



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH *RELAPSE PREVENTION TRAINING*
TERHADAP KEKAMBUHAN DAN KEPATUHAN KLIEN
KETERGANTUNGAN HEROIN YANG MENJALANI
PROGRAM TERAPI RUMATAN METADON
DI DKI JAKARTA**

Diajukan sebagai persyaratan untuk
Memperoleh Gelar Magister Ilmu Keperawatan
Kekhususan Keperawatan Jiwa

**Dewi Sartika
NPM 0806446082**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK JULI 2010**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH *RELAPSE PREVENTION TRAINING*
TERHADAP KEKAMBUHAN DAN KEPATUHAN KLIEN
KETERGANTUNGAN HEROIN YANG MENJALANI
PROGRAM TERAPI RUMATAN METADON
DI DKI JAKARTA**

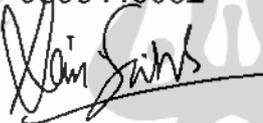
TESIS

**Dewi Sartika
NPM 0806446082**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN Jiwa
DEPOK JULI 2010**

PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber
baik yang dikutip maupun dirujuk telah
saya nyatakan dengan benar

Nama : Dewi Sartika
NPM : 0806446082
Tanda Tangan : 
Tanggal : 20 Juli 2010

HALAMAN PENGESAHAN PEMBIMBING

Hasil Penelitian ini yang berjudul ” *PENGARUH RELAPSE PREVENTION TRAINING TERHADAP KEKAMBUHAN DAN KEPATUHAN KLIEN KETERGANTUNGAN HEROIN YANG MENJALANI PROGRAM TERAPI RUMATAN METADON DI DKI JAKARTA TAHUN 2010*”, telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji

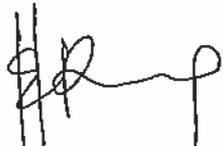
Depok, 20 Juli 2010

Pembimbing I



Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp., M.App.Sc

Pembimbing II



Hemi Susanti, S.Kp., M.N

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Dewi Sartika
NPM : 0806446082
Program Studi : Pasca Sarjana
Judul Tesis : Pengaruh *Relapse Prevention Training* Terhadap
Kekambuhan dan Kepatuhan Klien Ketergantungan
Heroin yang Menjalani Program Terapi Rumatan
Metadon di DKI Jakarta Tahun 2010.

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Pasca Sarjana, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Dr.Budi Anna Keliat, S.Kp.,M.App.Sc

(.....)

Pembimbing 2 : Hemi Susanti, S.Kp.,M.N

(.....)

Penguji : Mustikasari, S.Kp.,MARS

(.....)

Penguji : Dr.dr.H.Fidiansjah, Sp.KJ

(.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 20 Juli 2010.

PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
UNIVERSITAS INDONESIA

Tesis, Juli 2010
Dewi Sartika

Pengaruh *Relapse Prevention Training* Terhadap Kekambuhan dan Kepatuhan Klien Ketergantungan Heroin yang Menjalani Program Terapi Rumatan Metadon di DKI Jakarta Tahun 2010.

Abstrak

Klien ketergantungan heroin yang menjalani Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM) beresiko terjadinya masalah kekambuhan dan ketidakpatuhan, sehingga diperlukan upaya pencegahan untuk meningkatkan keterampilan strategi koping untuk mengatasi faktor dan situasi beresiko terjadi ketidakpatuhan dan kekambuhan.

Penelitian *quasi experimental* dengan pendekatan *pre-post test with control group* ini ditujukan untuk mengidentifikasi pengaruh *relapse prevention training* (RPT) terhadap kekambuhan dan kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani program terapi rumatan metadon di DKI Jakarta. Hasil penelitian terhadap 56 responden yang terdiri dari 28 orang kelompok kontrol dan 28 orang kelompok intervensi menunjukkan peningkatan kepatuhan secara bermakna ($p=0,000$) pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah dilakukan RPT. Kejadian kekambuhan terjadi 3,75 % pada kelompok kontrol. *Relapse prevention training* ini direkomendasikan untuk dikembangkan sebagai bentuk pelayanan kesehatan/keperawatan jiwa bagi klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM.

Kata Kunci: Kekambuhan, Kepatuhan, Ketergantungan Heroin, PTRM, *Relapse Prevention Training*

THE INFLUENCE OF *RELAPSE PREVENTION TRAINING* TOWARD RELAPSE AND COMPLIANCE HEROIN DEPENDENT CLIENTS WITH METHADONE MAINTENANCE PROGRAM AT DKI JAKARTA 2010

Dewi Sartika¹, Budi Anna Keliat², Hemi Susanti³

Faculty of Nursing University of Indonesia UI Depok, Jakarta 10430, Indonesia

Abstract

Clients heroin addiction who undergo maintenance therapy Methadone Program (MMP) incompliance and relapse risk, so that prevention efforts are needed to improve the skills of coping strategies to remain obedient and recurrence can be prevented. The research aims to find out the effect of relapse Relapse prevention training and compliance with heroin dependency clients who are undergoing methadone maintenance therapy program in Jakarta. Quasi-experimental research design approach with pre-post test control group. The results showed a significant increase in compliance in the group that conducted the RPT of 56 respondents consisted of 28 men and 28 control group the intervention group showed a significant increase in adherence ($P = 0.000$) in the intervention group before and after RPT. 3.75% incidence of recurrence occurred in the control group. Relapse prevention training is recommended to be developed as a form of health care / nursing soul for clients who undergo MMP heroin dependence.

Keywords: Recurrence, Compliance, Heroin Addiction, MMP, Relapse Prevention Training.

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kehadiran Allah SWT, karena atas rahmat dan karunia Nya sehingga tesis dengan judul **“Pengaruh *Relapse Prevention Training* terhadap Kejadian Kekambuhan dan Tingkat Kepatuhan Klien Ketergantungan Heroin Yang Menjalani PTRM di DKI Jakarta Tahun 2010”** ini dapat diselesaikan.

Dalam penyusunan tesis ini penulis banyak mendapat bantuan, bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Untuk itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih yang setulusnya kepada yang terhormat :

1. Ibu Dewi Irawaty, MA, PhD, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Krisna Yetty, S,Kp.,M.App.Sc. Selaku Ketua Program Pasca Sarjana S2 Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Ibu Dr. Budi Anna Keliat, SKp, M.App.Sc, selaku pembimbing I yang telah membimbing penulis dengan penuh kasih, kesabaran, tekun, arif dan bijaksana serta sangat cermat memberikan masukan serta motivasi dalam penyelesaian tesis ini.
4. Ibu Herni Susanti, S.Kp.,MN selaku pembimbing II, yang telah mengarahkan, memberikan masukan serta motivasi untuk penyusunan tesis ini.
5. Ibu Dr.Dien Emawati, M.Kes selaku Kepala Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta yang telah memberikan persetujuan izin penelitian.
6. Para Kepala Suku Dinas Kesehatan Kotamadya Jakarta Pusat, Jakarta Barat, Jakarta Timur dan Jakarta Utara yang telah memberikan izin penelitian.
7. Para Kepala Puskesmas Kecamatan Jati Negara, Gambir, Tanjung Priuk dan Cengkareng. Yang telah memberikan persetujuan Puskesmasnya digunakan sebagai tempat penelitian.
8. Ibu Dr. Ratna Mardiaty , Sp.KJ selaku Direktur Rumah Sakit Ketergantungan Obat (RSKO) Jakarta (lama) yang telah memberikan izin kepada peneliti untuk melanjutkan pendidikan pada Program Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, dan Bapak Dr.Fidiansjah, Sp.Kj selaku Direktur Utama

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL		i
HALAMAN JUDUL		ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....		iii
HALAMAN PENGESAHAN.....		Iv
KATA PENGANTAR.....		V
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....		Vii
ABSTRAK		Viii
DAFTAR ISI		Ix
DAFTAR TABEL		X
DAFTAR BAGAN		Xi
DAFTAR LAMPIRAN		Xii
1	PENDAHULUAN	1
	1.1. Latar Belakang	1
	1.2. Rumusan Masalah	12
	1.3. Tujuan Penelitian	14
	1.4. Manfaat Penelitian	15
2	TINJAUAN PUSTAKA	14
	2.1. Konsep Gangguan Penggunaan NAPZA)	14
	2.2. Konsep Ketergantungan Heroin	16
	2.3. Program Terapi Rumatan Metadon.....	35
	2.4. Konsep Kepatuhan Klien.....	38
	2.5 Konsep Kekambuhan (<i>relapse</i>) klien.....	42
	2.6 <i>Relapse Prevention Training (RPT)</i>	48
3	KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	61
	3.1. Kerangka Teori Penelitian	61
	3.2. Kerangka Konsep Penelitian	65
	3.3. Hipotesis Penelitian	67

	3.4. Definisi Operasional, Variabel Penelitian dan Skala Penelitian	68
4	METODE PENELITIAN	72
	4.1. Desain Penelitian	72
	4.2. Populasi dan Sampel Penelitian	74
	4.3. Waktu dan Tempat Penelitian	77
	4.4 Etika Penelitian	78
	4.5. Alat Pengumpul Data.....	81
	4.6 Uji Coba Instrumen..	83
	4.7 Prosedur Penelitian.....	84
	4.8 Analisa Data.....	89
5	HASIL PENELITIAN	93
	5.1 Proses Pelaksanaan <i>Relapse Prevention Training</i>	93
	5.2 Hasil Penelitian	98
	5.2.1 Karakteristik Klien Ketergantungan Heroin yang Menjalani Program Terapi Rumatan Metadon di DKI Jakarta.....	98
	5.2.1.1 Karakteristik Klien Ketergantungan heroin yang menjalani PTRM berdasarkan Usia.....	98
	5.2.1.2 Karakteristik klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM berdasarkan Jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan klien.....	99
	5.2.2 Kekambuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM di DKI Jakarta	101
	5.2.2.1 Kekambuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM sebelum dilakukan RPT.....	
	5.2.2.2 Kekambuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM setelah dilakukan RPT pada klien kelompok intervensi dan kelompok kontrol.....	101
	5.2.3 Kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM di DKI Jakarta.....	102

5.2.3.1	Kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM sebelum dilakukan RPT.....	102
5.2.3.2	Kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM sebelum dan sesudah dilakukan RPT pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.....	103
5.2.3.3	Perbedaan kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah dilakukan RPT.....	104
5.2.3.4	Selisih perbedaan kepatuhan klien ketergantungan heroin sebelum dan sesudah RPT antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.....	105
5.2.4	Analisis hubungan karakteristik klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM dengan kekambuhan.....	105
5.2.5	Kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM di DKI Jakarta.....	106
5.2.5.1	Analisis hubungan karakteristik klien dengan kepatuhan klien yang menjalani PTRM	106
6	PEMBAHASAN.....	
6.1	Pengaruh <i>Relapse Prevention Training</i> terhadap Kekambuhan Klien Ketergantungan Heroin yang Menjalani Program Terapi Rumatan Metadon	108
6.2	Pengaruh <i>Relapse Prevention Training</i> terhadap Tingkat Kepatuhan Klien Ketergantungan Heroin yang Menjalani Program Terapi Rumatan Metadon.....	118
6.3	Keterbatasan Penelitian	127
6.4	Implikasi Hasil Penelitian	129
7	SIMPULAN DAN SARAN	
7.1	Simpulan	131
7.2	Saran	
7.2.1	Aplikasi Keperawatan	131

7.2.2 Pengembangan Keilmuan	132
7.2.3 Penelitian Berikutnya	133

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Matrik Pengambilan Keputusan	54
Tabel 2.2 Perbandingan Teknik Pelaksanaan <i>Relapse Prevention Training</i>	56
Tabel 3.1 Definisi Operasional variabel Dependen dan Independen.....	69
Tabel 3.2 Definisi Operasional Data Demografi Responden	71
Tabel 4.1 Pemetaan Jumlah Sampel	77
Tabel 4.2 Analisis Bivariat Variabel Penelitian Pengaruh <i>Relapse Prevention training</i> terhadap kekambuhan dan tingkat kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM di Wilayah DKI Jakarta Tahun 2010.....	92
Tabel 5.1 Analisis Usia Klien Ketergantungan Heroin Yang Menjalani Program Terapi Rumatan Metadon pada Kelompok Intervensi dan kelompok Kontrol di DKI Jakarta Tahun 2010 (n= 56).....	99
Tabel 5.2 Distribusi frekuensi Jenis Kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan antara Kelompok Intervensi dengan Kelompok Kontrol Klien Ketergantungan Heroin yang Menjalani PTRM di DKI Jakarta, Tahun 2010 (n = 56).....	100
Tabel 5.3 Analisis Kepatuhan Klien Ketergantungan Heroin yang Menjalani PTRM <i>Sebelum</i> dilakukan <i>Relapse Prevention Training</i> di DKI Jakarta Tahun 2010 (n = 56)	102
Tabel 5.4 Analisis kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah dilakukan RPT di DKI Jakarta Tahun 2010 (n=56).....	103
Tabel 5.5. Analisis perbedaan kepatuhan Klien Ketergantungan Heroin yang menjalani PTRM <i>Sebelum</i> dilakukan <i>Relapse Prevention Training</i> di DKI Jakarta Tahun 2010 (n = 56).....	112
Tabel 5.6 Analisis selisih kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM antara <i>sebelum</i> dan <i>sesudah</i> dilakukan <i>Relapse Prevention Training</i> di DKI Jakarta Tahun 2010 (n = 56).....	105

Tabel 5.7 Hubungan karakteristik klien Ketergantungan Heroin yang menjalani PTRM di DKI Jakarta tahun 2010 (n = 56).....	106
Tabel 5.8 Analisis hubungan karakteristik klien Ketergantungan Heroin yang menjalani PTRM terhadap kepatuhan di DKI Jakarta Tahun 2010 (n = 56).....	107



DAFTAR BAGAN

Bagan 3.1 Kerangka Teori Penelitian	64
Bagan 3.2 Kerangka Konsep Penelitian.....	66
Bagan 4.1 Desain Penelitian	72
Bagan 4.2 Kerangka Kerja Pelaksanaan <i>Relapse Prevention Training</i>	88



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Tabel Daftar kunjungan Klien PTRM

Lampiran 2. Penjelasan Tentang Penelitian

Lampiran 3. Data Demografi Responden

Lampiran 4. Kuesioner Tingkat Kepatuhan Klien

Lampiran 5. Modul *Relapse Prevention Training*

Lampiran 6. Keterangan Lolos Uji *Expert Validity*

Lampiran 8. Keterangan Lulus Uji Kompetensi

Lampiran 9. Surat Izin Uji Instrumen (kuesioner) Penelitian

Lampiran 10. Surat Izin Rekomendasi Penelitian dari Dinas Kesehatan Provinsi DKI

Jakarta

Lampiran 11. Surat Keterangan Izin Penelitian dari Biro Tata Pemerintahan Provinsi DKI

Jakarta.

