Mengatasi sugesti (*craving*).
- b. Memelihara motivasi dan komitmen untuk berhenti (membantu mengatasi ambivalensi).
- c. Keterampilan menolak – ketegasan/asertif.
- d. Mengerti tentang keputusan yang tampaknya tidak relevan/ berimbas langsung terhadap penggunaan zat.
- e. Membuat rancangan untuk mengatasi masalah secara menyeluruh (mengantisipasi situasi beresiko tinggi).
- f. Mengatasi masalah .
- g. Manajemen kasus (masalah psikososial).
- h. Mengurangi resiko HIV.

5) Petugas Pelaksana.

Fasilitator dan pendamping pada pelayanan ini adalah pekerja sosial atau konselor, dokter, perawat, dan psikolog yang sudah tersertifikasi.

6) Frekuensi dan Waktu Layanan.

Layanan diberikan kepada klien sebanyak 1 pertemuan tiap minggu yang diberikan sesuai kebutuhan klien. Waktu layanan yang di berikan 30-60 menit.

5.1.1.4 Pencegahan Kekambuhan.

Pengertian tentang kekambuhan, yaitu:

- Suatu proses yang berkaitan erat dengan cara berfikir dan persepsi terhadap narkoba.
- Aktif menggunakan kembali narkoba secara berulang dalam proses pemulihan.
- Tindakan nyata untuk mengulangi kembali pemakaian narkoba, atau hasil dari perubahan dalam persepsi, pikiran, perasaan, emosi dan perilaku.

Mencegah terjadinya kekambuhan atau biasa disebut dengan *relapse*. *Relapse* merupakan salah satu isu dari pelaksanaan program rehabilitasi. Kecenderungan klien untuk slip atau *relapse* selama proses rehabilitasi merupakan satu hal yang penting untuk direspon dan segera ditangani dengan tepat sesuai dengan kasus masing-masing klien. Untuk itu diperlukan keahlian konselor dan klien dalam menyikapi kecenderungan tersebut. Keterampilan yang perlu dimiliki oleh konselor seperti memahami gejala-gejala awal terjadinya *relapse* dan cara mengatasinya melalui konseling. Sebaliknya keterampilan yang perlu dimiliki oleh klien seperti memahami konsep diri terkait dengan pemicu kekambuhan. Keterbukaan untuk memahami bahwa dirinya bermasalah dan memerlukan bantuan orang lain. Sinergitas antara konselor dan klien yang baik akan mendukung proses pemulihan dan saat yang baik bagi klien untuk introspeksi diri.

1) Tujuan.

Tujuan pencegahan kekambuhan adalah:

- Mencegah klien yang sudah pulih kembali menggunakan zat.
- Mempertahankan pemulihan seumur hidup.

## 2) Strategi.

Dalam melaksanakan pencegahan kekambuhan, dapat dilakukan beberapa strategi antara lain:

- Tingkatkan komitmen untuk berubah (misalnya dengan wawancara motivasi).
- Identifikasi situasi resiko tinggi yang menimbulkan kekambuhan (kapan, dimana, dengan siapa dan bagaimana penggunaan narkoba dapat terjadi).
- Mengajarkan kemampuan menghadapi masalah (*coping skill*), misalnya keterampilan sosial, manajemen diri, dan monitoring diri dari penggunaan zat.

- Mengembangkan strategi untuk menghadapi situasi yang dapat menyebabkan terjadinya kekambuhan.

Adapun strategi yang dapat dilakukan antara lain:

- Apa yang harus dilakukan klien pada suatu kejadian yang dapat menimbulkan kekambuhan?
- Dimana klien mendapatkan dukungan?
- Apa peran yang dapat diberikan dari teman atau keluarga?
- Seberapa cepat klien harus membuat perjanjian untuk kembali ke tempat rehabilitasi ?

## 3) Pelaksanaan

- Menggunakan wawancara motivasi untuk meningkatkan komitmen untuk berubah.
- Melakukan identifikasi risiko kekambuhan pada klien (kapan, dimana, dengan siapa, dan bagaimana penggunaan narkoba terjadi).



- Mengajarkan kemampuan menghadapi masalah (*coping skill*) seperti manajemen diri, monitoring diri dalam pemakaian zat, dan keterampilan sosial.
  - Gali kondisi keluarga dan lingkungan untuk mengembangkan strategi dalam menghadapi situasi yang rentan terjadinya kekambuhan.
  - Proses tidak dapat dilakukan hanya dengan satu kali pertemuan, buatlah kontrak seberapa cepat klien harus datang kembali untuk sesi lanjutan.
- 4) Petugas Pelaksana  
Fasilitator dan pendamping pada pelayanan ini adalah pekerja sosial atau konselor, dokter, perawat, dan psikolog yang sudah tersertifikasi.
- 5) Frekuensi dan Waktu Layanan  
Layanan diberikan kepada klien sebanyak 1 pertemuan tiap minggu yang diberikan sesuai kebutuhan klien. Waktu layanan yang di berikan 30-50 menit.

#### 5.1.2 Terapi Kelompok.

Merupakan suatu proses antar pribadi yang dinamis terpusat pada pikiran dan perilaku yang disadari, dibina dalam suatu kelompok kecil, mengungkapkan diri kepada sesama anggota dan pendamping. Komunikasi antar pribadi tersebut dapat dimanfaatkan untuk meningkatkan pemahaman dan penerimaan diri terhadap nilai-nilai kehidupan, dan segala tujuan hidup, serta untuk belajar perilaku tertentu kearah yang lebih baik.

Tujuan Terapi Kelompok adalah:



- Melatih klien agar berani bicara di hadapan orang banyak dengan dimulai dari kelompok kecil.
- Melatih klien dapat bertoleransi dengan temannya.
- Mengembangkan bakat dan minat masing-masing.
- Menyelesaikan permasalahan yang dihadapi oleh pribadi dan kelompok.
- Melatih klien untuk berani berbagi pengalaman dalam kelompok.
- Mengembangkan kemampuan klien dalam bersosialisasi khususnya melatih kemampuan untuk berkomunikasi.
- Kendala atau gangguan dalam sosialisasi maupun komunikasi dapat diungkapkan dan dikelola dengan berbagai teknik, sehingga kemampuan tersebut dapat berkembang secara optimal.

Tabel 5.7 Tahapan Terapi Kelompok

Tahapan	Langkah-Langkah
Awal	1. Membuka dan menyambut: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menyapa peserta dengan hangat.</li> <li>- Memulai sesi tepat waktu.</li> <li>- Memperkenalkan anggota baru.</li> <li>- Membuat pengumuman.</li> <li>- Ritual pembukaan.</li> </ul> 2. Check -In: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Meninjau sesi terakhir.</li> <li>- Tindak lanjut pekerjaan rumah.</li> <li>- Menanyakan perasaan anggota kelompok saat ini.</li> </ul> 3. Tinjau norma dan aturan kelompok.
Inti	Merupakan kerja aktif dari kelompok sesuai dengan bentuk kelompok.
	1. Meringkas pekerjaan kelompok atau meminta kelompok untuk meringkas. 2. Memberikan atau memperkuat tugas-tugas

Akhir	pekerjaan rumah. 3. Afirmasi pekerjaan yang telah dilakukan kelompok. 4. Mintalah kelompok untuk afirmasi lain. 5. Ritual penutupan.
-------	---

5.1.2.2 Kelompok Psikoedukasi.

Pertemuan kelompok ini memberi edukasi kepada klien mengenai gangguan penggunaan zat, perilaku, konsekuensi yang terkait dengan gangguan tersebut, dan keterampilan hidup.

1) Tujuan

- Membantu individu yang berada pada fase prekontemplasi dan kontemplasi dari tahapan perubahan untuk melihat dampak penggunaan narkoba dalam kehidupannya. Memunculkan kebutuhan untuk mencari bantuan dari dalam dirinya dan melihat kesempatan untuk memulai perubahan.
- Membantu klien yang berada pada tahap awal pemulihan untuk mempelajari gangguan yang dialami. Membantu klien untuk mengenali hambatan dalam pemulihannya dan memulai berjalan menuju pemulihannya.
- Memberi saran kepada klien mengenai sumber daya keterampilan yang dapat membantu proses pemulihan. Membuat klien mengenal program bantu diri dan mempelajari keterampilan seperti relaksasi dan *anger management*.

2) Teknik Pelaksanaan.

- Membuat suasana yang nyaman sehingga klien ikut berpartisipasi aktif dalam diskusi.
- Fasilitator menghargai setiap interaksi yang terjadi dalam kelompok.
- Menggunakan metode belajar yang dengan memberi stimulus sensoris (mendengar, melihat, menyentuh, dan pergerakan).
- Menyadari adanya gangguan kognitif pada klien yang disebabkan karena penyalahgunaan narkotika. Klien dengan gangguan penggunaan narkotika mengalami gangguan *neurofisiologis* pada fase awal pemulihan.
- Topik yang disampaikan dapat disesuaikan dengan tahap pemulihan klien, yang diuraikan pada tabel 5.8

Tabel 5.8 Topik Psikoedukasi sesuai dengan Tahap Pemulihan Klien

Pengenalan terapi	Pemulihan awal	Pemulihan yang sedang berjalan
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Belajar strategi untuk berhenti menggunakan narkotika.</li> <li>- Motivasi untuk berhenti.</li> <li>- Tahapan perubahan.</li> <li>- Tanda dan gejala putus zat.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Penyakit dan pemulihan, khususnya efek fisik akibat putus zat.</li> <li>- Gejala putus zat.</li> <li>- Efek penyalahgunaan narkotika.</li> <li>- Belajar kegiatan alternatif.</li> <li>- Tahap-tahap</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memahami proses relaps, tanda-tanda awal dan langkah-langkah yang bisa dilakukan untuk mengurangi risiko.</li> <li>- Mengembangkan keterampilan hidup seperti manajemen konflik dan manajemen waktu.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Belajar untuk menghilangkan pikiran tentang penyalahgunaan.</li> <li>- Penataan waktu pribadi untuk menggantikan cara penggunaan waktu yang sebelumnya dipakai untuk menggunakan narkotika.</li> <li>- Keuntungan dan kerugian mendapatkan terapi.</li> <li>- Mengatasi situasi berisiko tinggi.</li> <li>- Memahami kelompok saling bantu.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>pemulihan dan rawatan berkelanjutan.</li> <li>- Hubungan dengan keluarga.</li> <li>- Identifikasi pemicu kekambuhan.</li> <li>- Memahami <i>craving</i>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meningkatkan keterampilan manajemen koping dan keterampilan stress manajemen.</li> <li>- Mengelola <i>craving</i>.</li> <li>- Mengatasi <i>trigger</i>.</li> <li>- Menanggapi slip.</li> <li>- Pentingnya kelompok dukungan.</li> <li>- Pentingnya waktu luang, mencari kegiatan jangka panjang.</li> </ul>
---	--	--

3) Petugas Pelaksana

Fasilitator dan pendamping pada pelayanan ini adalah pekerja sosial atau konselor.

4) Frekuensi dan Waktu Layanan

Layanan diberikan kepada klien sebanyak 1 (satu) pertemuan tiap minggu yang diberikan sesuai kebutuhan klien. Waktu layanan yang di berikan 30-50 menit.

5.1.2.3 Kelompok Peningkatan Keterampilan (Koping)

Pertemuan kelompok ini menggunakan orientasi kognitif-perilaku. Banyak dari pertemuan kelompok ini juga memasukkan elemen psikoedukasi, namun demikian peningkatan keterampilan menjadi tujuan utama dari

pertemuan kelompok ini. Proses mempelajari serta menerapkan keterampilan yang baru bukan merupakan proses yang mudah. Pada klien yang pasif dan kurang asertif membutuhkan usaha yang lebih keras untuk melindungi dirinya.

1) Tujuan.

- Mengembangkan keterampilan yang dibutuhkan oleh klien untuk mencapai dan mempertahankan pemulihan.
- Mengasumsikan kekurangan keterampilan hidup (*life skill*) yang dimiliki klien.
- Klien dapat mempraktekkan keterampilan yang diberikan dan melihat bagaimana orang lain dalam kelompok melakukannya melalui role play dan mendapat *reinforcement* positif saat melakukannya dengan benar.
- Keterampilan yang diberikan dapat secara langsung terkait pada penggunaan narkotika atau yang lebih luas pada area pemulihan.

2) Teknik Pelaksanaan.

- Teknik yang digunakan bergantung pada keterampilan yang diajarkan.
- Fasilitator lebih peka terhadap upaya dari masing-masing klien.
- Tetap memberi harapan yang positif dan mendukung klien yang terlihat sulit untuk mempelajari keterampilan yang sedang diajarkan.
- Fasilitator harus sudah dilatih terlebih dahulu untuk keterampilan yang akan diajarkan.

3) Petugas Pelaksana.



Fasilitator dan pendamping pada pelayanan ini adalah pekerja sosial atau konselor.

4) Frekuensi dan Waktu Layanan.

Layanan diberikan kepada klien sebanyak 1 pertemuan tiap minggu yang diberikan sesuai kebutuhan klien. Waktu layanan yang di berikan 30-50 menit.

5.1.2.4 Kelompok Kognitif Perilaku

Pertemuan kelompok ini sudah diakui sebagai bagian dari bidang pengobatan gangguan penggunaan narkotika dan kelompok ini sesuai untuk klien yang berada dalam pemulihan awal.

1) Tujuan

- Mengkonsepkan bahwa ketergantungan adalah perilaku yang dipelajari dan dapat dimodifikasi melalui berbagai intervensi seperti mengidentifikasi stimulus kondisi yang terkait dengan perilaku adiksi, menghindari stimulus tersebut, mengembangkan strategi manajemen kontingensi dan respon desensitisasi.
- Mengubah perilaku dengan mengubah pola pikir, keyakinan dan persepsi klien.
- Mengembangkan jejaring sosial yang dapat mendukung kondisi *abstinensia* agar klien menjadi lebih waspada terhadap perilaku yang dapat mengarah menuju kekambuhan dan

mengembangkan strategi dalam mempertahankan pemulihan.

- Memasukkan berbagai elemen psikologis seperti pikiran, keyakinan, keputusan, pendapat dan asumsi. Mengubah kognisi dan keyakinan dapat mempertahankan pemulihan lebih baik.

2) Teknik Pelaksanaan.

- Mengajarkan anggota kelompok untuk memikirkan kembali tentang perilaku yang merusak diri dan berpikir kearah perilaku yang maladaptive yang sebelumnya mereka lakukan.
- Fokus pada pemecahan masalah. Membuat tujuan jangka pendek dan jangka panjang.
- Membantu klien untuk memonitor perasaan dan perilaku, khususnya yang terkait dengan penggunaan zat.

3) Petugas Pelaksana.

Fasilitator dan pendamping pada pelayanan ini adalah pekerja sosial atau konselor.

4) Frekuensi dan Waktu Layanan.

Layanan diberikan kepada klien sebanyak 1 pertemuan tiap minggu yang diberikan sesuai kebutuhan klien. Waktu layanan yang di berikan 30-50 menit.

5.1.2.5 Kelompok Dukungan

Kelompok dukungan berasal dari klien yang memiliki masalah yang sama dalam bidang adiksi. Kelompok ini menyadari bahwa perubahan pola hidup merupakan tujuan jangka panjang dari pemulihan dan kelompok dukungan berperan

penting dalam perubahan pola hidup tersebut. Fokus dalam kelompok ini bervariasi, pada awal pemulihan kelompok dapat membahas mengenai penyelesaian masalah (*problem solving*) dalam mencapai kondisi *abstinensia* dan bagaimana mengatur kehidupan sehari-hari.

1) Tujuan.

- Menyediakan lingkungan yang aman bagi klien yang khawatir dengan lingkungannya.
- Mendukung upaya klien untuk mengembangkan dan memperkuat kemampuannya dalam mengendalikan pikiran dan emosinya, serta memperbaiki keterampilan interpersonal seiring dengan pemulihannya.
- Mengatasi masalah pragmatis seperti mempertahankan kondisi *abstinensia* dan mengelola kehidupan sehari-hari.
- Meningkatkan harga diri dan kepercayaan diri klien. Fasilitator serta anggota dalam kelompok memberi dukungan seperti membantu klien untuk menghindari perilaku menyendiri, memberikan kata-kata yang positif terhadap kontribusi klien.