Lampiran 12. Daftar Riwayat Hidup

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyalahgunaan dan ketergantungan Narkotika, Alkohol, Psikotropika, dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA) merupakan salah satu gangguan jiwa yang prevalensinya cukup besar dan cenderung meningkat. Menurut estimasi *United Nations on Drug Crimes (UNODC)* lebih dari 200 juta orang di dunia adalah pengguna NAPZA, dengan prevalensi penyalahgunaan dan ketergantungan opiat/heroin mencapai 15,9 juta (BNN, 2007). Di Indonesia, jumlah pengguna penyalahgunaan dan ketergantungan NAPZA tidak diketahui secara pasti (Depkes, 2002), namun menurut Badan Narkotika Nasional (2007) pengguna penyalahgunaan dan ketergantungan NAPZA sekitar 1,5 % jumlah penduduk Indonesia, atau lebih tinggi dari standar yang ditetapkan UNODC yaitu 1 %. Lebih lanjut BNN mengungkapkan peningkatan kejadian penyalahgunaan dan ketergantungan NAPZA pada tahun 2005 mencapai 3,2 juta/tahun menjadi 3,6 juta pertahun pada 2008, atau sekitar 6.980.700 orang penduduk Indonesia merupakan penyalahguna dan ketergantungan NAPZA dengan pengguna terbesar yaitu 1,1 juta adalah pelajar dan mahasiswa (BNN, 2009). Berdasarkan Survey Nasional Penyalahgunaan dan Peredaran Gelap NAPZA yang dilakukan oleh BNN tahun 2003 jenis dan kecenderungan penyalahgunaan Opiat/heroin mencapai 32,5 %.

Joewana (2004) serta Stuart dan Laraia (2005) menjelaskan tahap proses terjadinya penyalahgunaan dan ketergantungan NAPZA dalam rentang respon penyalahgunaan dan ketergantungan NAPZA yang terbagi menjadi empat tahap, yaitu dimulai dari respon adaptif sampai respon maladaptif. Pertama, ditandai dengan mabuk alamiah (*natural high*), aktivitas fisik dan meditasi. Kedua, penggunaan sekali-kali dari jenis tembakau, alkohol dan obat-obatan yang diresepkan dokter. Ketiga, sering menggunakan tembakau, alkohol, obat-obatan yang diresepkan dokter dan jenis obat berbahaya lainnya. Dan keempat, adalah respon yang paling maladaptif yaitu ketergantungan pada

tembakau dan alkohol serta penyalahgunaan atau ketergantungan jenis zat lain yang berbahaya .

Zat –zat berbahaya yang menyebabkan penyalahgunaan dan ketergantungan terdiri dari berbagai jenis zat. Menurut Videbeck (2006) terdiri dari sebelas zat, yaitu alkohol, amfetamin, kafein, ganja, kokain, halusinogen, inhalasia, nikotin, opiat, *phencyclidine* (PCP) dan sedatif-hipnotik. Para ahli mengelompokan jenis NAPZA berdasarkan efeknya terhadap susunan syaraf pusat (SSP) yaitu golongan depresan, stimulansia, dan halusinogen. Depresan merupakan zat yang berfungsi mengurangi aktifitas fungsional tubuh dan membuat pemakainya tenang, bahkan tertidur serta tidak sadarkan diri. Stimulan, yaitu jenis zat yang dapat merangsang fungsi tubuh dan meningkatkan kegairahan dalam aktivitas dan membuat pemakainya aktif, segar dan semangat, dan terakhir yaitu halusinogen zat yang dapat menimbulkan efek halusinsi yang dapat merubah perasaan serta pikiran (Frisch & Frisch, 2006 ; Stuart & Laraia, 2005; Doweiko, 2002). Menurut Widodo, Sarasvita, Isrizal dan Anwar (2003) contoh jenis NAPZA yang termasuk golongan depresan yaitu alkohol, inhaian (solven, aerosol, bensin dan lem), metadon, dan opiat (heroin, morfin dan kodein). Sedangkan yang termasuk golongan stimulasi adalah amfetamin, kafein, kokain, MDMA (ekstasi) dan nikotin. Dan golongan halusinogen yaitu PCP, LSD (*acid*), ganja, meskalin dan psilosibin (jamur ajaib) . Dapat peneliti simpulkan bahwa jenis –jenis NAPZA yang disalahgunakan dan menyebabkan ketergantungan bermacam- macam tergantung dari efek yang ditimbulkan terhadap susunan syaraf pusat.

Jenis NAPZA yang paling berat menimbulkan ketergantungan baik fisik maupun mental serta menimbulkan reaksi putus zat (*withdrawal*) yang lebih berat dibandingkan zat lainnya adalah opiat: heroin (Doweiko, 2002; Shives,2005 ;Videback,2006). Heroin dapat digunakan dengan cara dihisap atau disuntik (Depkes, 2002). Namun paling banyak ditemukan penggunaan heroin dengan cara disuntik, hal ini dikarenakan penggunaan dengan cara suntik akan mempercepat reaksi, dan lebih ekonomis. Pola penggunaan dengan cara disuntik pada pengguna NAPZA jenis heroin berdampak pada

resiko yang disebabkan karena tindakan penyuntikan, bahan pelarut bahkan juga perilaku saling tukar menukar jarum suntik diantara pengguna heroin.

Dampak penggunaan heroin dapat mengakibatkan gangguan kesehatan meliputi biologi, psikologis, sosial, spiritual, serta masalah ekonomi dan masalah hukum (Shives, 2005). Dampak terhadap kesehatan biologi, penyalahgunaan dan ketergantungan heroin dapat menyebabkan terjadinya gangguan seluruh sistem tubuh, seperti sistem syaraf, respirasi, gastrointestinal, kardiovaskuler dan sistem renal serta lain-lain. Termasuk didalamnya terjadi stroke, kanker, hepatitis, intoksikasi, overdosis, penyakit jantung paru dan HIV/AIDS (Depkes, 2002). Dampak terhadap psikologis termasuk didalamnya yaitu dorongan yang kuat untuk menggunakan zat kembali, menggunakan zat setelah pernah berhenti atau kembali lagi menggunakan zat dan harga diri rendah. Dampak terhadap bidang ekonomi yaitu seperti peningkatan biaya sebagai akibat upaya memperbaiki kesehatan dan kesejahteraan fisik dan psikologis, serta dampak lain terhadap keluarga dan pasangan adalah terjadinya perceraian, KDRT, kekerasan pada anak, peniayaan anak bahkan menelantarkan, dan kemiskinan pada keluarga (Shives, 2005). Dampak terhadap sosial dan hukum seperti peningkatan korban kecelakaan sepeda motor, kejahatan, kejadian bunuh diri, pelecehan seksual dan perilaku seks resiko tinggi (Stuart & Laraja, 2005). Serta dampak terhadap spiritual yaitu distres spiritual dan kegagalan pelaksanaan ritual atau aktivitas peribadahan (Hawari 2000).

Penelitian lain yang menunjukkan dampak negatif penggunaan heroin seperti yang dikemukakan oleh Olney (2009) bahwa beberapa hasil penelitian seperti: dampak finansial (*National Institute on Drug Abuse [NIDA], 1999*), menyebabkan gangguan harga diri (Readon, Coleman, & Cogle, 2004), dampak terhadap fisik (Al-Sanouri, Dikin, & Soubani, 2005; Wong, Maini, Rousset, & Brsic, 2003), dampak kognitif (Marlatt & Gordon, 1985; Thomas & Rockwood, 2001), dampak dalam hubungan sosial (Dulin, Hill, & Ellingson, 2006; White & Jackson, 2005), gangguan jiwa (Johnson, Brems & Burke, 2002; Watkins dkk., 2004), dampak spiritual (Butts, 2001; Polcin & Zemore 2004) , serta dampak terhadap perilaku kriminal (Horowitz, Sung &

Foster, 2006). Dapat peneliti simpulkan bahwa dampak akibat penggunaan dan ketergantungan heroin sangat luas, mulai dari diri pengguna sendiri, terhadap pasangan, keluarga, pendidikan, pekerjaan, hukum serta bagi masyarakat, Bangsa serta Negara.

Penanggulangan dampak ketergantungan heroin melalui beberapa pendekatan intervensi, meliputi tujuan jangka pendek dan jangka panjang. Tujuan intervensi jangka pendek meliputi penanganan gejala putus zat (*withdrawal*) dan tujuan jangka panjang meliputi mempertahankan penghentian total penggunaan heroin (*maintain abstinence*) atau mengurangi penggunaan dan akibat yang ditimbulkannya, mengurangi frekuensi dan keparahan kekambuhan serta mendapatkan fungsi sosial dan psikologis klien (Stuart & Laria, 2005; Stuart.G.W, 2009). Penanganan *withdrawal* disebut dengan *detoksifikasi* (Depkes, 2002; Stuart & Laraia, 2005). Terdapat beberapa macam *detoksifikasi* diantaranya tanpa obat atau *cold turkey*, dan *detoksifikasi* dengan penggunaan obat atau substitusi (Depkes, 2002). Penanganan mempertahankan penghentian total penggunaan dan melepaskan diri dari ketergantungan zat meliputi merubah gaya hidup klien, keterampilan cara pemecahan masalah, menambah kemampuan dalam keterampilan strategi koping (Marlatt, Parks & Witkiewitz, 2002), memperoleh kesehatan fisik dan jiwa, berkurangnya perilaku dan aktivitas kriminal, dan memfasilitasi kembalinya klien ke masyarakat seperti memperoleh status bekerja, dan memperoleh serta melanjutkan pendidikan, rumah dan fungsi sosial lainnya (Depkes, 2006).

Penanganan mempertahankan penghentian total penggunaan heroin diantaranya adalah penggunaan metadon. Metadon sebagai terapi jangka panjang dikenal dengan *methadone maintenance treatment (MMT)* atau program terapi rumatan metadon (PTRM), yaitu kegiatan memberikan metadon cair dalam bentuk sediaan oral kepada pasien sebagai terapi pengganti (*substitusi*) opiate, dengan prinsip *start low, go low, aim high*, artinya memulai dosis yang rendah, peningkatan dosis perlahan dan dosis rumatan yang tinggi adalah lebih efektif (Depkes, 2006). Selain itu klien yang mengikuti PTRM harus datang setiap hari pada layanan metadon (Zaller, Bazazi, Velazquez dan

Rich, 2009 : Depkes, 2006). Dengan prinsip PTRM tersebut, klien yang mengikuti PTRM akan menerima dosis awal yang rendah, yang secara perlahan akan ditingkatkan sampai mencapai dosis tetap sehingga kebutuhan akan metadon terpenuhi, dalam hal ini klien mampu melaksanakan fungsi dan perannya dengan cukup baik. Karena peningkatan dosis yang perlahan dibutuhkan kepatuhan dan kesadaran yang tinggi dari klien untuk tetap berada didalam PTRM. Meskipun PTRM efektif dalam mengurangi dampak penggunaan heroin tetapi banyak juga ditemui beberapa penelitian yang menunjukkan bahwa kejadian kekambuhan dan *drop out* pada klien PTRM cukup tinggi, yang disebabkan karena rendahnya kepatuhan dari klien (Hernandez.,dkk, 2009). Sebagai praktisi keperawatan dibidang ketergantungan NAPZA, peneliti sering sekali menemukan fenomena bahwa tidak mudah bagi klien ketergantungan heroin untuk bersikap 'sabar menunggu' atau tetap patuh dalam program selama memperoleh dosis yang tidak sesuai dengan harapan klien, hal ini dikarenakan sifat dasar klien ketergantungan heroin yang menginginkan segala hal diperoleh secara cepat, dan mudah serta terhindar dari rasa tidak nyaman akibat gejala putus. Hal ini sesuai dengan pendapat Hernandez, Martin, Isabel, Aznar dan Rodriguez (2009) bahwa klien dengan ketergantungan heroin menunjukkan tingkat kepatuhan yang rendah dibandingkan dengan klien penyakit infeksi lain. Tingkat kepatuhan klien yang rendah terhadap program pemulihan seperti PTRM dapat teridentifikasi melalui sikap dan perilaku seperti tidak melaksanakan program sesuai ketentuan, kembali kepada perilaku lama , bahkan berhenti dari program (*drop out*).

Kepatuhan klien ketergantungan heroin menjalani PTRM, berhubungan dengan dosis metadon yang adekuat. Hal ini diperkuat dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Maremmanni, Nardini, Zolesi dan Castrogiovanni (1994) terhadap 97 responden di Irlandia bahwa ada hubungan yang positif antara kepatuhan dengan dosis metadon yang adekuat. Selain itu penelitian dengan hasil yang sama juga dilakukan oleh Raffa.,dkk,(2007) yang menyatakan bahwa kepatuhan klien dalam program PTRM berhubungan dengan dosis metadon yang lebih tinggi, pemberian dosis yang tidak adekuat menyebabkan

masih ditemukannya penggunaan NAPZA selama dalam program PTRM (*relapse*) Lebih lanjut ditemukan pula bahwa dari 60 responden hanya 4 responden yang benar-benar bebas dari penggunaan semua jenis NAPZA (Raffa.,dkk,2007). Faktor lain yang berpengaruh terhadap kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM adalah faktor usia, jenis kelamin, status pekerjaan, pendidikan, kepercayaan diri, dan fungsi sosial (Ezat, Azimah, Rushidi & Ruhani,2009), sementara faktor lain yang ditemukan pada penelitian yang dilakukan oleh Avants.,dkk, (2001) faktor yang mempengaruhi kepatuhan yaitu kondisi depresi dan status emosi. Selain itu adanya dorongan yang kuat dalam diri pengguna sendiri untuk menggunakan heroin kembali, dorongan ini sering disebut *craving* atau *sugesti* (Jowana, 2004 ; Hawari, 2000), sehingga klien mengalami kekambuhan. Dapat peneliti pahami bahwa faktor penyebab tingkat kepatuhan yang rendah pada klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM diantaranya karena faktor internal seperti usia, jenis kelamin, kepercayaan diri, pendidikan, depresi dan status emosi serta faktor eksternal seperti dosis yang tidak adekuat atau efektif seperti harapan klien, serta tekanan sosial yang menyebabkan klien mengalami kekambuhan.