2) Teknik Pelaksanaan.

- Fasilitator tidak terlalu banyak memberikan arahan.
- Memfasilitasi diskusi antar anggota dalam kelompok, mempertahankan batasan yang sesuai dalam kelompok, membantu kelompok mengatasi kendala dan konflik, serta menunjukkan penerimaan dan penghargaan terhadap tiap anggota kelompok.

- Memastikan bahwa gesekan interpersonal dalam kelompok tidak menghambat perkembangan kelompok maupun anggota kelompok.

3) Petugas Pelaksana

Fasilitator dan pendamping pada pelayanan ini adalah pekerja sosial atau konselor.

4) Frekuensi dan Waktu Layanan

Layanan diberikan kepada klien sebanyak 1 pertemuan tiap minggu yang diberikan sesuai kebutuhan klien. Waktu layanan yang di berikan 30-50 menit.

#### 5.1.2.6 Kelompok Proses Interpersonal

Kelompok ini hanya dapat difasilitasi oleh profesional yang terlatih dengan psikoterapi. Pendekatan terapeutik dari kelompok proses interpersonal fokus pada penyembuhan dengan cara mengubah intrapsikik (dalam diri seseorang) dan dinamika interpersonal (hubungan dengan orang lain). Pada individu yang mengalami ketergantungan narkoba, kelompok ini mengangkat dan mengevaluasi isu perkembangan dasar seperti identifikasi pola relasi yang tidak tepat, sejak kapan klien menjadi disfungsi, dan pola destruktif yang muncul. Meningkatkan kemampuan peserta untuk membentuk pola relasi yang baik dengan orang lain.

1) Tujuan.

- Menyadari bahwa kekuatan konflik dalam pikiran yang mungkin tidak disadari oleh klien mempengaruhi/ menentukan perilaku klien.

- Menjelaskan pengaruh perkembangan seseorang yang dimulai sejak masa kanak dan pengaruh lingkungan terhadap individu yang memiliki kerentanan genetik dan karakteristik biologis lain.
- 2) Teknik Pelaksanaan.
- Mengeksplorasi isu perkembangan, mencari pola yang berkontribusi terhadap adiksi atau yang dapat mengganggu pemulihan. Kelompok menjadi tempat untuk melihat bagaimana klien berelasi dengan orang lain dalam kehidupan mereka.
  - Menggunakan psikodinamik, bagaimana orang berfungsi secara psikologi untuk meningkatkan perubahan dan pemulihan.
  - Berpegang pada prinsip "*here and now*" dalam interaksi antar peserta. Hal lain yang juga perlu diperhatikan adalah kejadian di luar sesi atau telah lampau.
  - Fasilitator memperhatikan pola relasi yang muncul dalam kelompok sebagai perwujudan dari pola relasi seseorang pada masa lalunya. Contoh jika klien memiliki problem dengan kemarahan, maka mungkin problem ini akan muncul kembali dalam sesi kelompok.
  - Memonitor bagaimana peserta berelasi satu dengan lainnya. Bagaimana tiap peserta berfungsi secara psikologis dan emosi. Bagaimana kelompok tersebut berfungsi.
- 3) Petugas Pelaksana.



Fasilitator dan pendamping pada pelayanan ini adalah profesional (psikiater atau psikolog) yang telah terlatih dalam psikoterapi.

4) Frekuensi dan Waktu Layanan.

Layanan diberikan kepada klien sebanyak 1 pertemuan tiap minggu yang diberikan sesuai kebutuhan klien. Waktu layanan yang di berikan 30-50 menit.

5.1.2.7 Kelompok Pencegahan Kekambuhan.

Pertemuan kelompok *relapse prevention* memfokuskan dalam membantu klien untuk mempertahankan *abstinensia* atau pulih dari kondisi relapse. Klien harus mencapai periode abstinensia terlebih dahulu sebelum mengikuti pertemuan kelompok ini. Pertemuan kelompok ini sesuai bagi klien yang sudah dalam kondisi abstinensia namun sulit untuk mempertahankan kondisi tersebut.

1) Tujuan.

- Membantu klien mempertahankan pemulihan dengan menyediakan informasi keterampilan dan mengembangkan untuk mengidentifikasi dan mengelola situasi berisiko tinggi.
- Meningkatkan kemampuan klien untuk mengelola situasi berisiko dan menstabilkan gaya hidup klien melalui perubahan perilaku.
- Fokus pada aktifitas, pemecahan masalah dan mengembangkan keterampilan.
- Meningkatkan rasa pengendalian diri pada klien.
- Mengeksplorasi dan mengembangkan menyelesaikan masalah sehari-hari dan terkait pemulihan.

- 2) Teknik Pelaksanaan.
  - Memonitor klien pada risiko *relapse*, tanda stress dan kebutuhan terhadap intervensi tertentu.
  - Mengetahui cara mengatasi *relapse* dan membantu kelompok melalui fase tersebut dengan cara yang tidak menghakimi dan tidak menghukum.
  - Memahami konsekuensi yang dihadapi klien akibat *relapse*.
  - Menggunakan teknik kognitif-perilaku, psikoedukasi, dan peningkatan keterampilan.
- 3) Petugas Pelaksana  
Fasilitator dan pendamping pada pelayanan ini adalah pekerja sosial atau konselor.
- 4) Frekuensi dan Waktu Layanan  
Layanan diberikan kepada klien sebanyak 1 pertemuan tiap minggu yang diberikan sesuai kebutuhan klien. Waktu layanan yang di berikan 30-50 menit.

#### 5.1.3 Keterlibatan Keluarga

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa keterlibatan keluarga dalam proses rehabilitasi berdampak pada hasil yang baik. Keluarga dapat menjadi sumber daya yang vital dalam mendukung pemulihan klien. Namun sebaliknya keluarga juga dapat mempengaruhi proses perburukan dalam pemulihan.

Layanan rehabilitasi dapat memperkuat dukungan positif dari keluarga dan meminimalisasi pengaruh negatif terhadap pemulihan klien. Hal ini dapat dilakukan dengan beberapa cara, antara lain:

##### 5.1.3.1 Psikoedukasi

Psikoedukasi dapat dilakukan secara berkelompok dan memotivasi keluarga untuk lebih terlibat dalam proses rehabilitasi.

1) Tujuan.

Untuk memberikan informasi tentang ketergantungan narkotika dan efek yang ditimbulkan oleh narkotika terhadap klien, keluarga dan orang lain, pemulihan dan kekambuhan, serta dinamika keluarga.

2) Topik yang diberikan.

- Aspek medis dari adiksi.
- Kekambuhan dan pencegahan kekambuhan.
- Adiksi adalah penyakit keluarga.
- Penolakan yang tidak disadari oleh keluarga bahwa klien mengalami adiksi (contoh : penyangkalan keluarga).
- Perilaku kodependensi.
- Komunikasi efektif dalam keluarga.
- Perencanaan waktu luang dalam keluarga.
- *Parenting skill*.
- Kelompok dukungan yang tersedia dalam masyarakat.
- Konsekuensi penggunaan narkotika terhadap keluarga.

3) Petugas Pelaksana

Fasilitator dan pendamping pada pelayanan ini adalah pekerja sosial atau konselor.

4) Frekuensi dan Waktu Layanan

Layanan diberikan kepada klien sebanyak 1 pertemuan tiap minggu yang diberikan sesuai kebutuhan klien. Waktu layanan yang di berikan 30-50 menit.

#### 5.1.3.2 Konseling Keluarga

Konseling keluarga adalah layanan terapi yang memusatkan perhatian pada perubahan perilaku keluarga termasuk pola pengasuhan, suasana kehidupan keluarga dan mengatasi masalah kodependensi. Sesi ini membantu anggota keluarga melihat interaksi antar anggota keluarga dan mengidentifikasi faktor yang ada dalam keluarga yang berkontribusi terhadap masalah adiksi.

Topik yang akan dibahas pada sesi ini sangat bervariasi sesuai dengan kebutuhan dan motivasi dari keluarga. Berbagai topik yang dapat dibahas misalnya perilaku yang tidak bertanggung jawab, penggunaan narkotika dalam keluarga, ketersediaan alkohol pada saat tertentu dalam keluarga, dan bagaimana mempertahankan pemulihan.

##### 1) Tujuan

- Melihat dinamika yang terjadi pada keluarga dan perilaku yang dapat mendorong dan mencegah penggunaan narkotika.
- Membantu keluarga agar dapat berfungsi secara normal kembali.
- Membantu memperbaiki komunikasi keluarga dengan meminta keluarga untuk merestrukturisasi pola negatif perilaku dan komunikasi menjadi interaksi yang lebih kondusif terhadap pemulihan dan semua anggota keluarga.

- Membantu keluarga agar dapat mengungkapkan perasaan mereka terhadap klien dan bagaimana perilaku klien sebelumnya mempengaruhi kehidupan mereka.
- Memberi kesempatan keluarga untuk memberi umpan balik terhadap upaya klien dalam menerapkan keterampilan yang dipelajari di dalam rehabilitasi.

## 2) Tahapan Pelaksanaan

Tabel 5.9 Tahapan Konseling Keluarga

Tahapan	Langkah_langkah
Awal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan kontak dengan salah seorang anggota keluarga klien untuk menyampaikan masalah-masalah yang dialami.</li> <li>2. Mengumpulkan data dari tangan pertama mengenai pola-pola kerjasama keluarga dan strategi untuk mengatasi stress dalam keluarga.</li> </ol>
Pertengahan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pendamping berperan sebagai pembimbing dan pengarah.</li> <li>2. Memfasilitasi komunikasi yang terbuka dan menyenangkan.</li> <li>3. Mengajak setiap anggota keluarga untuk berpartisipasi dalam proses konseling.</li> </ol>
Akhir	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membantu keluarga untuk mengembangkan suatu dukungan internal dan tidak bergantung kepada orang lain, termasuk pendamping.</li> <li>2. Membantu keluarga untuk mampu</li> </ol>



	berkomunikasi secara terbuka, eksplisit dan jelas. 3. Membantu keluarga untuk mampu melakukan peranan masing-masing secara fleksibel. 4. Membantu keluarga agar setiap anggota keluarga mampu menyeimbangkan antara hal dan kewajiban masing-masing dalam keluarga.
--	---

3) Petugas Pelaksana

Fasilitator dan pendamping pada pelayanan ini adalah pekerja sosial atau konselor, dokter, perawat, dan psikolog yang sudah terlatih.

4) Frekuensi dan Waktu Layanan

Layanan diberikan kepada klien sebanyak 1 pertemuan tiap minggu yang diberikan sesuai kebutuhan klien. Waktu layanan yang diberikan 60 menit.

5.1.3.3 Kelompok Dukungan Keluarga (*Family Support Group*)

Kelompok dukungan keluarga merupakan kelompok yang anggotanya terdiri dari keluarga klien yang memberikan dukungan untuk pemulihan klien terhadap gangguan penggunaan zat. Saling memahami masalah, mengakui, mengerti dan mendorong klien untuk mengikuti program pemulihan dan bertahan untuk menjaga keputihannya merupakan bentuk dukungan keluarga terhadap klien.

1) Tujuan.

- Sebagai wadah bagi keluarga untuk berbagi perasaan dan pengalaman, serta mempelajari cara mengatasinya.

- Menciptakan kondisi keluarga yang kondusif untuk mencegah terjadinya *relapse* pada klien.
- Meningkatkan peran aktif keluarga sebagai mitra pemulihan yang baik bagi klien.
- Menyiapkan keluarga sebagai sistem dukungan bagi pemulihan klien.

2) Petugas Pelaksana.

Fasilitator dan pendamping pada pelayanan ini adalah pekerja sosial atau konselor.

3) Frekuensi dan Waktu Layanan.

Layanan diberikan kepada klien sebanyak 1 (satu) pertemuan tiap bulan atau sesuai kebutuhan klien. Waktu layanan yang di berikan 60 (enam puluh) menit.

#### 5.1.4 Terapi Vokasional

Layanan terapi vokasional merupakan kegiatan pengembangan kemampuan diri dan keterampilan kerja yang sangat diperlukan bagi klien yang belum memiliki keterampilan agar dapat produktif dan mandiri.

1) Tujuan

- Membantu klien menemukan kelebihan dirinya dan mengembangkannya hingga menjadi sesuatu yang menghasilkan.
- Meningkatkan rasa percaya diri klien dan kembali menjadi anggota masyarakat yang produktif.

- Menjadi pengisi rutinitas baru yang positif bagi klien, sehingga mencegahnya kembali pada kebiasaan lama yang dapat mendorong terjadinya kekambuhan.
  - Menghasilkan pendapatan bagi klien.
- 2) Tahap Pelaksanaan.
- Kegiatan dapat dilakukan secara individu maupun kelompok.
  - Jenis kegiatan vokasional disesuaikan dengan fasilitas yang tersedia dan kearifan budaya lokal.
- 3) Petugas Pelaksana.  
Instruktur vokasional sesuai dengan bidang keminatan.
- 4) Frekuensi dan Waktu Layanan.  
Disesuaikan dengan jadwal yang ada di layanan.

#### 5.1.5 Intervensi Krisis

Krisis adalah persepsi atau pengalaman terhadap suatu peristiwa atau situasi sebagai suatu kesulitan yang tidak dapat diatasi dengan menggunakan sumber daya dan mekanisme koping yang dimiliki oleh seseorang.

Manajemen krisis adalah proses dimana seorang konselor memberikan bantuan segera kepada seseorang yang berada dalam krisis untuk memecahkan masalah yang dihadapi dan membangun kembali keseimbangan atau stabilitas dalam hidupnya. Pengelolaan krisis bersifat segera, jangka pendek, dan terbatas waktu.

Pedoman manajemen krisis

- |   |
|---|
| 1. Mengidentifikasi dan menilai akses klien untuk mendapatkan bantuan dari keluarga, teman, atau dukungan lain. Pastikan klien memiliki akses setidaknya satu dukungan, apakah itu pasangan, anggota keluarga lain, |
|---|

- teman, tokoh agama, atau sponsor dari program 12 - langkah.
2. Menilai apakah klien dan orang lain berisiko. Segera hubungi sumber kesehatan mental yang sesuai atau rumah sakit ketika klien menunjukkan kemungkinan membahayakan dirinya sendiri atau yang lain.
  3. Menjadwalkan wawancara tatap muka dengan klien di tempat yang aman (untuk keduanya klien dan konselor) sesegera mungkin. Saat bertemu dengan klien, pastikan Anda berdua dapat dengan mudah keluar dari daerah tersebut. Jangan memblokir pintu keluar dengan meja, kursi, atau perabotan lain.
  4. Membantu klien membuat rencana yang dapat diterima untuk melewati krisis baik secara langsung maupun melalui telepon. Rencana ini idealnya akan terdiri dari tiga rencana yang terpisah: rencana 1 jam, rencana 5 jam, dan rencana 24 jam.
  5. Membantu klien membuat tujuan jangka pendek yang jelas dan dapat dicapai. Jika mungkin, libatkan orang lain yang bermakna untuk memberikan dukungan.
  6. Menormalisasi reaksi klien terhadap suatu situasi tanpa meminimalkan peran mereka. Eksplorasi perasaan dan emosi klien, dan secara aktif mendengarkan tanpa menghakimi.
  7. Memahami situasi apa yang berarti untuk orang tersebut. Memancing informasi tentang faktor pribadi, budaya, dan sosial yang mungkin mempengaruhi bagaimana klien memandang situasi.
  8. Membantu klien mengidentifikasi dan mendapatkan kembali strategi koping yang efektif dan sumber-sumber yang ia gunakan di masa lalu untuk membantu selama krisis ini. Identifikasi strategi koping masa lalu yang tidak efektif untuk mengatasi krisis dan jelaskan mengapa strategi tersebut tidak efektif.
  9. Jangan berusaha untuk memecahkan masalah jangka panjang pada waktu ini. Fokus pada saat ini.
  10. Ikuti panduan dan kebijakan program Anda.