Kekambuhan menurut Olney,C.L., dkk (2009) adalah kembalinya kekeadaan penyakit setelah berada pada periode pemulihan. Begitupun dengan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM seperti yang dikemukakan oleh Polivy dan Herman (2002, dalam Khairunnisa, 2008) bahwa mayoritas klien yang berada pada proses pemulihan ketergantungan NAPZA termasuk didalamnya menggunakan PTRM akan mengalami kekambuhan pada suatu ketika dalam proses pemulihannya. Selain itu Anonim (2006,¶ 2 www.accesmylibrary.com diakses pada tanggal 20 Januari 2010) menjelaskan bahwa 70 % pasien PTRM mengalami kekambuhan. Penelitian yang dilakukan oleh Cushman (1981;Stimmel dkk, 1978 dalam Ward, Jeff, Mattick, Richard, Hall dan Wyne, 1998) didapatkan bahwa klien yang menjalani PTRM kurang dari setahun menunjukkan kekambuhan mencapai 86 %, 1 tahun sampai kurang dari 2 tahun kekambuhan mencapai 79 %, dan 2 tahun sampai kurang dari 3 tahun mengalami 67 % kekambuhan serta lebih dari 3 tahun terjadinya

kekambuhan mencapai 60 %. Sehingga dapat peneliti disimpulkan bahwa kekambuhan dipengaruhi oleh lamanya menjalani PTRM

Kecenderungan terjadinya tingkat kepatuhan yang rendah dan kekambuhan pada klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM, dipengaruhi oleh beberapa faktor. Menurut Freischhacker, Oehl, dan Hummel, M (2003) terdapat empat faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan seperti faktor individu, lingkungan, yang berhubungan dengan tenaga kesehatan dan yang berhubungan dengan pengobatan. Sedangkan kekambuhan disebabkan oleh ketidakmampuan klien mengatasi masalah seperti keadaan emosi yang negatif dan konflik sosial (Marlatt & Gordon, 1985), dorongan dan godaan menggunakan zat kembali atau *craving* (Simpson.,dkk, 1989 dalam McIntosh, & McKeganey, 2000), serta adanya rasa nikmat (Marlatt & Gordon,1985 dalam McIntosh & McKeganey, 2000). Selain itu komitmen yang lemah untuk berhenti memakai zat, tempat dan situasi yang beresiko tinggi juga berkontribusi terjadinya kekambuhan (Depkes, 2002), disfungsi keluarga dan dukungan sosial yang rendah (Mankowski, Humphreys & Moor,2001), dan adanya depresi, kecemasan, peristiwa kehidupan yang negatif, stress kerja dan konflik perkawinan (Billings & Moos,1983 dalam Hammerbacker & Lyvers, 2005).

Sehingga diperlukan suatu upaya atau intervensi seperti pemberian asuhan keperawatan dan tindakan lain agar tingkat kepatuhan yang rendah dan kekambuhan dapat dicegah atau diminimalisasi. Selain standar asuhan keperawatan, tindakan lain yang diperlukan untuk mengatasi tingkat kepatuhan rendah dan kekambuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM adalah *relapse prevention training (RPT)*. Seperti yang diungkapkan Parks dan Marlatt (2000) bahwa RPT dapat dilakukan untuk mengurangi angka kejadian kekambuhan pada klien ketergantungan heroin. RPT adalah program kendali diri yang didesain untuk mengedukasi seseorang yang berusaha untuk merubah perilakunya, mampu mengantisipasi dan mengatasi masalah kekambuhan (Depkes, 2002). Tujuan utama intervensi mengatasi kekambuhan pada klien adalah terbebasnya klien dari penggunaan zat dengan

mengajarkan klien bagaimana hidup sehat dan produktif sebagai seseorang yang bersih tanpa heroin dan wajar. Sedangkan tujuan dari RPT adalah mendidik seseorang agar mencapai suatu gaya hidup (*lifestyle*) yang seimbang dan mencegah terjadinya pola kebiasaan yang tidak sehat (Olney, 2009).

Pentingnya RPT pada klien yang menjalani PTRM didasarkan alasan bahwa meskipun PTRM efektif dalam mengurangi dampak penggunaan heroin tetapi banyak juga ditemui beberapa penelitian yang menunjukkan bahwa kejadian kekambuhan dan *drop out* pada klien PTRM cukup tinggi. Oleh karena itu kombinasi antara PTRM dengan RPT pada klien ketergantungan heroin memberikan manfaat terhadap pengurangan dampak buruk perilaku ketergantungan heroin. Penelitian selama 25 tahun terakhir RPT memberikan manfaat dan kerangka pengobatan pada beberapa jenis perilaku ketergantungan berupa mengurangi frekuensi, intensitas, dan durasi episode awal penggunaan zat (*lapse*), serta jika dibandingkan dengan jenis psikoterapi lainnya RPT lebih efektif untuk mempertahankan pengobatan program jangka panjang (Caroll, 1996 dalam Marlatt, Parks & Witkiewitz, 2002).

Strategi pelaksanaan RPT berbeda-beda. Menurut Wnigaratne, dkk (1995, dalam Marlatt, Parks dan Witkiewitz, 2002) menjadi lima langkah, yaitu : 1) Pengkajian, 2) wawasan/ tehnik meningkatkan kesadaran diri, 3) latihan keterampilan koping, 4) strategi kognitif dan 5) modifikasi gaya hidup. Sementara menurut Gorski, T (1985 ; 2003) pelaksanaan RPT dilakukan dalam sembilan langkah yaitu: 1) Stabilisasi, 2) pengkajian, 3) pendidikan tentang kekambuhan, 4) mengidentifikasi tanda peringatan bahaya, 5) manajemen tanda peringatan bahaya, 6) rencana pemulihan, 7) latihan inventarisir, 8) melibatkan keluarga sebagai *support system*, dan 9) *follow up* (evaluasi). Sedangkan ahli lain mengemukakan cukup dengan empat langkah pelaksanaan RPT, yaitu : 1) mengidentifikasi pola terjadinya kekambuhan melalui menggali lebih mendalam faktor pencetus penyebab kekambuhan (*triggered*), dan membantu klien mengembangkan tanda dan gejala kekambuhan, 2) monitoring diri sendiri, 3) mengembangkan kemampuan koping bersama klien, dan 4) pencegahan kekambuhan dan

mencapai sejahtera (Mathew. R, 2009). Penelitian tentang RPT yang dilakukan oleh Min, Lixu, Cheng, Ding, Yi dan Yuang (2005) di Cina ditemukan bahwa RPT terbukti efektif menurunkan kejadian kekambuhan mencapai 20 % dibandingkan kelompok kontrol dan meningkatkan proses pemulihan klien ketergantungan heroin setelah dilaksanakan intervensi selama 3 bulan.

Pada penelitian ini, pelaksanaan RPT yang akan dilakukan merupakan modifikasi dari Wrnigaratne, dkk (1995, dalam Marlatt, Parks & Witkiewitz, 2002), Gorski (1985 ; 2003) dan Mathew (2009). Seperti sesi satu sampai dengan sesi empat mengikuti tahap pelaksanaan dari Wrnigaratne., dkk (1995, dalam Marlatt, Parks & Witkiewitz, 2002) dan Mathew (2009) sesi lima dan enam mengikuti tahap pelaksanaan kedelapan dan kesembilan dari Gorski (1985;2003).

Penelitian akan dilakukan di wilayah DKI Jakarta. Berdasarkan Data Suku Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil Kota Administrasi. DKI Jakarta terbagi menjadi 5 wilayah kota madya dan 1 kabupaten administratif, yaitu Kotamadya Jakarta Pusat, Jakarta Utara, Jakarta Timur, Jakarta Barat, Jakarta Selatan, dan Kabupaten Administratif Kepulauan Seribu, dengan jumlah penduduk per Desember 2009 yaitu total 8.523.157 jiwa. Serta terdapat 46 Puskesmas kecamatan yang tersebar di DKI Jakarta. Menurut hasil penelitian BNN dan Puslitkes UI (2006) diperkirakan disetiap provinsi di Indonesia, termasuk DKI Jakarta telah ada angka penyalahgunaan NAPZA dengan kisaran 5,7 – 16,4%. DKI Jakarta menduduki posisi teratas diantara 7 Provinsi di Indonesia yang mempunyai prevalensi gangguan jiwa berat diatas prevalensi nasional yaitu lebih dari 0,5 %, dan termasuk kedalam 14 Provinsi yang mempunyai prevalensi gangguan mental emosional pada penduduknya yang berusia 15 tahun keatas diatas prevalensi nasional yaitu diatas 11,6 % (Riset Kesehatan Dasar, 2007). Yang termasuk didalam gangguan jiwa berat adalah penyalahgunaan dan ketergantungan NAPZA, DKI Jakarta mempunyai prevalensi penyalahgunaan dan ketergantungan NAPZA pertama yaitu 23 %,

dan akibat yang ditimbulkannya seperti prevalensi HIV/AIDS terbesar di Indonesia

Jenis NAPZA yang banyak dikonsumsi penduduk DKI Jakarta adalah heroin jenis "putaw", hal ini sesuai dengan hasil Penjajakan Keadaan secara Cepat (*Rapid Survey Assessment*), menunjukkan bahwa NAPZA yang paling populer di DKI Jakarta adalah heroin dengan cara penggunaan yang paling digemari adalah dengan menyuntik (*Centre of Harm Reduction, 2001*). Berdasarkan hasil penelitian oleh Zani, A.Y (2004) dari 364 responden di Jakarta, 90 % menggunakan heroin suntik/ putaw. hal ini diperkuat data dari Dinas Kesehatan DKI Jakarta pada tahun 2009 sedikitnya terdapat 32.000 pengguna NAPZA suntik di DKI Jakarta.

Kondisi inilah yang menjadikan DKI Jakarta dihadapkan kepada kompleksnya masalah-masalah kesehatan termasuk diantaranya penanganan dan penanggulangan ketergantungan NAPZA, khususnya ketergantungan heroin. Untuk mengatasi masalah penggunaan heroin suntik, maka sejak 2009 telah beroperasinya layanan PTRM di sebelas Puskesmas yang berada di DKI Jakarta. Saat ini terdapat lebih dari tiga belas layanan PTRM di Puskesmas kecamatan di DKI Jakarta, dengan pembagian koordinasi dibawah dua Rumah Sakit Besar yaitu RSKO Jakarta dan RS. Fatmawati. RSKO Jakarta saat ini memiliki sepuluh cabang pelayanan (satelit) PTRM yang terdapat di delapan Puskesmas Kecamatan Tanjung Priuk, Tebet, Jati Negara, Gambir, Tambora, Cengkareng, Koja, Kemayoran, dan dua rumah tahanan Cipinang dan Pondok Bambu.

Berdasarkan data enam bulan terakhir (Juli – Desember 2009) yang telah dikeluarkan oleh RSKO dan sepuluh satelit layanan PTRM yaitu Puskesmas Kecamatan Tanjung Priuk, Tebet, Jati Negara, Gambir, Tambora, Cengkareng, Koja, Kemayoran, dan Rutan Pondok Bambu dan Lapas Cipinang serta RSKO Jakarta didapatkan bahwa rata-rata kepatuhan atau *compliance* pada sepuluh layanan PTRM tersebut hanyalah mencapai 27,44 % (Lampiran 1). Dengan angka kejadian *drop out* mencapai 72,56, angka ini lebih tinggi dari nilai

standar yang ditetapkan oleh Depkes yaitu sekitar 45%. penelitian lain yang telah dilakukan untuk melihat efektifitas PTRM pada satu layanan PTRM seperti yang dilakukan oleh Subagyo, (2008) mengenai efektivitas program terapi rumatan metadon bagi pasien terdaftar di Puskesmas Kecamatan Tebet tahun 2007-2008, didapatkan dari 239 responden, aktif 125 orang (52,30 %), non aktif 114 orang (47,69 %) dengan penyebab non aktif adalah meninggal dunia 6 orang, dipenjara 7 orang, dan drop out 98 orang. Hasil pemeriksaan urinalisis jenis opiat (heroin) sewaktu dari layanan PTRM yang berada di DKI Jakarta, didapatkan rata-rata positif pada pemeriksaan tes urin mencapai 8 – 10 %.

Studi pendahuluan tentang tingkat kepatuhan dan kejadian kekambuhan terhadap sepuluh klien PTRM di RSKO Jakarta, didapatkan bahwa 3 orang (30 %) responden mengatakan masih menggunakan heroin (putaw) selama mengikuti program PTRM. Hal ini dikarenakan responden tidak mampu menolak keinginan menggunakan heroin kembali (*sugesti/craving*), tekanan sosial, mengalami konflik interpersonal dan status emosional yang negatif. Tingginya angka kejadian kekambuhan pada klien ketergantungan heroin yang mengikuti PTRM di DKI Jakarta perlu mendapatkan perhatian yang serius dari perawat. Hal ini dikarenakan sebagai salah satu tenaga yang terlibat di semua layanan PTRM, perawat mempunyai peran yang sangat strategis dan penting dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mengikuti PTRM melalui pemberian asuhan keperawatan dengan masalah ketidakmampuan menahan keinginan menggunakan heroin kembali termasuk tindakan pencegahan terjadinya penggunaan ulang NAPZA atau *relapse prevention*.

Sampai saat ini belum terdapat standar asuhan keperawatan untuk klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM. Selain itu Peneliti menemukan dari semua layanan PTRM teridentifikasi bahwa perawat belum melaksanakan asuhan keperawatan. Perawat juga belum mempunyai panduan atau standar pelaksanaan terapi tambahan lain untuk mengatasi kekambuhan pada klien seperti melaksanakan *relapse prevention training (RPT)*. Kecenderungan ketidakpatuhan dan kekambuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani

bekerja di layanan PTRM dikarenakan belum adanya standar asuhan keperawatan yang menjadi acuan perawat dalam memberikan pelayanan profesionalnya.

Berdasarkan uraian konsep dan kondisi realita diatas peneliti akan menerapkan asuhan keperawatan pada klien dengan ketidakmampuan mengatasi keinginan menggunakan zat kembali pada klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM di DKI Jakarta dan *relapse prevention training* (RPT). Hal ini dikarenakan DKI Jakarta merupakan Provinsi yang menduduki posisi pertama untuk kasus HIV/AIDS dan penyalahgunaan dan ketergantungan NAPZA di Indonesia, dengan kasus bervariasi, dan cukup banyak.

1.2 Perumusan Masalah

Klien dengan ketergantungan heroin, sampai saat ini masih menduduki peringkat teratas dibandingkan penggunaan NAPZA jenis lainnya. Penggunaan heroin dengan cara suntik berdampak buruk terhadap resiko penyebaran penyakit akibat pertukaran jarum suntik seperti Hepatitis C dan HIV/AIDS. Sulitnya klien melepaskan diri dari ketergantungan heroin menyebabkan klien sering keluar masuk pusat terapi mengatasi *withdrawal/detoksifikasi* dan *rehabilitasi* dikarenakan dua masalah utama, yaitu gejala putus zat (*withdrawal*) dan perasaan yang kuat untuk menggunakan NAPZA kembali (*craving/ sugesti*), yang menjadikan klien kembali menggunakan ulang NAPZA (*lapse atau relapse*). Dari sepuluh layanan PTRM yang berada di DKI Jakarta, standar asuhan keperawatan untuk mengatasi keinginan menggunakan heroin kembali serta kecenderungan terjadinya *relapse* pada klien yang mengikuti PTRM belum dilakukan.

Guna menurunkan kejadian kekambuhan pada klien ketergantungan heroin yang mengikuti PTRM, sehingga dicapai tingkat kepatuhan yang tinggi atau meminimalkan tingkat ketidakpatuhan klien dalam menjalani program, perlu diupayakan peningkatan kemampuan klien dalam mengidentifikasi faktor-faktor resiko kekambuhan, serta kemampuan dalam menghadapi situasi resiko

tinggi penggunaan ulang heroin melalui pemberian asuhan keperawatan dan *relapse prevention training* (RPT).