11. Gunakan pendekatan tim, dan jangan bertindak sendiri.
12. Evaluasi beberapa gejala panik fisik. Bicaralah secara perlahan dan tenang, dan mendorong klien untuk bernapas perlahan dan dalam untuk menghindari hiperventilasi.
13. Lindungi diri Anda dan tidak mengambil risiko saat berinteraksi dengan klien. Jangan berada antara klien yang berniat bunuh diri dan jendela atau tebing, karena klien tersebut dapat menarik Anda bersama mereka jika mereka memutuskan untuk mengambil tindakan. Hubungi "backup" jika Anda berurusan dengan klien yang gelisah atau pemarah.
14. Tetap tenang, dan memimpin dalam situasi krisis. Bersikap tegas dan langsung terhadap klien, namun tidak memberikan jaminan palsu bahwa semuanya akan baik-baik.
15. Jangan berkonfrontasi, dan jangan menyalahkan atau memihak. Pastikan klien tahu bahwa Anda peduli mengenai kesejahteraan mereka.
16. Perlu diingat bahwa klien lebih cenderung menggunakan alkohol atau narkotika selama krisis; sehingga dapat menurunkan kontrol impuls, kemampuan kognitif, dan kemampuan untuk membuat keputusan. Penggunaan alkohol dan narkotika juga dapat memperburuk gangguan mental yang menyertainya.
17. Bersiaplah untuk membuat rujukan yang tepat untuk penegakan hukum, tim krisis yang aktif, profesional medikal, dan lainnya. Jika Anda atau profesional lain memutuskan bahwa rawat inap diperlukan, pastikan bahwa dukungan ini dapat diberikan segera.
18. Mengembangkan rencana tindak lanjut, sesuai kebutuhan, setelah krisis teratasi. Jika Anda merujuk klien ke program lain untuk menangani krisis, Anda mungkin masih ingin klien untuk kembali ke program Anda untuk tindak lanjut dan dapat membuat pengaturan dengan program yang dimaksud (dengan persetujuan klien).
19. Mengelola tingkat stres Anda sendiri ketika berhadapan dengan klien dalam krisis. Mempertahankan batas-batas profesional dan membuat rujukan yang sesuai. Gunakan strategi perawatan diri untuk mempertahankan



kesejahteraan Anda sendiri. Program seharusnya memiliki prosedur dimana konselor menjelaskan kembali kepada tim terapi dan pengawasnya.

20. Jika tidak merasa nyaman dalam menangani krisis, biarkan orang lain yang memimpin. Tidak semua orang tepat untuk manajemen krisis. Memaksakan diri untuk memimpin ketika merasa tidak nyaman, dapat menyebabkan timbulnya bahaya.

Perilaku bunuh diri merupakan salah satu krisis yang sering menjadi perhatian konselor karena hal ini dapat menyebabkan kematian. Bunuh diri bersifat akut, tindakan menyakiti diri yang disengaja untuk menyebabkan kematian atau setidaknya dengan niat untuk mengakhiri hidup.

Langkah yang perlu dilakukan dalam menghadapi perilaku bunuh diri:

1. Mengumpulkan informasi

Skrining: memberi pertanyaan singkat terkait dengan risiko bunuh diri.

- Memulai topik: konselor memberi kalimat pembuka sebelum memulai pertanyaan tentang pikiran atau perilaku bunuh diri.
- Skrining pikiran bunuh diri: pertanyaan tentang apakah klien saat ini terpikir untuk bunuh diri.
- Skrining percobaan bunuh diri: pertanyaan tentang usaha bunuh diri yang pernah dilakukan klien.

Pertanyaan lanjutan : pertanyaan diberikan apabila klien memberi respon “ya” untuk salah satu pertanyaan skrining. Pertanyaan pendalaman untuk pikiran bunuh diri seberapa kuat dan lamanya pikiran tersebut muncul, apakah klien memiliki rencana untuk melakukan bunuh diri saat ini, metode apa yang direncanakan, seberapa bahayanya rencana tersebut hingga menimbulkan kematian (*letalitas*). Klien juga diberikan pertanyaan tentang riwayat bunuh diri yang pernah terjadi sebelumnya.

2. Akses supervisi

Penilaian terhadap seriusnya rencana bunuh diri dan besarnya risiko bunuh diri hanya dapat dinilai oleh SDM yang telah dilatih khusus tentang pengelolaan bunuh diri dan merupakan profesional kesehatan jiwa. Konselor harus mengkonsultasikan kasus bunuh diri kepada:

- profesional yang bertanggungjawab dengan proses supervisi.
- tim multidisiplin yg memiliki anggota seorang profesional.
- konsultan di luar tempat layanan yang berpengalaman untuk mengelola kasus bunuh diri yang telah disetujui oleh tempat layanan.

Supervisi/konsultasi dapat bersifat segera maupun dapat ditunda sesuai dengan jadwal konsultasi regular sesuai dengan kondisi klien.

Tabel 5.10 Konsultasi Berdasar Tingkat Pentingnya

Konsultasi segera	Konsultasi reguler
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Adanya tanda bunuh diri langsung (ancaman untuk bunuh diri, persiapan rencana bunuh diri, dll)</li> <li>•terdapat risiko bunuh diri saat ini yang didapatkan melalui proses pengumpulan informasi baik dari klien maupun dari orang lain</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Terdapat satu atau lebih tanda tidak langsung dari bunuh diri, namun dari pertanyaan lanjutan(probing) tidak didapatkan adanya risiko bunuh diri saat ini</li> <li>•Terdapat riwayat bunuh diri</li> </ul>

### 3. Melakukan tindakan bertanggung jawab

Tindakan yang dilakukan harus sesuai dengan informasi yang telah dikumpulkan. Pada kasus yang lebih serius maka tindakan yang dilakukan bersifat lebih intensif, sementara untuk kasus yang lebih ringan maka tindakan yang diberikan tidak intensif.

Tindakan yang dapat dilakukan:

- Mengatur proses konsultasi atau rujukan.
- Membatasi akses kepada metode yang mungkin dilakukan untuk mencegah terjadinya bunuh diri.
- Meningkatkan frekuensi layanan untuk memeriksa kondisi klien.
- Membuat kartu keamanan untuk klien (daftar nomor telp yang dapat dihubungi kapanpun klien membutuhkan, contoh: pusat krisis, UGD, konselor, keluarga terdekat, dll)
- Meminta klien untuk menghubungi konselor pada saat pikiran untuk bunuh diri muncul.

### 4. Memperluas tindakan

Risiko bunuh diri merupakan masalah yang tidak selesai dalam satu kali tindakan, masalah tersebut dapat muncul sewaktu-waktu saat klien menghadapi tekanan dalam hidup. Perilaku bunuh diri juga dapat muncul meskipun klien dalam keadaan mood dan energi yang membaik, sehingga diperlukan tatalaksana yang lebih luas, yaitu monitoring tanda dari munculnya kembali pikiran atau perilaku bunuh diri.

5.2 Pelayanan tambahan yang dapat dilakukan sendiri oleh lembaga atau melalui rujukan.

- Farmakoterapi.  
Tersedianya layanan farmakologi yang sesuai dengan gejala klien akibat penggunaan narkotika dan penyakit penyerta yang dapat menghambat proses rehabilitasi. Lembaga dapat menjalin kerjasama dengan RS Pemerintah atau Swasta yang menerima klien dengan gangguan penggunaan narkotika agar mendapat pelayanan khusus ketika merujuk salah satu residen.
- Kelompok bantu diri/ dukungan sebaya.  
Suatu kelompok kecil yang disusun untuk membantu (*mutual aid*) dan mencapai tujuan khusus dan bersifat sukarela. Kelompok memiliki fokus perhatian pada pemecahan masalah yang dialami oleh diri sendiri. Lembaga dapat mengadakan pertemuan NA secara terbuka atau bergabung dengan NA di lembaga lain.
- Perawatan berkelanjutan  
Rentang layanan secara keseluruhan dapat diterima oleh klien secara langsung dari penyelenggara rehabilitasi maupun melalui rujukan. Lembaga dapat bekerjasama dengan BNNP dan atau BNNK untuk pembinaan lanjut dalam bentuk program paska rehabilitasi yang diselenggarakan BNN.