Bertolak dari pemikiran tersebut maka rumusan masalah penelitian ini

meliputi:

- a. Kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM di DKI Jakarta, hanya mencapai 27,44 %.
- b. Kekambuhan klien mencapai 86 % pada klien yang menjalani PTRM kurang dari setahun, 79 % terjadi kekambuhan pada 1 tahun sampai kurang dari 2 tahun, sedangkan 2 tahun sampai kurang dari 3 tahun mengalami 67 % dan lebih dari 3 tahun terjadinya kekambuhan mencapai 60 % (Cushman,1981;Stimmel.,dkk,1978 dalam Ward.,dkk,1998) .
- c. Penyebab terjadinya kekambuhan adalah karena kurangnya kepatuhan klien dalam menjalani program PTRM akibat dari dosis metadon yang kurang adekuat, ketidakmampuan klien menahan keinginan menggunakan heroin (*sugesti/craving*), tekanan sosial, mengalami konflik interpersonal dan status emosional yang negatif.
- d. Perawat yang melayani klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM di sepuluh layanan PTRM di DKI Jakarta, belum melaksanakan asuhan keperawatan untuk menurunkan kejadian kekambuhan akibat ketidakmampuan klien menolak keinginan menggunakan heroin kembali pada klien ketergantungan heroin yang mengikuti PTRM di sepuluh layanan PTRM yang berada di DKI Jakarta.
- e. Belum diterapkannya *Relapse Prevention Training* (RPT) untuk mengatasi kejadian kekambuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM di sepuluh layanan PTRM yang berada di DKI Jakarta.

Berdasarkan rumusan masalah diatas, peneliti akan melakukan pelatihan perawat di layanan PTRM yang berada di DKI Jakarta untuk melaksanakan asuhan keperawatan dan peneliti akan melakukan RPT. Maka pertanyaan penelitiannya adalah:

- a. Apakah ada perbedaan kejadian kekambuhan dan kepatuhan klien antara kelompok yang mendapatkan intervensi dengan kelompok yang tidak mendapatkan intervensi sesudah dilakukan asuhan keperawatan dan RPT klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM di DKI Jakarta.?
- b. Apakah karakteristik klien berkontribusi terhadap kejadian kekambuhan dan kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM di DKI Jakarta.?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengidentifikasi pengaruh *relapse prevention training (RPT)* terhadap kejadian kekambuhan dan tingkat kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM di DKI Jakarta.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik klien (usia, jenis kelamin, status pendidikan, status pekerjaan dan status perkawinan) pada klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM di DKI Jakarta.
- b. Mengidentifikasi kejadian kekambuhan dan tingkat kepatuhan pada klien sebelum dilakukan RPT pada kelompok yang mendapatkan RPT dan kelompok yang tidak mendapatkan RPT pada klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM di DKI Jakarta.
- c. Mengidentifikasi perbedaan kekambuhan dan tingkat kepatuhan klien sesudah RPT dilakukan pada kelompok yang mendapatkan RPT dan kelompok yang tidak mendapatkan RPT pada klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM di DKI Jakarta.
- d. Mengidentifikasi perbedaan kejadian kekambuhan dan tingkat kepatuhan kekambuhan klien sebelum dan sesudah RPT dilakukan pada kelompok

yang mendapatkan RPT dan kelompok yang tidak mendapatkan RPT pada klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM di DKI Jakarta.

- e. Mengidentifikasi hubungan karakteristik klien (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan) dengan kejadian kekambuhan, dan tingkat kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM di DKI Jakarta.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Aplikatif

- a. Menambah wawasan dan pengetahuan peneliti dalam menerapkan asuhan keperawatan sebagai kemampuan perawat generalis dan RPT sebagai suatu bentuk terapi individu yang dapat dilakukan oleh seorang perawat spesialis dalam menangani klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM .
- b. Menambah pengetahuan dan keterampilan perawat dalam memberikan intervensi keperawatan untuk mengatasi masalah keperawatan yang mungkin muncul pada klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM , bagi seluruh perawat yang bekerja di layanan PTRM yang berada di DKI Jakarta
- c. Meningkatkan kualitas asuhan keperawatan jiwa, khususnya kesehatan jiwa klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM sehingga secara tidak langsung dapat meningkatkan kualitas hidupnya.

1.4.2 Manfaat Keilmuan

- a. Metode *relapse prevention training (RPT)* sebagai salah satu terapi spesialis keperawatan jiwa bagi klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM .
- b. Penelitian ini sebagai *evidence based* dalam penerapan RPT pada klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM.

1.4.3 Manfaat Metodologi

- a. Dapat menerapkan teori atau metode yang terbaik dalam mencegah kejadian kekambuhan dan kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM

- b. Hasil penelitian berguna sebagai data dasar pengembangan terapi untuk mencegah kejadian kekambuhan dan meningkatkan kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM dengan menggunakan desain penelitian yang lainnya.



BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini menguraikan teori-teori yang mendasari penelitian. Konsep dan teori yang akan diuraikan meliputi konsep gangguan penggunaan NAPZA, ketergantungan heroin, Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM), kepatuhan, kekambuhan, asuhan keperawatan mengatasi keinginan menggunakan ulang heroin dan *relapse prevention training (RPT)*.

2.1 Gangguan Penggunaan NAPZA

Gangguan penggunaan NAPZA merupakan masalah yang kompleks, ditandai oleh dorongan penggunaan yang tidak terkendali untuk terus menggunakan zat, walaupun mengalami dampak yang negatif dan menimbulkan gangguan fungsi sehari-hari di rumah, sekolah maupun di masyarakat (Depkes, 2002). Sementara itu, menurut Stuart dan Laraia (2005) gangguan penggunaan NAPZA adalah gangguan menahun /kronis, sering kambuh, menimbulkan gangguan kesehatan serta berakibat pada genetik dan kehidupan sosial. Sedangkan menurut Joewana (2004) adalah penggunaan obat yang penggunaannya tidak mengikuti aturan pakai atau ketentuan dokter. Narkotika, psikotropika dan zat adiktif lainnya atau istilah lainnya narkotika dan obat berbahaya (Narkoba) adalah obat, bahan atau zat dan bukan tergolong makanan, yang jika diminum, dihisap, dihirup, ditelan atau disuntikkan akan berpengaruh terutama pada kerja otak (susunan saraf pusat) dan dapat menyebabkan ketergantungan (BNN, 2005). Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa gangguan penggunaan NAPZA adalah Penggunaan zat atau obat tanpa resep dari dokter, dapat bersifat tahunan/kronis, sering kambuh karena ada dorongan yang kuat dan tidak terkendali untuk terus menggunakan zat dan menimbulkan dampak negatif dalam fungsi sehari-hari bagi individu, keluarga dan masyarakat.

Menurut Shives (2005); Stuart dan Laraia (2005) Berdasarkan pengaruhnya terhadap susunan syaraf pusat (SSP) NAPZA digolongkan menjadi tiga golongan besar yaitu : golongan depresan, stimulansia dan halusinogen. Golongan depresan adalah jenis NAPZA yang berfungsi mengurangi aktifitas fungsional tubuh, jenis ini membuat pemakainya merasa tenang, pendiam, dan

bahkan membuat tidur dan tidak sadarkan diri. Golongan ini termasuk opioid (morfin, heroin/putaw, kodein), sedatif (penenang), hipnotik (obat tidur), tranquilizer (anti cemas), alkohol dalam dosis rendah. Golongan stimulan adalah jenis NAPZA yang dapat merangsang fungsi tubuh dan meningkatkan kegairahan kerja, jenis ini membuat pemakainya menjadi aktif, segar dan bersemangat. Yang termasuk golongan ini adalah kokain, amfetamin (shabu, ekstasi), kafein . Golongan halusinogen adalah jenis NAPZA yang dapat menimbulkan pengaruh halusinasi yang bersifat merubah perasaan dan pikiran dan seringkali menciptakan daya pandang yang berbeda sehingga seluruh perasaan dapat terganggu. Yang termasuk dalam golongan ini adalah ganja/kanabis, LSD, meskalin, fensiklidin, berbagai jenis jamur, tanaman kecubung dan lain-lain. Dapat peneliti simpulkan bahwa NAPZA dapat dibedakan berdasarkan Undang- Undang Narkotika, Psikotropika, dan Zat adiktif lainnya , dan berdasarkan pengaruhnya terhadap susunan syaraf pusat menjadi golongan depresan, stimulansia dan halusinogen (Stuart & Laraia, 2005).

Golongan NAPZA yang menyebabkan ketergantungan berdasarkan tahap penggunaan menurut Joewana (2004) dimulai dari yang ringan sampai dengan yang berat. Rentang penggunaan ringan dimulai dengan tahap awal yaitu tahap eksperimen atau coba – coba, hal ini di dorong oleh rasa ingin tahu yang besar dari klien. Pada tahap selanjutnya, klien berada dalam rentang penggunaan dengan maksud rekreasi dan bersenang – senang. Klien menggunakan NAPZA pada saat acara-acara khusus, seperti pesta ulang tahun dan acara lainnya. Selanjutnya penggunaan NAPZA pada situasi-situasi tertentu seperti pada saat frustrasi, kecewa, sedih, merasa gagal dan lain sebagainya yang disebut dengan pola penggunaan secara situasional. Selanjutnya klien berada pada rentang penggunaan penyalahgunaan , yaitu penggunaan NAPZA tanpa resep dari dokter dan terakhir yaitu terjadinya ketergantungan. Sementara itu Stuart dan Laraia (2005) menjelaskan rentang respon gangguan penggunaan NAPZA menjadi empat bagian dimulai dari respon adaptif sampai respon maladaptif. Pertama yaitu respon adaptif ditandai dengan mabuk alamiah (*natural high*), aktivitas fisik dan meditasi.

Tahap ke dua yaitu penggunaan sekali-kali dari tembakau, alkohol dan obat-obatan yang diresepkan oleh dokter. Ketiga klien semakin sering menggunakan tembakau, alkohol dan obat-obatan yang diresepkan oleh dokter serta jenis obat berbahaya lainnya. Dan keempat atau terakhir adalah respon yang paling maladaptif yaitu ketergantungan pada tembakau dan alkohol serta penyalahgunaan atau ketergantungan jenis zat lain yang berbahaya. Dari kedua rentang respon diatas dapat peneliti simpulkan bahwa proses klien menjadi ketergantungan NAPZA dibedakan berdasarkan tahap penggunaan NAPZA serta rentang respon penyalahgunaan dan ketergantungan NAPZA.

2.2 Ketergantungan Heroin

Konsep ketergantungan heroin yang akan dibahas pada bagian ini meliputi pengertian, kriteria klien ketergantungan heroin, proses terjadinya ketergantungan heroin, penilaian terhadap stressor, sumber koping, mekanisme koping, tanda dan gejala kekambuhan dan ketidakpatuhan ketergantungan heroin, diagnosa medik dan keperawatan serta rencana tindakan keperawatan.

2.2.1 Pengertian

Menurut Joewana (2004) ketergantungan adalah kondisi yang lebih berat dibandingkan dengan penyalahgunaan dimana individu telah menunjukkan ketergantungan fisik, psikologis serta emosional. Ketergantungan fisik yaitu munculnya gejala *withdrawal syndrome* atau sekumpulan gejala tidak nyaman akibat penghentian penggunaan zat, serta *toleransi* yaitu suatu upaya meningkatkan dosis agar klien dapat kembali merasakan efek yang diharapkannya, ketergantungan psikis dan emosional terjadi apabila penggunaan zat dihentikan maka individu akan mengalami kerinduan yang sangat kuat untuk menggunakan zat tersebut walaupun tidak mengalami gejala fisik (Joewana, 2004).

Menurut Depkes (2006) heroin adalah senyawa narkotika yang sangat keras dengan sifat adiksi yang sangat tinggi, berbentuk butiran, tepung atau cairan, heroin jenis populer saat ini adalah "putaw", diperoleh dari morfin melalui proses kimiawi yang dikenal dengan istilah *acetylion* (karena

menggunakan *asetic anhidrida* dan *acetyl chloride*). Sementara itu Badan Narkotika Nasional menjelaskan bahwa heroin merupakan golongan narkotika semi sintetik yang dihasilkan atas pengolahan morfin secara kimiawi melalui 4 tahapan sehingga diperoleh heroin murni berkadar 80% hingga 99%. (BNN, 2007). Penjelasan lain tentang heroin yaitu bahwa heroin termasuk dalam golongan depresan jenis NAPZA yang berfungsi mengurangi aktifitas fungsional tubuh, jenis ini membuat pemakainya merasa tenang, pendiam, dan bahkan membuat tidur dan tidak sadarkan diri. (Stuart & Laraia, 2005). Dari tiga pengertian heroin diatas, dapat peneliti simpulkan bahwa heroin adalah senyawa yang dapat berbentuk butiran, tepung, atau cairan yang berasal dari morfin melalui proses kimiawi yang mempunyai efek menekan susunan syaraf pusat sehingga menimbulkan pemakainya tenang, pendiam bahkan tertidur dan menyebabkan ketergantungan yang bersifat sangat kuat. Berdasarkan pengertian ketergantungan dan heroin dapat peneliti simpulkan bahwa ketergantungan heroin adalah suatu kondisi paling berat ditandai dengan adanya ketergantungan fisik, psikologis dan emosional akibat penggunaan zat yang berbentuk butiran, tepung atau cairan yang diperoleh dari pengolahan morfin secara kimiawi.

2.2.2 Proses Terjadinya Ketergantungan Heroin

Berikut ini dijelaskan proses terjadinya ketergantungan heroin dengan menggunakan pendekatan model Stuart dan Laraia (2005). Terjadinya ketergantungan dimulai dengan menganalisa faktor predisposisi, presipitasi, penilaian terhadap stresor, sumber koping dan mekanisme koping yang digunakan individu sehingga menghasilkan respon bersifat konstruktif dan destruktif dalam rentang adaptif sampai maladaptif (Stuart & Laraia, 2005).

2.2.2.1 Faktor Predisposisi

Stuart dan Laraia (2005) mengelompokan faktor predisposisi terjadinya ketergantungan heroin menjadi tiga yaitu teori biologi, psikologi dan sosial budaya.

a. Teori Biologi

Teori ini mengemukakan bahwa dalam jaringan tubuh manusia terutama otak dan sistem limbik, yaitu bagian otak yang berkaitan dengan emosi dan perilaku, terdapat apa yang disebut penerima (*reseptor*) opiat yang disebut *endogenous opioid like peptide* yang sifatnya dan khasiatnya mirip morfin. Terdapat empat jenis reseptor opiat yaitu *mu-receptor*, *kappa-receptor*, *delta-receptor* dan *gamma-receptor*. Metadon sebagai suatu analgetik dan euforian bekerja pada reseptor *Mu* (μ). *Mu-receptor* yang berhubungan dengan perilaku, menghilangkan rasa nyeri, euphoria, hipotermia. *Kappa-receptor* yang berhubungan dengan dampak sedasi, spinal analgesic, depresi pernafasan, miosis dan hipotermia, *delta-receptor* yang berhubungan dengan dampak psikotomimetik, disforia, halusinasi dan vasomotor stimulasi serta *gamma receptor* sebagai inhibisi otot polos, *spinal analgesic*. (Doweiko, 2002; Joewana, 2004).