5.3 Pelayanan pilihan yang dapat diberikan oleh lembaga atau melalui rujukan.

- Manajemen kasus.  
Merupakan suatu sistem yang mengatur ketersediaan layanan yang dapat diakses oleh klien. Peranan manajer kasus meliputi identifikasi kebutuhan, merencanakan, mengkoordinasikan, memantau, mengevaluasi dan melakukan advokasi atas nama klien untuk memperluas jenis layanan yang dibutuhkan klien dan keluarganya;
- Layanan bantuan hukum.  
Tersedianya pendampingan bagi klien apabila menghadapi kasus-kasus tertentu serta mengupayakan perlindungan dan memperjuangkan hak-hak klien. Lembaga dapat menjalin kerjasama dengan Kantor Penasihat Hukum dan Pengacara yang memiliki perhatian pada masalah penyalahgunaan narkotika.
- Layanan kesehatan.  
Layanan kesehatan tingkat dasar maupun lanjut yang diperlukan oleh klien.
- Layanan pendidikan.  
Terutama diberikan kepada klien yang masih dalam usia sekolah (SD,SMP,SMA) untuk menghindari putus sekolah. Dalam layanan rehabilitasi rawat inap jangka panjang, aspek ini perlu menjadi perhatian penyelenggara rehabilitasi. Lembaga rehabilitasi dapat bekerja sama dengan Dinas Pendidikan untuk program Paket B atau C bagi residen yang sedang menjalani program rehabilitasi.
- Layanan HIV-AIDS.  
Merupakan layanan untuk menanggulangi dampak buruk penularan virus HIV akibat penggunaan jarum suntik yang tidak steril atau hubungan seks yang tidak aman. Lembaga dapat menyiapkan SDM untuk mengikuti pelatihan terkait dengan penyakit HIV/AIDS



(VCT,PITC). Lembaga juga dapat bekerja sama dengan RS yang menyediakan layanan terapi HIV/AIDS untuk mengakses ARV dan pemeriksaan laboratorium untuk memantau kadar CD4 atau viral load. Selain itu, perlu adanya pemberian edukasi tentang HIV/AIDS maupun menyelenggarakan pertemuan kelompok tertutup di antara klien ODHA.

- Layanan keluarga.  
Memfasilitasi keluarga mengakses berbagai sumber dukungan yang ada di dalam dan di luar keluarga, mediasi permasalahan antara klien dengan keluarganya, monitoring hasil terapi dan hambatannya.
- Layanan vokasional.  
Layanan vokasional merupakan kegiatan pengembangan kemampuan diri dan keterampilan kerja yang sangat diperlukan bagi klien yang belum memiliki keterampilan agar dapat produktif dan mandiri. Lembaga dapat menjalin kerjasama dengan BLK di lingkungan sekitar, Dinas Sosial, perusahaan-perusahaan yang memiliki perhatian pada penyalahgunaan narkotika.
- Layanan kesehatan jiwa.  
Layanan kesehatan jiwa merupakan layanan yang dapat diberikan langsung oleh lembaga maupun dilakukan rujukan. Ketersediaan terhadap layanan ini diperlukan mengingat klien ketergantungan narkotika sangat rentan terhadap gangguan kesehatan jiwa sebagai penyakit penyerta.

Tabel 5.11 Program Layanan Rehabilitasi Sosial.

	Rawat Jalan	Rawat Inap	
		Jangka Pendek	Jangka Panjang
Kriteria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diberikan kepada pecandu atau penyalahguna narkotika dengan tingkat keparahan ringan dan sedang.</li> <li>• Memiliki pola penggunaan narkotika yang sifatnya rekreasional dan situasional.</li> <li>• Apabila narkotika utama yang digunakan adalah <i>Opioida</i>, yang bersangkutan harus telah berada dalam masa pemulihan dari kondisi putus narkotika atau telah secara aktif menjalani program terapi rumatan sebelumnya.</li> <li>• Klien produktif.</li> <li>• Tidak mengalami komplikasi fisik dan atau psikiatrik.</li> <li>• Tersedianya dukungan sosial di rumah atau komunitas bagi klien yang mendukung pemulihannya.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diberikan kepada pecandu atau korban penyalahgunaan narkotika dengan tingkat keparahan sedang dan berat.</li> <li>• Klien produktif.</li> <li>• Memiliki dukungan sosial yang baik.</li> <li>• Tidak ada penyakit penyerta yang membutuhkan perawatan intensif.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diberikan kepada pecandu atau korban penyalahgunaan narkotika dengan tingkat keparahan berat.</li> <li>• Kondisi klien kurang dan atau tidak produktif.</li> <li>• Memiliki dukungan sosial yang kurang atau tidak baik.</li> <li>• Adanya penyakit penyerta yang membutuhkan perawatan secara intensif.</li> </ul>
Waktu	8 – 12 kali pertemuan	3 bulan (sesi	5 bulan (sesi

Pelaksanaan	<p>dalam rentang waktu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durasi 45 - 60 hari</li> <li>• 6 jam sesi terapi /minggu</li> <li>• 1 - 2 jam/ sesi</li> </ul>	<p>terapi/ intervensi dapat diberikan setiap hari sesuai kebutuhan klien)</p>	<p>terapi/ intervensi dapat diberikan setiap hari sesuai kebutuhan klien)</p>
Pendekatan yang direkomendasikan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapi Perilaku Kognitif / <i>Cognitive Behavioral Therapy (CBT)</i>.</li> <li>• Manajemen Kontingensi/ <i>Contingency Management (CM)</i>.</li> <li>• <i>Motivational Interviewing (MI)</i> dan <i>Motivational Enhancement Therapy (MET)</i>.</li> <li>• Keterlibatan anggota keluarga dan <i>Significant Other</i>.</li> <li>• Terapi berorientasi keluarga : <i>Behavioral Couples Therapy, Brief Strategic Family Therapy, Multisystemic Therapy and Multidimensional Family Therapy (MDFT)</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Therapeutic Community</i>.</li> <li>• 12 Langkah.</li> <li>• Metode Tradisional.</li> <li>• Metode Keagamaan.</li> <li>• Pendekatan intervensi psikososial yang dilakukan pada rawat jalan juga dapat dilakukan pada rawat inap. (CBT, MI MET, keterlibatan keluarga, terapi berorientasi keluarga).</li> </ul>	

Tabel 5.12 Program Layanan Rehabilitasi Sosial.

NO.	PROGRAM LAYANAN	RAWAT INAP	RAWAT JALAN
A.	Layanan Inti (dilakukan oleh lembaga)		
	1. Penerimaan awal	√	√
	2. Asesmen	√	√
	3. Perencanaan terapi / intervensi	√	√
	4. Intervensi psikososial	√	√
	5. Monitoring penggunaan narkotika secara berkala	√	√
B.	Layanan Inti Tambahan (dilakukan sendiri atau rujukan)		
	4. Farmakoterapi	√	
	5. Kelompok bantu diri/ dukungan sebaya	√	√
	6. Perawatan berkelanjutan	√	√
C.	Layanan Tambahan (pilihan)*		
	1. Layanan manajemen kasus	√	√
	2. Layanan bantuan hukum	√	√
	3. Layanan kesehatan	√	√
	4. Layanan pendidikan	√	
	5. Layanan HIV/AIDS	√	√
	6. Layanan keluarga	√	√
	7. Layanan vokasional	√	√
	8. Layanan kesehatan jiwa	√	

\*boleh lebih dari satu .

Sumber: Standar pelayanan rehabilitasi bagi pecandu dan korban penyalahgunaan narkotika

BAB VI  
PENGENDALIAN PROGRAM

6.1 Supervisi

Supervisi adalah salah satu bentuk intervensi yang dilakukan seorang yang kompeten dan tersertifikasi untuk mengkaji program secara profesional. Seorang supervisor dapat berasal dari dalam maupun luar lembaga, namun sebaiknya supervisor berasal dari luar lembaga sehingga dapat bekerja dengan independen dan profesional. Supervisi dapat dilakukan dengan berbagai metode yang dijelaskan dalam tabel 6.1 berikut:

Tabel 6.1 Metode supervisi

Metode	Deskripsi	Keuntungan	Kekurangan
Interview (tatap muka)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Melaporkan secara langsung situasi program</li> <li>▪ Diskusi kelompok tentang kegiatan dan program</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ bersifat informal</li> <li>▪ efisiensi waktu</li> <li>▪ spontan menanggapi situasi program</li> <li>▪ mengetahui perspektif, awareness, keinginan, dan semangat kerja konselor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ pembicaraan dapat mengarah pada manajemen kasus, karenanya perlu agenda, materi diskusi, laporan kerja yang berhubungan dengan rencana program dan program berjalan</li> </ul>
Laporan tertulis	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kajian perencanaan terapi melalui catatan perkembangan klien.</li> <li>▪ Kajian kegiatan program, data, laporan kegiatan dan dokumentasi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Data dan dokumentasi lengkap</li> <li>▪ Menunjukkan konsistensi kerja petugas</li> <li>▪ Menunjukkan kualitas kerja yang terkontrol dengan baik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Memerlukan waktu lama</li> <li>▪ Mengarah pada manajemen kasus dan bukan pada peningkatan kemampuan</li> <li>▪ Kehilangan makna pertemuan dan pentingnya supervisi</li> </ul>
Konsultasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diskusi kasus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Membantu organisasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Valid tidaknya</li> </ul>



kasus atau manajemen kasus	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kajian kasus</li> </ul>	<p>mendapatkan informasi, menemukan masalah, menemukan solusi yang dilanjutkan dengan tindakan intervensi tertentu</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Membahas isu secara khusus dengan teori dan sudut pandang tertentu yang meningkatkan pengetahuan</li> <li>▪ Salah satu komponen rencana terapi</li> </ul>	<p>persoalan tergantung dari ketrampilan konselor dan ketelitian supervisor</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tidak mencerminkan konselor secara utuh</li> </ul>
Observasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengikuti sesi dalam program dengan hanya memberi komentar dan sedikit masukan untuk konselor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Konselor terbantu dengan masukan yang langsung diberikan di lapangan</li> <li>▪ Kondisi sebenarnya terlihat sehingga dapat mengevaluasi kebutuhan konselor dan klien secara langsung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Waktu lama</li> <li>▪ Terkesan intervensi</li> <li>▪ Membuat konselor cemas dan tidak konsentrasi</li> </ul>

Setiap fasilitasi rehabilitasi disarankan memilih cara yang paling tepat dan sesuai dengan kebutuhan dan kondisi lapangan. Tujuan diadakan supervisi adalah untuk memberikan masukan kepada petugas yang dapat:

- (1). Meningkatkan kualitas pelayanan dengan meningkatkan ketrampilan dan kemampuan kerja konselor.
- (2). Meningkatkan rasa percaya diri, rasa aman, dan menciptakan lingkungan yang mendukung profesionalitas kerja
- (3). Memastikan kebutuhan klien terpenuhi secara profesional
- (4). Memastikan pencatatan dan pendokumentasian tertata dengan baik.

Dalam praktik harian, supervisi diharapkan dapat memberi dampak sosial yang besar, yang akan meningkatkan kualitas pelayanan klinikal.



Seorang supervisor dalam tugasnya harus menjadi *guru, mentor, coach, dan konsultan*. Mereka mengobservasi, mengevaluasi, menginspirasi, menciptakan iklim bekerja yang meningkatkan motivasi pribadi, memberi semangat untuk belajar, dan meningkatkan ketrampilan petugas. Supervisi adalah salah satu kunci

peningkatan kualitas berdasarkan teori-teori yang selama ini dipelajari.

Gambar 6.1. Tugas dan fungsi supervisor

#### 6.1.1 Tujuan supervisi

Secara umum, supervisi dalam fasilitas rehabilitasi adalah untuk mengetahui

- a. kegiatan yang dilaksanakan;
- b. permasalahan yang timbul dalam proses kegiatan;
- c. metode dan teknik yang digunakan untuk mencapai tujuan kegiatan;
- d. perubahan perilaku klien; dan
- e. peningkatan kualitas hidup.

### 6.1.2 Wilayah supervisi

Supervisi dilakukan dalam 2 (dua) domain utama program rehabilitasi yaitu petugas pelaksana rehabilitasi, dan sarana serta prasarana rehabilitasi. Keduanya berkaitan sangat erat sehingga harus mendapat perhatian yang khusus.

Supervisi dilakukan dalam 2 (dua) wilayah pekerjaan yaitu: supervisi administratif dan supervisi klinikal. Perbedaan dari kedua supervisi ini dapat dilihat pada tabel 6.2

Tabel 6.2 Perbedaan Supervisi

	Supervisi klinikal	Supervisi administratif
Tujuan	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Meningkatkan perhatian pada klien</li> <li>▪ Meningkatkan performance kerja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Memastikan terlaksananya aturan dan prosedur kerja lembaga</li> </ul>
Outcome	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Meningkatkan pengetahuan, keahlian, dan perilaku yang menunjang efektifitas kerja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Konsistensi penggunaan format administrasi, kebijakan, dan prosedur kerja</li> </ul>
Waktu	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Jangka pendek (per semester)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Jangka pendek (per semester)</li> </ul>
Agenda	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sesuai kebutuhan lembaga dan kebutuhan konselor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sesuai kebutuhan lembaga</li> </ul>
Proses yang berlangsung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pembelajaran keterampilan khusus, evaluasi pekerjaan. Misal: tehnik komunikasi verbal dalam konseling.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengklarifikasi dan memastikan kelengkapan administrasi sesuai harapan, kebijakan, dan prosedur yang telah ditetapkan lembaga</li> </ul>

### 6.1.3 Kriteria supervisor

- Terlatih dan berpengalaman dalam melakukan supervisi lembaga rehabilitasi.
- Memiliki minimal 5 (lima) tahun pengalaman dalam bidang rehabilitasi narkotika.
- Diutamakan berasal dari bidang pekerjaan yang sama atau dari kelompok profesional lain yang bersentuhan dengan bidang rehabilitasi narkotika.
- Bisa berasal dari satu atau dari luar lembaga.
- Memiliki tingkat keahlian yang lebih dalam praktik rehabilitasi.
- Memiliki keterampilan memotivasi, terbuka, jujur, mampu memberikan *feedback* yang konstruktif, memiliki empati, menyadari kelemahan pribadi.
- Memiliki keterampilan untuk memberikan kajian dengan baik, lengkap, dan teliti.
- Memiliki ketrampilan untuk memberi tantangan yang mendewasakan.

#### 6.1.4 Format supervisi

Ada 2 (dua) pilihan model supervisi yang dilakukan dalam pelayanan program rehabilitasi, yaitu:

##### a. Model Supervisi Khusus.

Terdiri dari 3 tehnik supervisi yang masing-masing memiliki tujuan khas:

- Model manajer (normative) menekankan pada aspek administrative sesuai aturan profesionalisme, misalnya kode etik, kebijakan, dan prosedur.
- Model edukatif (formative) dengan mengutamakan pada proses belajar dengan melihat kelebihan dan memeriksa kekurangan agar dapat bertindak secara profesional.

- Model restorative dilakukan dengan memberi konseling sesuai kasus-kasus yang dihadapi dengan skenario seorang profesional.
- b. Model Development
  - Model ini digunakan jika supervisor adalah role model dan memiliki latar belakang pengalaman kerja yang sama.
  - Model ini fokus pada pengembangan dan fungsi edukatif kegiatan supervisi sekaligus mengklarifikasi perbedaan fase-fase karir dalam pekerjaan: mulai dari pemula, kompeten, berpengalaman, hingga menjadi ahli.
  - Salah satu bentuk konsultasi untuk meningkatkan keahlian dan kebijaksanaan dalam program.