Proses ketergantungan opiat/heroin dalam tubuh terjadi akibat menyesuaikan diri dengan pemakaian opiat berulang kali sehingga tubuh menambah jumlah reseptor opiat, maka terjadilah toleransi terhadap opiat. Bila pemakaian opioda termasuk metadon dihentikan, maka sel-sel bekerja keras dan timbul gejala putus opiat (Doweiko, 2002; Preston, D, 2006).

b. Teori Psikologi

Teori psikoanalisa melihat pengguna heroin mengalami fiksasi pada perkembangan fase oral, dan pencarian pemuasan/ kesenangan (Stuart & Laraia, 2005; Joewana, 2004). Psikologi perkembangan melihat bahwa remaja merupakan masa yang paling rentan terhadap penggunaan zat, hal ini dikarenakan adanya ketegangan, keresahan, kebingungan, perasaan tertekan sampai depresi akibat perubahan yang cepat baik fisik, emosional, seksual intelektual dan sosial serta masa pencarian jati diri yang ditandai oleh pemberontakan terhadap aturan, otoritas dan dominasi orang tua dan orang dewasa. Selain itu

remaja juga dipengaruhi kondisi kejiwaan yang labil, mudah berubah sikap dan pendirian serta mudah terpengaruh atau mengikuti trend atau mode terutama dari kelompok sebayanya, termasuk gaya hidup menggunakan heroin (Joewana, 2004). Selain itu, Masa remaja juga penuh keinginan kuat diterima oleh kelompok sebaya, bila kelompok sebaya tersebut menggunakan heroin maka remaja akan terjerumus kedalam penggunaan heroin (Hawari, 2006).

Teori Perilaku menurut Shives (2005) terjadi karena perubahan alam perasaan atau mood sebagai efek positif yang dirasakan dan mengurangi perasaan takut dan kecemasan. Teori ini menekankan pada proses pembiasaan atau pengkondisian oleh empat faktor penguat yaitu : penguat utama (*primary reinforcer*) yaitu perasaan subyektif yang menyenangkan akibat langsung dari penggunaan zat, penguat negatif (*negative reinforcer*) rasa sakit dan tidak nyaman karena tidak menggunakan zat (gejala putus). Penguat sekunder (*secondary reinforcer*) yaitu perubahan perilaku akibat penyalahgunaan zat misalnya, merasa lebih percaya diri. Serta penguat negatif sekunder (*secondary negative reinforcer*) yaitu gejala mirip sindrom putus zat bila yang bersangkutan melihat barang yang ada hubungannya dengan zat, misalnya jarum suntik (Joewana, 2004).

Teori kognitif menjelaskan bahwa pada pengguna heroin terdapat distorsi cara berpikir tentang penggunaan obat, para ahli melihat bahwa pengguna mempunyai harga diri rendah, perasaan ketergantungan, mudah frustrasi dan cemas, perilaku anti sosial dan ketakutan. Namun lebih jauh para ahli tidak dapat memastikan mana yang terlebih dahulu terjadi perilaku ketergantungan, karakteristik perilaku atau ketergantungan zat yang menjadikan klien mempunyai kepribadian demikian. Berman (2001; Sandock & Sandock, 2003 dalam Stuart & Laraia, 2005).

c. Teori Sosial Budaya

Beberapa faktor sosial budaya yang berpengaruh terjadinya ketergantungan heroin adalah seperti sikap, nilai, norma, bangsa, daerah, jenis kelamin, latar belakang keluarga dan lingkungan sosial (Stuart & Laraia, 2005). Selain itu kondisi sosial lain yang beresiko berkontribusi terjadi penyalahgunaan heroin seperti lingkungan kumuh, miskin, pengangguran dan lain sebagainya (Shives, 2005).

2.2.2.2 Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi adalah stimulus yang mengancam individu. Faktor presipitasi memerlukan energi yang besar dalam menghadapi stres atau tekanan hidup (Cohen, 2000 dalam Stuart & Laraia, 2005). Faktor presipitasi dapat bersifat biologis, psikologis maupun sosial kultural. Waktu (berapa lama terpapar dan berapa frekuensi terjadinya stres) merupakan hal yang mempengaruhi terjadinya stres. Menurut Stuart dan Laraia (2005) dan Frisch dan Frisch (2006) penyebab klien menggunakan kembali heroin adalah adanya *craving*. *Craving* merupakan dorongan yang kuat, sering tidak terkendali untuk menggunakan opiat /heroin kembali (Bauner, 1992 dalam Frisch & Frisch, 2006 ; Stuart & Laraia, 2005). *Craving* terjadi karena interaksi heroin pada reseptor sel syaraf spesifik, (*endogeneous opiate like peptidin*) yang menghambat kerja *neurotransmitter* normal didalam otak (Stuart & Laraia, 2005; Doweiko, 2002) Reseptor heroin contohnya secara normalnya berespon pada syaraf otak neurotransmitter mirip opiat (seperti *endorphin, enkephalin, and dynorphin*). Penggunaan heroin yang terus menerus merubah sistem *dopamine mesolimbic* yaitu jalur di otak yang khusus untuk memproduksi sel dopamin dalam batang otak dan merupakan tempat target di otak, yang khusus menciptakan perasaan negatif selama *craving*. Selain itu merubah

pola pikir yang beresiko terjadi kekambuhan bertahun-tahun, bahkan sepanjang hidup. Heroin juga menghambat jalur *cyclic adenosine monophosphate (cAMP)*, cAMP adalah satu zat kimia dalam sel target yang bisa diaktivasi atau dihambat. Banyak zat menghambat respon cAMP, dan diasumsikan untuk kontribusi penguat zat bekerja. Sel-sel otak mencoba kompensasi saat kehilangan cAMP dengan membuat banyak cAMP dan molekul lain (toleransi zat). Karena sel-sel otak terus memproduksi cAMP, menunjukkan gejala withdrawal (seperti *dysphoria* dan hilangnya motivasi). Dengan penggunaan zat yang kronis tentu sel syaraf lain lebih mudah dirangsang, pengguna lebih sensitif pada zat atau kondisi stress. Sensasi ini merupakan faktor kuat terjadinya kekambuhan/*relapse* sehingga menggunakan heroin kembali.

2.2.3 Penilaian Terhadap *Stressor*

Menurut Lazarus (1984, dalam Hill, 2004) saat klien dihadapkan pada stressor maka akan mengalami stress, lalu membuat penilaian yang disebut *cognitive appraisal*, yaitu interpretasi individu terhadap situasi dan sumber-sumber yang dimiliki untuk menghadapi stressor. Fungsi kognitif itu mencakup perhatian, memori, konsentrasi, keputusan, kemampuan belajar, orientasi, persepsi dan kemampuan menyelesaikan masalah (McDougall, 1990, dalam Hill, 2004). Kelemahan fungsi kognitif akan meningkat dengan meningkatnya umur yang nantinya mempengaruhi kemampuan klien terhadap penilaian.

Ada tiga tipe penilaian yaitu *primary appraisal*, *secondary appraisal* dan *reappraisal*. *Primary appraisal* merupakan proses individu dalam menerima ancaman yang datang. *Primary appraisal* termasuk penilaian klien dalam mempresepsikan keadaan sebagai suatu kehilangan (*harm/loss*) pada saat sekarang, yang mengancam (*threat*) dan menjadi tantangan (*challenge*) untuk mengatasinya. *Primary appraisal* berfungsi mengevaluasi suatu situasi dari sudut implikasinya terhadap klien, yaitu apakah menguntungkan, merugikan atau membahayakan klien tersebut (Lazarus & Folkman, 1984 dalam Hill,

2004). Setelah klien menilai bahwa dirinya dihadapkan pada situasi yang mengancam maka ia akan melakukan *secondary appraisal*, yaitu proses yang dikembangkan klien untuk berespon secara potensial menghadapi ancaman dengan menilai sumber daya atau kemampuan koping (Lazarus & Folkman, 1984, dalam Hill, 2004). Selanjutnya klien akan melakukan *reappraisal* yaitu penilaian kembali terhadap jenis koping yang akan digunakan untuk merespon dan mengatasi *stressor* (Lazarus & Folkman, 1984). Penilaian terhadap stresor merupakan proses evaluasi secara menyeluruh terhadap sumber stres untuk melihat makna terhadap suatu situasi yang dialami individu termasuk didalamnya penilaian kognitif, afektif, fisiologis dan perilaku dan respon sosial (Stuart & Laraia, 2005).

Klien menggunakan zat karena rasa ingin tahu, dorongan menjadi dewasa, menunjukkan otoritas tekanan teman sebaya, menghindari ketidaknyamanan/ rasa sakit, dan dorongan merasakan kenyamanan. Efek zat seperti yang diharapkan akan membuat terus menggunakannya. Persepsi bahwa zat dapat memecahkan masalah sehingga gagal mengembangkan mekanisme koping yang lebih sehat. Berangsur-angsur penggunaan zat semakin bertambah untuk mendapatkan efek yang diharapkan.

2.2.4 Sumber Koping

Menurut Stuart dan Laraia (2005) sumber koping adalah pilihan atau strategi yang membantu menetapkan apa yang dapat dilakukan seperti asset ekonomi, kemampuan dan keterampilan, tehnik bertahan, dukungan sosial dan motivasi. Sumber koping lainnya meliputi kesehatan dan energi, dukungan spiritual, keyakinan positif, pemecahan masalah dan keterampilan sosial, sumber materi dan sosial, dan kesejahteraan fisik. Sumber koping terbagi menjadi dua, internal dan eksternal. Sumber koping internal dihubungkan dengan motivasi yakni faktor dalam diri seseorang untuk menggerakkan dan mengarahkan perilakunya untuk memenuhi tujuan tertentu (Gitosudarmo, 1997 dalam Renidayani, 2009). Proses motivasi dipengaruhi berbagai aspek, yaitu; 1) kebutuhan yang belum terpenuhi; 2) cara untuk memuaskan keinginan; 3) keinginan seseorang mencapai tujuan atau prestasi; 4) imbalan yang diterima atas prestasi yang didapat.

Sedangkan sumber koping eksternal dihubungkan dengan adanya dukungan sosial. Dukungan sosial yang diberikan dapat berupa dukungan emosional dalam bentuk berbagi perasaan dengan klien, peduli dan menunjukkan kasih sayang, memberikan umpan balik, menjadi pendengar yang baik dan teman bicara bagi klien (Stuart & Laraia, 2005).

Kelly, Blacksin, dan Mason (2001, dalam Stuart & Laraia, 2005) klien dengan ketergantungan heroin kemungkinan tidak dapat mengembangkan keterampilan pemecahan masalah dalam kehidupannya. Tidak mempunyai asset sosial, material ekonomi dan dukungan pemulihan, dan tidak mempunyai keterampilan intelektual dan kepribadian yang berkontribusi pada perubahan kepada hal positif (Stuart & Laraia, 2005). Sumber koping memungkinkan klien ketergantungan heroin untuk bertahan hidup, hal ini meliputi komunikasi yang efektif dan keterampilan keasertifan, sistem pendukung sosial yang kuat, alternatif kegiatan yang menyenangkan, tehnik reduksi stress, keterampilan kerja dan motivasi untuk mengubah perilaku (Stuart & Sundeen, 2005).

2.2. 5 Mekanisme Koping

Stress dan ketakutan dapat terjadi ketika individu tidak mampu dalam mempertahankan kestabilan lingkungan . Melalui evaluasi terhadap stresor dan penggunaan strategi pertahanan, proses koping digunakan untuk mengatasi gangguan dalam lingkungan seseorang (Lazarus, 1985). Identifikasi terhadap ego dinyatakan sebagai komponen kepribadian yang berfungsi sebagai pengatur penyelesaian masalah dan berfikir secara rasional (Townsend, 2005).

Menurut Lazarus koping sebagai upaya perubahan kognitif dan perilaku secara konstan untuk mengatasi secara khusus tuntutan internal dan eksternal yang dinilai melebihi kemampuan dan sumber daya yang dimiliki klien. Selain itu koping adalah kekuatan yang stabil untuk menangani stress dan mengontrol emosi terhadap situasi stress. Menurut Pargament (1997, dalam Wenger, 2003) menjelaskan bahwa koping ditemukan ketika klien

dihadapkan pada beberapa situasi, dimana koping merupakan proses yang *multidimensional* dan *multilayered*. Pargament lebih lanjut menjelaskan bahwa ketika klien dihadapkan pada stressor maka akan berusaha mengatasinya dengan menggunakan beberapa respon dan tindakan yang mungkin untuk dilakukan.

Strategi koping dipengaruhi oleh karakteristik individu/ klien, pengalaman klien pada situasi serupa, persepsi klien terhadap kemampuan dirinya dan lingkungannya serta berbagai sumber daya personal dan lingkungan sebagai system pendukung. Sementara itu yang termasuk dalam karakteristik klien adalah umur, jenis kelamin, intelegensia, pendidikan, kesehatan, dan keyakinan (Hobfoll, Greenberg & Solomon, 1996, dalam Hill, 2004).

Lazarus dan Folkman (1984, dalam Hill, 2004) melalui hasil risetnya mengembangkan tiga bentuk koping termasuk koping yang efektif yaitu : tipe *problem focused coping*, *emotion focused coping* dan gabungan *problem focused coping- emotion focused coping (seeking social support)*. *Problem focused coping* meliputi upaya klien mengatasi ancaman yang diarahkan pada stressor untuk memecahkan masalah, dengan cara mengubah masalah yang dihadapi, mempertahankan tingkah laku atau dengan mengubah masalah yang dihadapi. Klien akan menggunakan strategi ini bila menilai situasi yang dihadapinya dapat dikontrol dan yakin akan mampu mengubahnya. Lebih lanjut Lazarus membagi *problem focused coping* menjadi empat jenis koping yaitu ; a) *confronting*, usaha secara tegas berupa tindakan asertif untuk mengubah situasi dan menimbulkan permusuhan; b) *accepting responsibility*, upaya menerima kenyataan dan berusaha berbuat lebih baik kedepan; c) *plannful problem solving*, upaya aktif menghilangkan sumber stress dengan menganalisa masalah untuk mendapatkan solusi dan melakukan tindakan langsung mengatasi stressor; dan d) *positive reappraisal*, upaya mengatasi stressor dengan menanamkan makna yang positif.