#### 6.1.5 Proses supervisi

- a. Dilakukan dalam beberapa bentuk, yaitu dalam bentuk kelompok, individual, model kelas dengan melibatkan beberapa profesional, dan model *peer* yang berlangsung dalam konsep diskusi untuk memecahkan masalah bersama-sama.
- b. Supervisi dilaksanakan minimal 1 – 2 jam perbulan dan hanya mensupervisi maksimal 3 (tiga) orang untuk menjaga kualitas dan profesionalitas.
- c. Setiap 3 bulan, supervisor harus memberikan resume tentang proses supervisi, tempat, topik, dukungan lembaga, dan perubahan model supervisi yang dilakukan.

#### 6.1.6 Kewajiban supervisor:

- a. Menentukan tujuan dan model supervisi yang digunakan.
- b. Memiliki catatan supervisi.
- c. Menjaga kerahasiaan.



- d. Memiliki komitmen tinggi pada proses supervisi.
- e. Akuntabel.
- f. Memiliki semangat belajar tinggi untuk menambah pengetahuan dan ketrampilan dalam bekerja.

## 6.2 Monitoring

Monitoring dan evaluasi adalah salah satu usaha untuk melakukan penilaian terhadap program rehabilitasi yang dijalankan. Kegiatan monitoring dan evaluasi dilakukan secara berkala dan terprogram, sehingga hasilnya dapat digunakan untuk menilai keberhasilan program, membuat perencanaan pengembangan dan peningkatan pelayanan, serta perluasan jangkauan pelayanan.

Monitoring dan evaluasi yang dilakukan BNN sebagai upaya untuk meningkatkan kemampuan lembaga rehabilitasi komponen masyarakat, sesuai Pasal 18 Peraturan Kepala BNN No. 17 Tahun 2016 yang dilakukan dengan:

- pemantauan pelaksanaan rehabilitasi, termasuk pencatatan perkembangan klien;
- identifikasi dan inventarisasi permasalahan teknis maupun administratif;
- identifikasi dan inventarisasi solusi masalah yang dapat dilakukan; dan
- evaluasi pelaksanaan upaya peningkatan kemampuan lembaga rehabilitasi.

Monitoring dan evaluasi dilaksanakan dengan metode:

- survey dan/atau kunjungan lapangan.
- kuesioner, wawancara, dan observasi.
- pengisian form laporan (terlampir).

#### 6.2.1 Monitoring Internal

Monitoring dan evaluasi internal perlu oleh lembaga rehabilitasi secara berkala untuk mengukur pencapaian penyelenggaraan pelayanan lembaga. Monitoring dapat dilakukan oleh pimpinan lembaga, program manager, dan supervisi klinis. Monitoring dan evaluasi internal adalah salah satu tolak ukur efektifitas dan efisiensi program yang dilaksanakan oleh lembaga rehabilitasi. Hal ini diharapkan membantu lembaga untuk berbenah dan meningkatkan pelayanan rehabilitasi.

Beberapa indikator yang dapat digunakan lembaga untuk melakukan kegiatan monitoring dan evaluasi adalah:

- a. Pengelolaan database klien sekurangnya menyediakan informasi: nama klien, alamat, jenis kelamin, usia, agama, pendidikan terakhir, pekerjaan, status pernikahan, jenis narkotika yang digunakan, cara penggunaan, lama pemakaian sebelum rehabilitasi, terapi dan rehabilitasi yang pernah dilakukan.
- b. Data perkembangan klien tercatat secara berkala dan disampaikan kepada klien dan keluarganya.
- c. Adanya evaluasi kepuasan klien terhadap pelayanan yang diterima
- d. Terapi dan kegiatan klien terdokumentasi dengan baik.

Format monitoring internal dapat dibuat (lihat. Lampiran) sesuai dengan kebutuhan dan kelengkapan format administratif yang selama ini digunakan lembaga.

6.2.2 Monitoring Eksternal (dilakukan oleh penyandang dana dan kementerian/ lembaga)

Monitoring dan evaluasi dilaksanakan oleh BNN, BNN Provinsi, dan BNN Kabupaten/Kota yang berkoordinasi dengan Kementerian/Lembaga, Pemerintah Daerah, atau pemilik lembaga terkait (format untuk monitoring terlampir). Indikator pencapaian keberhasilan pelaksanaan kegiatan adalah:

- a. Kegiatan administrasi yang baik meliputi kelengkapan administrasi, pelaporan kegiatan, dan laporan keuangan.
- b. Memiliki Sumber Daya Manusia yang mencukupi dan berkualitas.
- c. Perangkat pendukung program tersedia dan digunakan dengan baik.
- d. Layanan umum dilaksanakan dan didukung dengan kelengkapan sarana dan prasarana.
- e. Ada layanan khusus untuk kegiatan rawat inap yang mendukung pelayanan maksimal kepada klien.
- f. Adanya mekanisme monitoring dan evaluasi yang dilakukan oleh lembaga sendiri.

6.3 Pencatatan dan Pelaporan (dokumentasi dan pengarsipan)

Pencatatan adalah data tertulis dari setiap kegiatan layanan yang dilakukan meliputi proses skrining, asesmen, perencanaan terapi, catatan perkembangan klinis, resume pengakhiran program dan data lainnya yang terkait dengan klien.

Tujuan dilakukannya pencatatan adalah :

- Menjaga kualitas layanan dengan menjaga kesinambungan layanan yang diberikan melalui catatan, sehingga petugas layanan tidak mengandalkan ingatan saja terhadap perkembangan klien.

- Memberi informasi yang jelas terhadap petugas layanan yang baru apabila petugas sebelumnya tidak dapat melanjutkan pemberian layanan.
- Pencatatan merupakan standar layanan sesuai dengan regulasi profesional.
- Melindungi petugas layanan terhadap tuntutan hukum.

#### Panduan pencatatan

- a. Pencatatan dari tiap klien disatukan dalam sebuah folder yang diberi identitas nama dan tanggal lahir klien pada sampul depan folder tersebut.
- b. Folder (*hard copy*) disimpan dalam lemari yang dapat dikunci sehingga tidak dapat diakses oleh semua orang untuk melindungi hak kerahasiaan klien.
- c. Data dalam bentuk *soft copy* agar disimpan dalam computer 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.
- d. Pencatatan klien sebaiknya meliputi beberapa hal:
  - 1) Informasi umum : formulir penerimaan awal (identitas, data demografi, nomor telepon klien dan keluarga yang dapat dihubungi), hasil skrining, asesmen, perencanaan terapi.
  - 2) Pencatatan layanan : tanggal, durasi, jenis layanan yang diberikan. Pencatatan harus diperbaharui pada setiap pertemuan dengan klien yang mendeskripsikan jenis intervensi yang sedang diberikan dan tingkat fungsi klien pada saat itu dan perkembangan klien. Mengingat bahwa profesi lainnya dapat mengakses catatan ini maka petugas harus lebih sensitif dalam penggunaan bahasa.



- 3) Informasi lain : catatan penting lainnya terkait klien termasuk lembar konsultasi dengan profesi lain, surat rujukan, surat keterangan, hasil pemeriksaan/pengukuran yang menggunakan instrumen.
  - 4) Resume pengakhiran program : menyediakan informasi profil klien, masalah pada saat klien masuk, jenis intervensi yang telah diberikan pada klien selama layanan, pencapaian maupun target yang belum tercapai oleh klien selama masa layanan, diagnosis, prognosis, rencana lanjutan termasuk rekomendasi dan pemantauan kembali.
- e. Pencatatan harus mencerminkan kompetensi, pemikiran, pertimbangan pemilihan jenis layanan, pengambilan keputusan, pengetahuan klinis, etika dan legalitas dari petugas.

Lembaga rehabilitasi yang menerima peningkatan kemampuan wajib menyampaikan laporan kepada pemberi dukungan layanan yaitu Kepala BNNP atau Kepala BNN Kabupaten/Kota yang kemudian akan diteruskan ke Deputi Rehabilitasi BNN.

Pelaporan yang dibuat meliputi:

- a. Laporan bulanan berupa (format bulanan terlampir) :
  - Pelaksanaan kegiatan.
  - Rekapitulasi klien.
- b. Laporan tahunan berupa (format tahunan terlampir) :
  - Pelaksanaan kegiatan.
  - Rekapitulasi klien.

KEPALA BADAN NARKOTIKA NASIONAL  
REPUBLIK INDONESIA,

TTD  
HERU WINARKO