Sementara *emotion focused coping* meliputi upaya dengan mengorientasikan klien untuk mengurangi emosi bersifat negatif berupa ketegangan dan

perasaan yang tidak menyenangkan yang muncul akibat stress, antara lain dengan cara menggunakan mekanisme pertahanan ego seperti denial dan supresi. *Emotion focused coping* dibagi menjadi tiga jenis koping yaitu ; a) *distancing*, upaya yang menjauhkan diri dari stressor dan berusaha memandang dari sudut yang positif; b) *self controlling*, berusaha mengontrol perasaan dan tindakannya dalam menghadapi stressor, dan c) *escape avoidance*, upaya menghindari stressor seperti dengan menghentikan upaya mengatasi stress, tidak mau menerima kenyataan dan lari dari masalah (Lazarus & Folkman, 1984 dalam Hill, 2004)

Klien menggunakan beberapa mekanisme pertahanan diri dalam menghindari kenyataan perilaku ketergantungannya. Mekanisme pertahanan diri yang konstruktif apabila mekanisme koping berfokus pada masalah dan bertanggungjawab terhadap penggunaan heroin dan mencari cara berubah atau mencari bantuan. (Stuart & Laraia, 2005). Mekanisme koping yang sering digunakan pada klien ketergantungan heroin adalah minimisasi, denial, proyeksi dan rasionalisasi (Frisch & Frisch, 2006 ; Stuart & Laraia, 2005).

- a. Minimisasi adalah upaya pengurangan jumlah penggunaan dan konsekuensi yang ditimbulkan akibat perilaku ketergantungannya. (Doweiko, 2002; Stuart & Sundeen, 2005).
- b. Denial adalah penyangkalan terhadap kenyataan meskipun didasari bukti. Doweiko (2002) Denial adalah bentuk pertahanan dibawah alam sadar primitif biasanya ditemukan pada klien yang mempunyai pengalaman yang interen bermakna dan distress interpersonal.
- c. Proyeksi adalah memindahkan pikiran, dorongan, impuls emosional dan keinginan-keinginan yang dapat diterima orang lain. Pada orang yang melakukan mekanisme koping proyeksi, ide atau keinginan individu akan dialihkan kepada orang lain sampai orang lain yang diajak berinteraksi dapat menerima idenya tersebut.
- d. Rasionalisasi adalah penjelasan secara intelektual . Rasionalisasi adalah percobaan klien untuk menjelaskan perasaan, motif, atau

perilaku yang sesungguhnya tidak berdasar, tidak logik dan tidak bisa diterima (Kaplan & Sandok, 1996 dalam Doweiko,2002).

Dari pendapat-pendapat diatas dapat disimpulkan bahwa koping adalah upaya yang dilakukan oleh klien untuk mengatasi situasi stress dengan menggunakan sumber daya dan kemampuan yang dimiliki, serta dipengaruhi oleh pengalaman, persepsi, lingkungan, serta berbagai sumber daya personal seperti sstem pendukung. Selain karakteristik klien seperti umur, jenis kelamin, intelegensia, pendidikan, kesehatan, dan keyakinan. Mekanisme koping yang biasa digunakan pada klien ketergantungan heroin seperti minimisasi, denial, proyeksi, dan rasionalisasi .

2.2.6 Tanda dan Gejala Ketergantungan Heroin

Tanda dan gejala ketergantungan heroin menurut Stuart dan Laraia (2005) ; Depkes , 2006 ; Hawari , 2006) meliputi tanda dan gejala yang dapat digolongkan dalam tanda dan gejala fisik, kognitif, perilaku dan afektif. Berikut ini dijelaskan tanda dan gejala ketergantungan heroin secara rinci

2.2.6.1 Tanda dan gejala fisik penggunaan heroin adalah konstriksi pupil, mengantuk, nausea, konstipasi, atau terdapat bekas luka sepanjang pembuluh darah balik/ vena dilengan, dipunggung tangan dan lain sebagainya akibat penyuntikan yang tidak steril bahkan kesadaran menurun atau koma (Hawari, 2000; Joewana, 2004 ; Stuart & Laraia, 2005), mulut kering, menurunkan tekanan darah, konstriksi pupil, dan efek pada saluran cerna yaitu memperlambat pengosongan lambung karena mengurangi motilitas, meningkatkan tonus sfingter pilorik, dan meningkatkan tonus sfingter Oddi yang berakibat spasme saluran empedu gangguan tidur, mual muntah, berkeringat, vasodilatasi dan gatal-gatal, menstruasi tidak teratur, ginekomastia dan disfungsi seksual pada pria, serta retensi cairan dan penambahan berat badan (Depkes, 2006).

2.2.6.2 Tanda dan gejala kognitif, terkait dengan pemilihan jenis koping, reaksi emosi, fisiologik dan emosi. Penilaian kognitif merupakan

tanggapan atau pendapat klien terhadap diri sendiri, orang lain dan lingkungan (Stuart & Laraia, 2005). Tanda dan gejala kognitif klien dengan ketergantungan heroin klien menunjukkan kesulitan menerima informasi dan berespon terhadap informasi yang diterima, hendaya/ disfungsi perhatian atau daya ingat, menyangkal perilaku ketergantungannya dan akibat yang ditimbulkannya, memproyeksikan tanggung jawab terhadap perilakunya, menyalahkan sesuatu diluar dirinya (orang tua, teman, lingkungan). Pengetahuan mengatasi stress dan pemecahan masalah yang kurang (Stuart & Laraia, 2005).

Oleh karena itu dapat peneliti simpulkan perubahan kognitif ketergantungan heroin berupa gangguan dalam kognitif klien , berupa kesulitan konsentrasi dan menerima informasi, perubahan pola pikir menjadi destruktif seperti berpikir bahwa heroin dapat menyelesaikan masalah kesulitan hidup yang dihadapi.

- 2.2.6.3 Tanda dan gejala perilaku, dihubungkan dengan tingkah laku yang ditampilkan atau kegiatan yang dilakukan klien berkaitan dengan pandangannya terhadap diri sendiri, orang lain dan lingkungan (Stuart & Laraia, 2005). Pada klien ketergantungan heroin perilaku yang ditampilkan yaitu *euforia* , relaksasi, apatis, agitatif atau retardasi psikomotor, hendaya dalam daya penilaian, harga diri rendah, ketidakmampuan menyesuaikan diri dengan lingkungan sekitar, gangguan menilai realitas dan gangguan dalam fungsi sosial dan pekerjaan atau fungsi penting lainnya (Hawari, 2006 ; Joewana 2004).

Berdasarkan pengalaman peneliti sebagai praktisi dibidang ketergantungan NAPZA, tanda dan gejala perilaku yang terlihat pada klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM seperti menunjukkan adanya kesulitan klien untuk beradaptasi dengan lingkungan sekitar khususnya dengan individu yang bukan sesama

pengguna, menunjukkan perilaku kecenderungan melawan aturan atau hukum kebiasaan, manipulasi dan memanfaatkan suatu hal demi kepentingan klien.

2.2.6.4 Tanda dan gejala afektif, terkait dengan respon emosi dalam Menghadapi masalah (Stuart & Laraia, 2005). Klien ketergantungan heroin dapat merasa nyaman, hilang rasa nyeri, perasaan sejahtera, apatis bahkan tidak peduli dengan lingkungan sekitar. Selain itu peneliti juga menemukan bahwa perubahan afektif klien ketergantungan heroin dapat berupa perasaan mudah putus asa, rendah diri dan sensitif.

2.2.7 Diagnosa Medik dan Diagnosa Keperawatan

2.2.7.1 Diagnosa Medik

Diagnosa medik mengacu kepada *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition, Text Revision (DSM-IV-TR)* dan *International Clasification of Diseases Ten Edition (ICD -X)* yaitu intoksikasi opiat (Stuart & Laraia, 2005). Sedangkan di Indonesia menggunakan perpaduan antara DSM-IV-TR dan ICD-X yaitu Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa yang ke III (PPDGJ III).

Kriteria Diagnostik Intoksikasi Opioid (ICD X) yaitu :

- 1).Baru saja mengkonsumsi opioid (termasuk heroin)
- 2).Perilaku maladaptif yang secara klinis mencolok atau adanya perubahan psikologis (misalnya euforia pada permulaan diikuti dengan apatis, disforia, agitatif atau retardasi psikomotor, hendaya dalam daya penilaian, fungsi sosial atau pekerjaan, yang berkembang atau segera sesudah mengkonsumsi opioid).
- 3).Konstriksi pupil (atau dilatasi pupil disebabkan karena anoksia akibat *overdosis* yang berat) dan satu (atau lebih) dari gejala berikut, yang terjadi tidak lama sesudah mengkonsumsi opiat: kesadaran menurun atau koma, cadel dan hendaya (disfungsi) pada perhatian atau daya ingat. Gejala tersebut tidak disebabkan karena

kondisi medik umum dan bukan disebabkan karena gangguan jiwa lain.

Pedoman Penggolongan Diagnosa Gangguan Jiwa (PPDGJ) III di tulis dengan pengkodean F11.- yaitu gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan opiat. Ditambah dengan kode empat dan lima karakter yang dapat digunakan untuk menentukan kondisi klinisnya.

F1x.2 Sindroma ketergantungan

.22 Kini dalam pengawasan klinik atau dengan pengobatan pengganti (ketergantungan terkendali).

.24 Kini sedang menggunakan zat (ketergantungan aktif)

Diagnosis Multiaksial

Aksis I Kondisi lain yang menjadi fokus perhatian klinis

Aksis II Gangguan Kepribadian

Aksis III Kondisi Medik Umum

Aksis IV Masalah Psikososial dan Lingkungan (keluarga, lingkungan sosial, pendidikan, pekerjaan, perumahan, ekonomi, akses pelayanan kesehatan, hukum, psikososial).

Aksis V Penilaian Fungsi Secara Global (Global Assesment of Functioning = GAF Scale).

Diagnosa medik, aksis I yang mungkin muncul pada klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM yaitu: Aksis I F11.22 (Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan opioidida kini dalam pengawasan klinik atau dengan pengobatan pengganti /ketergantungan terkendali). Dan jika klien mengalami kekambuhan maka diagnosa mediknya yaitu F11.24 (Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan opioidida kini sedang menggunakan zat/ ketergantungan aktif).

2.2.7.2 Diagnosa Keperawatan

Penetapan diagnosa keperawatan pada klien ketergantungan heroin dilakukan berdasarkan analisa data yang diperoleh dari pengkajian

secara holistik. Pada penetapan diagnosa ketergantungan heroin seorang perawat jiwa profesional menekankan pada analisa dan sintesa data yang dikumpulkan. Analisa dan sintesa dilakukan mengacu pada data obyektif berupa data yang dapat diukur dengan menggunakan standar pengukuran dan data subyektif yang diperoleh dari pernyataan klien terhadap fungsi fisik, kognitif, afektif dan emosi yang terganggu. Diagnosa keperawatan utama mengacu kepada NANDA yaitu koping individu tidak efektif: tidak mampu mengatasi keinginan menggunakan zat kembali (Stuat & Laraja, 2005 ; Frisch & Frisch, 2006). Diagnosa keperawatan lain adalah: regimen terapeutik tidak efektif (Nanda, 2005).

Diagnosa keperawatan koping individu tidak efektif ; tidak mampu menolak keinginan menggunakan ulang heroin . Biasanya klien mengatakan keinginan untuk bebas heroin ada, namun tidak kuasa menolak dorongan kuat untuk menggunakan heroin setiap kali mengunjungi tempat-tempat yang biasa dikunjungi saat menggunakan zat, bertemu sesama pengguna atau bandar serta setiap kali mengalami peristiwa dan perasaan tidak nyaman dalam kejadian sehari-hari. Selain itu, ditemukan juga data atau riwayat penggunaan heroin saat dalam proses pemulihan/ program perawatan, serta sumber koping yang minim atau tidak ada.

2.2.8 Rencana Tindakan Keperawatan

Rencana intervensi penyalahgunaan dan ketergantungan NAPZA mengacu pada pedoman intervensi keperawatan atau *nursing intervention classification (NIC)* dan *nursing outcome criteria (NOC)* . Menurut Moorhead, Jonhson, Mean dan Swanson (2008) dalam *Nursing Outcomes Clasification* mengontrol resiko penggunaan zat (heroin) didefinisikan sebagai tindakan-tindakan klien untuk mencegah, menghilangkan atau mengurangi pola penggunaan zat sebagai proses mengancam kesehatan, dengan domain pengetahuan dan perilaku. Sedangkan menurut Bulechek, Butcher dan Dochterman (2008) dalam

Nursing Interventions Clasification menjelaskan bahwa intervensi utama untuk area spesialis keperawatan seperti keperawatan adiksi, manajemen perilaku, modifikasi perilaku, memperbaiki dan meningkatkan koping, mediasi konflik, konseling dan memperbaiki kesadaran diri serta identifikasi factor resiko.

Mengatasi koping individu tidak efektif : tidak mampu mengatasi keinginan menggunakan ulang heroin, intervensi yang dapat dilakukan adalah mendiskusikan dampak penggunaan heroin bagi kesehatan, cara meningkatkan motivasi berhenti dan cara mengontrol keinginan. Melatih cara meningkatkan motivasi dan cara mengontrol keinginan, selanjutnya mengevaluasi cara mengontrol keinginan dengan menghindar, mendiskusikan cara menyelesaikan masalah jika dituduh pakai lagi dan cara hidup sehat serta melatih cara penyelesaian masalah dan cara hidup sehat. Memasukan ke dalam jadwal latihan dan menjelaskan minum obat. (Keliat., dkk., 2006).

Tindakan keperawatan juga dapat dilakukan dengan pendekatan bahwa klien sebagai sistem terbuka yang berinteraksi dan dipengaruhi oleh lingkungan. pada 4 (empat) terapi yaitu terapi individu, keluarga, kelompok dan komunitas. Pada diagnosa keperawatan ketergantungan heroin, pengembangan terapi dilakukan dengan menganalisa kebutuhan dan pendekatan yang tepat dari setiap terapi yang dilakukan baik individu, keluarga, kelompok maupun komunitas.

Menurut Stuart dan Laraia (2005), terapi individu yang dapat diberikan pada klien ketergantungan heroin adalah terapi pikiran (*cognitive therapy*), *Social Skills Training* (SST) dan *Cognitive Behavior Therapy* (CBT). CBT merupakan terapi yang paling sering digunakan terapi ini dilakukan pasca detoksifikasi dilakukan sebanyak 12-20 sesi seminggu sekali, didasarkan pada *sosial learning theories* dengan analisis fungsional dan latihan keterampilan terhadap klien. CBT dapat diberikan secara individu ataupun kelompok. Terapi lain yang efektif untuk klien ketergantungan heroin adalah *relapse prevention training*

(RPT), yaitu terapi dengan pendekatan CBT. Menurut Min, Lixu, Cheung, Yi dan Yuang (2005) RPT dapat dilakukan 2-3x/minggu untuk seting dalam Rumah sakit, atau 1x/minggu pada klien rawat jalan. Terapi pada kelompok klien seperti *psikoedukasi* dan *supportive therapy*, *self help group (N.A)* atau *the 12-step recovery program*. Terapi keluarga seperti psikoedukasi keluarga .

2.3 Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM)

2.3.1 Pengertian

Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM) adalah program pengobatan jangka panjang yang efektif untuk ketergantungan heroin (Zaller, Bazazi, Velazquez & Rich, 2009) Sementara itu definisi lain menurut Depkes (2006) adalah sebagai kegiatan memberikan metadon cair dalam bentuk sediaan oral sebagai terapi pengganti opiat dengan pendekatan mengurangi dampak buruk . Program Terapi Rumatan Metadon adalah layanan rumatan atau pemeliharaan yang diberikan kepada pengguna heroin jarum suntik, berupa penyediaan dan pemberian metadon (sebagai obat legal) yang dikonsumsi secara oral atau dengan diminum, sebagai pengganti NAPZA (obat ilegal) yang dikonsumsi dengan cara menyuntik. Program ini merupakan program pemeliharaan jangka panjang yang bisa sampai 2 tahun atau lebih (Depkes, 2006).

Dari tiga pengertian PTRM dapat peneliti simpulkan bahwa PTRM adalah program jangka panjang yang efektif untuk ketergantungan heroin melalui pemberian metadon cair dalam bentuk sediaan oral. Klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM adalah klien yang mengalami kondisi berat akibat penggunaan heroin yang menyebabkan ketergantungan baik fisik, psikologis dan emosional menjalani program terapi yang menggunakan metadon cair dalam bentuk sediaan oral sebagai terapi pengganti ketergantungan heroin yang digunakan untuk jangka waktu yang panjang .

Metadon yang digunakan sebagai terapi ini bentuknya cair, sebagai zat substitusi dari heroin dengan sifat kecanduan/ adiksi metadon tidak lebih buruk dari pada heroin, serta keadaan putus zat metadon lebih panjang dibandingkan heroin tetapi tidak lebih berat, selain itu sugesti/craving yang ditimbulkan metadon tidak sebesar sugesti/craving yang ditimbulkan heroin (Preston. D , 2006).

2.3.2 Kriteria Klien Ketergantungan Heroin yang Menjalani PTRM

Depkes (2006) memberikan kriteria inklusi dan eksklusi klien yang dapat menjalani PTRM seperti kriteria inklusi harus meliputi:

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

Dan, memiliki kriteria eksklusi meliputi:

- a. Pasien dengan penyakit fisik berat. Hal ini perlu pertimbangan khusus yakni meminta pendapat banding profesi medik terkait.
- b. Psikosis yang jelas, perlu pertimbangan psikiater untuk menentukan langkah terapi.
- c. Retardasi Mental yang jelas, perlu pertimbangan psikiater untuk menentukan langkah terapi. Program Terapi Metadon tidak diberikan pada pasien dalam keadaan *overdosis* atau intoksikasi opiat. Penilaian terhadap pasien tersebut dapat dilakukan sesudah pasien tidak dalam keadaan *overdosis* atau intoksikasi.

Kriteria tersebut sesuai dengan pendapat Preston., D (2006) mengemukakan bahwa kriteria pasien yang mendapatkan terapi metadon seperti pengguna heroin aktif yang lebih dari satu tahun dan sudah pernah mencoba program detoksifikasi, pengguna harus berusia minimal 18 tahun, identitas jelas dan orang tua atau wali mengetahui

dan menyetujui masuk program. Serta pengguna jarum suntik yang kronis dengan status HIV positif maupun negatif, mengalami kekambuhan *massif* dan kemungkinan adanya risiko tinggi bila tidak mengikuti program rumatan metadon, Usia dibawah 18 tahun dengan kondisi khusus (Krambeer.,dkk, 2001)

2.3.3 Manfaat Menjalani PTRM

PTRM mempunyai beberapa manfaat seperti menurunkan atau menghentikan penggunaan heroin suntik, menurunkan tindak kriminal, mengurangi mortalitas, meningkatkan status kesehatan fisik dan mental, meningkatkan fungsi sosial dan kualitas hidup, serta mengurangi transmisi virus HIV/AIDS dan Hepatitis C (Depkes, 2006). Beberapa penelitian yang menunjukkan efektifitas PTRM dalam mengurangi penggunaan heroin dikemukakan oleh Hubbard.,dkk, 1989; Simpson dan Sells (1990 dalam Brooner & Kidorf, 2002), serta kejadian HIV/AIDS dan penyebarannya, kematian akibat over dosis, serta tindakan kriminal (Brooner & Kidorf, 2002).

2.3.4 Dosis Metadon dalam PTRM

Dosis rumatan harus dipantau dan disesuaikan setiap hari secara teratur tergantung dari keadaan pasien. Selain itu banyak pengaruh sosial lainnya yang menjadi pertimbangan penyesuaian dosis. Beberapa kriteria penambahan dosis seperti adanya tanda dan gejala putus heroin (obyektif dan subyektif), jumlah dan/atau frekuensi penggunaan heroin tidak berkurang, dan *craving* tetap masih ada. Dosis rumatan metadon rata-rata adalah 60-120 mg perhari. Fase ini dapat berjalan selama bertahun-tahun sampai perilaku stabil baik dalam bidang pekerjaan, emosi dan kehidupan sosial (Depkes, 2006). Dosis metadon yang diminum, dapat menimbulkan efek setelah 30 menit. Konsentrasi puncak didapatkan 3-4 jam setelah diminum dengan masa kerja 24 jam. Metadon mencapai kadar tetap dalam tubuh setelah penggunaan 3-10 hari, setelah stabilisasi dicapai variasi konsentrasi metadon dalam darah tidak terlalu besar dan gejala putus obat lebih mudah dicapai (Depkes, 2006).

2.3.5 Prinsip PTRM

Menurut Depkes (2006) prinsip PTRM adalah *start low, go low, aim high*, artinya memulai dosis yang rendah adalah aman, peningkatan dosis perlahan adalah aman dan dosis rumatan yang tinggi adalah lebih efektif, selain itu klien diharuskan datang setiap hari kelayanan PTRM (Zaller, Bazazi, Velazquez dan Rich, 2009; Depkes, 2006). Menurut Hawari (2006) perilaku pengguna heroin cenderung tidak sabar, dan ingin cepat merasakan manfaat terapi dan menghindari ketidaknyamanan.

Oleh karena itu memulai dosis dengan rendah dan peningkatan dosis yang perlahan serta mengharuskan datang setiap hari pada klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM membutuhkan motivasi dan tingkat kepatuhan yang tinggi.

2.4 Konsep Kepatuhan Klien

Pada bagian ini, akan dijelaskan mengenai konsep kepatuhan, meliputi pengertian, karakteristik kepatuhan dan faktor yang berpengaruh terhadap tingkat kepatuhan.

2.4.1 Pengertian Kepatuhan

Menurut Kamus Bahasa Indonesia (2005), patuh bermakna "suka menurut (perintah dan lain-lain); taat perintah aturan; berdisiplin". Kepatuhan bermakna "sifat patuh; ketaatan". Sedangkan menurut Gajski dan Karlovic (2008) kepatuhan (*compliance*) adalah sebuah istilah yang menggambarkan bagaimana klien mengikuti petunjuk dan rekomendasi terapi dari tenaga medis atau tenaga kesehatan. Haynes (1978) mendefinisikan bahwa kepatuhan adalah sesuatu yang berkaitan dengan perilaku seseorang seperti perilaku minum obat, mengikuti diet yang dianjurkan, atau perubahan gaya hidup, serta terkait dengan pengobatan atau saran kesehatan (Haynes, 1978 dalam Kyngas, dkk., 2000).

Dracup dan Meleis (1982, dalam Kyngas., dkk, 2000) mengatakan bahwa kepatuhan merupakan isu yang penting dalam dunia kesehatan karena regimen layanan kesehatan tidak bernilai tanpa kepatuhan klien . Lebih lanjut Kyngas, dkk., (2000) mengatakan bahwa rendah nya tingkat kepatuhan akan berkontribusi terhadap penurunan efektifitas dan kemanfaatan regimen pengobatan serta peningkatan biaya pengobatan akibat implementasi regimen yang tidak sesuai atau tidak tepat. Dengan kata lain, tingkat kepatuhan yang rendah pada klien ketergantungan heroin dalam menajalani PTRM akan berkontribusi terhadap tidak efektifnya program PTRM dan klien tidak merasakan manfaat sehingga klien kembali menggunakan zat sebagai upaya memenuhi kondisi yang diharapkan. Penelitian yang dilakukan oleh Khairunnisa (2008) didapatkan bahwa kepatuhan klien PTRM bermakna dalam mempengaruhi kejadian penggunaan ulang heroin (kekambuhan) pada klien PTRM di RSKO Jakarta (pvalue = 0,0006) yang tidak patuh memiliki resiko untuk menggunakan ulang heroin 1,784 kali dibandingkan klien yang patuh (95 CI : 1,281-2,485).

2.4.2 Karakteristik Kepatuhan

Menurut Walker dan Avant (1988, dalam Evangelista, 1999) kepatuhan memiliki lima karakteristik yaitu adanya kemampuan untuk melakukan sesuatu sesuai dengan yang diharapkan, adaptif, adanya pengaruh dari orang lain, fleksibel dan perilaku tambahan dari keputusan tersebut. Karakteristik yang pertama mengandung arti adanya perilaku yang ditampilkan sesuai dengan yang diinginkan oleh orang lain. Adaptif bermakna adanya kemampuan untuk beradaptasi terhadap sesuatu yang berbeda, baru dan berubah dari yang diharapkan. Fleksibel bermakna adanya pengulangan perilaku yang diharapkan sesuai dengan situasi yang ada. Serta adanya pengaruh dari orang lain yang membuat kepatuhan terjadi. Perilaku tambahan yang biasanya muncul adalah pengaruh hubungan dengan orang lain (Walker & Avant, 1988 dalam Evangelista,1999).

Bakker dan Kastermans (1994, dalam Kyngas, dkk, 2000) menyatakan kepatuhan sebagai bagian dari perilaku *self care* dan ketidakpatuhan merupakan perilaku kurang perawatan diri, menjelaskan kaitan kepatuhan dengan perilaku perawatan diri pasien. Kepatuhan merupakan keputusan yang diambil oleh klien setelah membandingkan risiko yang dirasakan jika tidak patuh dan keuntungan dari pengobatan (Perkin, 2002). Booker (2002) menyatakan kepatuhan sebagai persetujuan klien untuk mengikuti petunjuk petugas kesehatan yang profesional dalam hal regimen pengobatan, jadwal pengobatan atau gaya hidup yang harus dimodifikasi. Cameron (1996, dalam Kyngas, dkk.,2000) melakukan analisis konsep kepatuhan dan menghasilkan pernyataan bahwa kepatuhan merupakan proses kognitif-motivasional dari tujuan dan perilaku seseorang, sekumpulan perilaku merawat diri dan hasil interaksi klien dan tenaga kesehatan (praktisi).

Dari beberapa sudut pandang dan definisi kepatuhan, dapat peneliti simpulkan bahwa kepatuhan merupakan keputusan yang diambil oleh klien setelah mempertimbangkan manfaat terapi dan mengikuti anjuran atau saran petugas kesehatan untuk mentaati peraturan, dan program terapi yang sudah disepakati antara klien sebagai penerima layanan dan petugas kesehatan sebagai pemberi layanan, kaitannya kepatuhan klien dengan perawat adalah sebagai hubungan yang saling mendukung antara perawat dan pasien, dimana perawat berperan dalam membantu klien untuk dapat mematuhi dan mengajak klien untuk berpartisipasi dalam proses.

2.4.3 Faktor yang Berpengaruh Terhadap Tingkat Kepatuhan

Tingkat kepatuhan klien dipengaruhi oleh beberapa faktor, menurut

Freischhacker, Oehl,M.A dan Hummel.M (2003) empat faktor tersebut adalah :

a. Faktor Individu

Faktor individu yang mempengaruhi kepatuhan yaitu usia, jenis kelamin, gangguan kognitif, dan psikopatologi. Lebih lanjut

dikemukakan bahwa perempuan muda lebih patuh dibanding laki-laki. Sedangkan faktor usia diperoleh bahwa usia sangat muda dan sangat tua mempunyai tingkat kepatuhan rendah dibanding usia dewasa. Pada individu dengan usia lanjut kepatuhan yang menurun akibat proses degeneratif yang menyebabkan penurunan kapasitas memori dan penyakit penyerta lain. Keyakinan individu akan kesehatan direfleksikan dengan pandangan individu mengenai tingkat keparahan penyakitnya dan penyebab penyakit.

b. Faktor Lingkungan

Yang dimaksud dengan faktor lingkungan yang berpengaruh terhadap kepatuhan menurut Fleischhacker, Oehl, M.A dan Hummel, M (2003) adalah : adanya dukungan keluarga dan finansial, ketersediaan fasilitas kesehatan, adanya pengawasan terhadap pengobatan, dan pandangan masyarakat

c. Faktor yang Berhubungan dengan Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan merupakan faktor penentu tingkat kepatuhan, melalui pemberian panduan perawatan, keyakinan tenaga kesehatan akan keberhasilan pengobatan, hubungan yang baik antara tenaga kesehatan dan klien serta efektifitas rawat jalan.

d. Faktor yang Berhubungan dengan Pengobatan.

Faktor yang berhubungan dengan pengobatan meliputi efek samping, dosis yang diberikan, cara penggunaan, lama pengobatan, biaya pengobatan, jumlah obat yang harus diminum. Dalam merawat klien tidak menutup kemungkinan jika perawat akan menemui klien yang tidak patuh dengan rencana perawatan yang telah diberikan, Pada umumnya ketidakpatuhan terjadi karena ketidakefektifan obat-obatan, efek samping obat yang membuat tidak nyaman, atau terhalang biaya pengobatan (Potter & Perry, 2005).

Menurut Preston.D (2006) hal yang sering timbul dari klien yang menjalani PTRM antara lain kejenuhan karena harus datang ke klinik /layanan metadon setiap hari, tidak bebas bepergian keluar daerah tanpa perencanaan dan konsultasi dengan terapi serta konselor.

Rendahnya tingkat kepatuhan pada klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM menyebabkan kekambuhan (Maremmani, Nardini, Zolesi & Castrogiovanni, 1994 ; Ezat, Azimah, Rushidi & Ruhani, 2009). Tidak minum obat sesuai program merupakan salah satu alasan yang sering dikemukakan untuk timbulnya kekambuhan (Marder, 2000 dalam Videbeck, 2006). Upaya pencegahan yang dilakukan kepada klien yang beresiko menggunakan heroin kembali setelah masa bebas zat atau pemulihan dan sedang menjalani program pemulihan PRTM atau kekambuhan disebut juga *relapse prevention training (RPT)*.

2.5 Konsep Kekambuhan (*Relapse*) Klien

Pada bagian ini, akan dijelaskan mengenai konsep kekambuhan, meliputi pengertian, faktor terjadinya kekambuhan, kekambuhan sebagai proses perubahan, tanda dan gejala kekambuhan.

2.5.1 Pengertian

Kekambuhan (*relapse*) dalam *Mosby's Pocket Directory of Medicine, Nursing and Allied Health* adalah 1). Menampakan kembali gejala penyakit pada klien yang kelihatannya sudah sembuh, 2). Rekurensi penyakit setelah penyembuhan yang jelas.

Kekambuhan mengandung definisi yang luas, seperti suatu tindakan, atau kembalinya ke perilaku yang lebih buruk , yang ditujukan untuk masalah-masalah gangguan psikologi dan kesehatan yang berhubungan dengan perilaku khususnya yang berhubungan dengan penggunaan zat (Marlatt, Parks & Witkiewitz, 2002). Menurut Depkes, (2002) kekambuhan didefinisikan sebagai proses nyata dimana awal mulai penggunaan *drug* adalah suatu kejadian terakhir dalam tahapan kurun waktu yang panjang

dari suatu respon yang tidak adaptif terhadap rangsangan penyebab stress baik dari luar maupun dalam dirinya. Sementara itu, menurut BNN (2003) kekambuhan dimulai dengan suatu perubahan pada pikiran, perasaan dan perilaku atau dengan kata lain suatu kerinduan (*sugesti*) pada sesuatu, baik disadari atau tanpa disadari sehingga menggunakan kembali. Dari pengertian diatas dapat peneliti simpulkan bahwa kekambuhan adalah suatu proses dari ketidakmampuan mengatasi masalah kehidupan sehingga seseorang kembali pada pola perilaku lama dalam hal ini menggunakan heroin, kekambuhan tidak dianggap sebagai suatu peristiwa kegagalan akhir tapi merupakan suatu proses pemulihan klien ketergantungan heroin.

Kekambuhan (*relapse*) dapat terjadi dalam proses pelayanan ataupun setelah melalui tahapan pelayanan dan dinyatakan abstinen (pulihan). Kekambuhan dalam proses pelayanan apabila diadakan tes urin yang diambil oleh petugas kesehatan dan hasil tes tersebut positif, sementara bila kekambuhan terjadi setelah melalui tahapan pelayanan dan dinyatakan pulih, maka klien harus menjalani proses penerimaan awal kembali untuk menentukan program yang harus dijalankan yang disebut proses *clean-up* (BNN, 2003)

2.5.2 Faktor Terjadinya Kekambuhan

Kekambuhan dapat disebabkan oleh sejumlah faktor yang saling berkaitan, diantaranya : karena keadaan emosi yang negatif dan konflik hubungan sosial (Marlatt & Gordon,1985), dorongan dan godaan menggunakan zat kembali atau *craving* (Gossop.,dkk,1991 ; Heather & McAuliffe .,dkk,1986 ; Simpson.,dkk, 1989 dalam McIntosh, J & McKeganey,N, 2000), serta adanya rasa nikmat (Cummings.,dkk, 1980; Marlatt & Gordon,1985 ; Myers & Brown, 1990 dalam McIntosh,J & McKeganey, 2000). Selain itu komitmen yang lemah untuk berhenti memakai zat, tempat dan situasi yang beresiko tinggi juga berkontribusi terjadinya kekambuhan (Depkes, 2002), disfungsi keluarga dan dukungan sosial yang rendah (Mankowski, Humphreys & Moor,2001), dan adanya depresi, kecemasan, peristiwa kehidupan yang negatif,

stress kerja dan konflik perkawinan (Billings & Moos, 1983 dalam Hammerbacker & Lyvers, 2005). Dari beberapa penyebab kekambuhan, dapat peneliti simpulkan bahwa terdapat tiga faktor utama terjadinya kekambuhan yaitu faktor faktor *sugesti/ craving*, keadaan emosi terhadap peristiwa yang negatif, dan faktor tekanan sosial.

Berdasarkan hasil penelitiannya yang dilakukan Hawari (2000) faktor tekanan sosial dalam hal ini teman sebaya merupakan faktor yang paling besar pengaruhnya terhadap kejadian kekambuhan mencapai 58,36 %, lebih tinggi dibandingkan hasil penelitian yang dilakukan Marlatt dan Gordon pada tahun 1980 yaitu 34 % (Marlatt, Parks & Wikiewicz, 2002). Penelitian yang dilakukan oleh Zaller, Bazazi, Velazquez dan Rich (2009) mendapatkan meskipun pada 53 responden warga Latin dan Afrika-Amerika terhadap pengetahuan, sikap, dan kepercayaan klien terhadap PTRM didapatkan bahwa terdapat beberapa faktor yang menyebabkan klien kambuh dan berhenti dalam program PTRM, seperti faktor persepsi termasuk kepercayaan yang negatif, kesulitan menjangkau layanan, biaya dan kepercayaan akan ketergantungan selamanya pada metadon yang menyebabkan klien memutuskan tidak melanjutkan program PTRM.

Penelitian yang dilakukan oleh Muttaqin (2006) tentang penyebab terjadi kekambuhan (*relapse*) opiat/heroin pada klien ketergantungan heroin pada karakteristik respondennya, pada karakteristik umur, jenis kelamin dan status pekerjaan ditemukan tidak ada hubungan terhadap kekambuhan. Lebih lanjut Muttaqin menyebutkan bahwa karakteristik status pendidikan dan status perkawinan menunjukkan ada hubungan yang bermakna.

Sementara itu BNN (2003) menyebutkan bahwa faktor lingkungan adalah faktor yang pengaruhnya terbesar terhadap kejadian kekambuhan (*relapse*), faktor lingkungan adalah adanya pengedar, kemudahan dan ketersediaan zat, dukungan dari keluarga dan dukungan teman dekat.

2.5.3 Kekambuhan Sebagai Proses Perubahan

Kekambuhan menurut Prochaska dan DiClemente (1986 dalam Stuart & Laraia, 2005) termasuk kedalam tahap-tahap proses perubahan. Pemahaman mengenai tahap-tahap perubahan akan membuat seorang terapis menyadari dan memahami apa yang terjadi pada klien, bagaimana melakukan intervensi yang ideal dan mengatasi bersama klien upaya mencegah kekambuhan. Klien umumnya akan melalui tahap-tahap yang berkenaan dengan penggunaan zatnya seperti yang teridentifikasi oleh Prochaska dan DiClemente (1986) sebagai berikut:

- a. Pra Perenungan (*Precontemplation*), Tahap ini klien belum yakin memiliki masalah atau belum mau berubah. (Widodo, dkk., 2003), Sementara orang lain disekitar klien menyadari masalah serta akibat penggunaan zat klien (Stuart dan Laraia, 2005).
- b. Perenungan (*Contemplation*), tahap ini klien mulai mengevaluasi penggunaan zatnya dan mulai untuk berpikir tentang perubahan atas pola penggunaan zatnya (widodo dkk, 2003), namun belum yakin apa yang harus dilakukannya (Stuart &Laraia, 2005).
- c. Keputusan (*Determination*), tahap ini klien memutuskan untuk merubah pola penggunaannya.
- d. Tindakan (*Action*), tahap ini klien merubah penggunaannya dengan menurunkan atau berhenti menggunakan zat.
- e. Pemeliharaan (*Maintenance*),tahap ini klien berusaha untuk mempertahankan pola penggunaan zat yang telah diturunkan atau bahkan telah dihentikannya.
- f. Kekambuhan (*Relapse*), klien kembali pada penggunaan zat.

Klien dapat mengalami satu atau dua tahap dari model tersebut, sementara yang lainnya mungkin saja berputar-putar dari satu tahap ke tahap lainnya beberapa kali (Widodo., dkk, 2003). Menurut Stuart dan Laraia, (2005) yang diperlukan dalam setiap tahap perubahan tersebut adalah: antara tahap satu yaitu pra perenungan dan dua yaitu

perenungan dibutuhkan informasi / alat yang cocok yang dapat menyadarkan klien akan masalahnya, dapat juga dicoba menyajikan variasi program perawatan dan pengobatan meskipun saat ini kurang membantu karena klien belum menerima masalahnya akibat dari kurangnya pengetahuan yang dimiliki . Antara tahap kedua yaitu perenungan dan ketiga yaitu keputusan / persiapan diperlukan monitoring penggunaan zat. Tahap 3 yaitu persiapan/keputusan dan 4 yaitu tindakan yaitu diambilnya keputusan untuk berubah. Dan tahap berikutnya yaitu 4 tindakan dan 5 pemeliharaan yaitu menentukan tujuan yang ingin dicapai, serta terakhir saat klien berada dalam pemeliharaan bisa terjadi klien mencapai perubahan jangka panjang atau kambuh.

2.5.4 Tanda dan Gejala Kekambuhan.

Kekambuhan dapat dikenali melalui tanda dan gejala kekambuhan. Seperti yang dikemukakan Stuart dan Laraia (2005) bahwa 70 % - 90 % klien mampu untuk mengidentifikasi gejala awal kekambuhan penyakitnya. Hal ini dikemukakan juga oleh Marlatt (1985 dalam Blume, 2005) bahwa kekambuhan dapat digambarkan sebagai kejadian-kejadian yang berkaitan yang dapat diprediksikan terjadi, sehingga jika klien disadarkan akan adanya sinyal / tanda dan gejala, diberikannya bantuan untuk mengembangkan keterampilan mengatasi dan mengendalikannya. Kunci keberhasilan manajemen kekambuhan adalah ketika klien mengetahui tanda –tanda awal kekambuhan. Tanda dan Gejala Kekambuhan dapat diidentifikasi dengan mengenal fase-fase awal yang menunjukkan dimulainya suatu kekambuhan, seperti perubahan sikap, cara pikir, perasaan dan perilaku klien.

Allen,D (2008) dan Depkes (2002) menjelaskan keempat perubahan sebagai indikasi resiko terjadinya kekambuhan seperti dibawah ini:

a. Perubahan sikap

Klien mulai tidak peduli dengan hidup bersih tanpa heroin, tidak peduli dengan dampak yang akan terjadi akibat penggunaan ulang heroin, memandang negatif terhadap

hidup, dan tentang bagaimana menjalaninya, tidak sabaran, atau bersikap terlalu percaya diri, menolak bantuan orang lain secara terang-terangan (Allen, 2008).

b. Perubahan cara pikir

Klien mulai memikirkan heroin kembali, berpikir bahwa klien pantas mendapat zat karena klien merasa telah nyaman/ sehat/ bersih dalam beberapa waktu, berpikir tidak akan begitu membahayakan jika beralih kepada zat lain yang lebih ringan misalnya ganja dan alkohol (Allen, 2008).

c. Perubahan perasaan

Klien mengalami perasaan murung, kesedihan dan depresi, perasaan marah pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan, kebencian/ dendam, frustrasi dan lebih sensitif serta perasaan bosan dan kesepian yang meningkat (Depkes, 2002; Allen, 2008).

d. Perubahan perilaku

Klien menunjukkan perilaku makan yang berlebihan dari biasanya, menghindari pertemuan kelompok menolong diri sendiri (*self help group meeting*), menemui kembali teman-teman yang masih menggunakan heroin, menunjukkan tanda-tanda stress yang meningkat dengan merokok dalam jumlah yang lebih banyak serta bicara berulang-ulang tentang kenikmatan menggunakan heroin (Allen, 2008).

Pemeriksaan objektif untuk mendeteksi apakah klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM mengalami kekambuhan (*relapse*) yaitu masih menggunakan heroin atau tidak dilakukan dengan tes urin (*Urin Drug Screen – UDS*).

Menurut Depkes (2006) *Urin Drug Screen - UDS* dapat berguna dalam keadaan: 1). Pemeriksaan urin klien diawal terapi sebagai tindakan wajib sesuai standar operasional prosedur (SOP). 2). Jika klien mendesak untuk membawa metadon pulang (karena hal yang sifatnya penting) maka tes urin

dapat dilakukan sebagai bahan pertimbangan untuk membantu mengambil keputusan. 3). Hasil tes urin positif terhadap heroin menjadi pertimbangan untuk meningkatkan dosis metadon. Apabila klien masih menggunakan heroin maka dosis metadon perlu ditingkatkan. Serta 4). UDS dapat dilakukan dengan kriteria secara acak tetapi tidak setiap bulan dan pada keadaan tertentu seperti intoksikasi dan *withdrawal*.

2.6 Relapse Prevention Training (RPT)

2.6.1 Pengertian RPT

Relapse-prevention training (RPT) adalah intervensi pengobatan standar dalam kesehatan jiwa untuk kondisi-kondisi kronis seperti ketergantungan, depresi, kecemasan, dan gangguan bipolar (Marlatt & Gordon, 1980 dalam Mathew, 2009), Selain itu dapat juga digunakan pada pasien rehab yang memerlukan monitor diri sendiri atau pencegahan kekambuhan seperti nyeri punggung, spasme atau patah tulang (Mathew, 2009). Menurut Depkes (2002) adalah program kendali diri yang didesain untuk mengedukasi seseorang yang berusaha untuk merubah perilakunya, mampu mengantisipasi dan mengatasi problema kekambuhan. Dari dua pendapat diatas maka *relapse prevention training (RPT)* dapat dilakukan pada klien dengan perilaku ketergantungan seperti merokok, makan yang berlebihan, menggunakan NAPZA, depresi, kecemasan, gangguan bipolar, pasien rehabilitasi dengan kondisi nyeri punggung, spasme dan patah tulang, melalui program kendali diri dengan pendekatan terapi pikiran dan perilaku dengan memberikan keterampilan koping yang berguna untuk mengantisipasi dan mengatasi masalah.

Dua puluh enam penelitian mewakili sampel dari 9.504 responden ketergantungan NAPZA (alkohol, merokok, kokain dan *poly drugs*) Perlakuan keseluruhan efek menunjukkan bahwa RPT adalah intervensi yang sukses untuk mengurangi penggunaan NAPZA dan memperbaiki penyesuaian psikososial (Caroll, 1996). Selain itu penelitian serupa dilakukan oleh Carroll, Rounsaville, dan Keller (1991 dalam Olney, 2009) yang menemukan bahwa terdapat lebih dari dua kali peningkatan

bermakna, serta percepatan proses pemulihan atau pengobatan dibandingkan kelompok yang tidak mendapatkan RPT, dan menunjukkan perbedaan yang bermakna setelah 6 bulan dilakukan intervensi kekambuhan. Penelitian yang dilakukan oleh Min, Lixu, Cheung, Yi dan Yuang (2005) tentang program pencegahan pada pusat ketergantungan heroin di Cina didapatkan bahwa efektifitas RPT menurunkan kejadian kekambuhan mencapai 20 % dibandingkan dengan kelompok kontrol.

2.6.2 Tujuan RPT

Tujuan RPT adalah pencegahan kekambuhan yang difokuskan pada proses kekambuhan yang alamiah dengan menggunakan keterampilan strategi koping yang berguna dalam mempertahankan perubahan (Marlatt, Parks dan Witkiewitz, 2002) Sedangkan ahli lain mengemukakan tujuan dari RPT adalah mendidik seseorang agar mencapai suatu gaya hidup (*lifestyle*) yang seimbang dan mencegah terjadinya pola kebiasaan yang tidak sehat (Olney, 2009). Dari dua pengertian tersebut, dapat peneliti simpulkan bahwa tujuan RPT adalah pencegahan kekambuhan pada klien dengan mengajarkan keterampilan strategi koping agar mencapai suatu gaya hidup yang seimbang dalam mempertahankan perubahan.

2.6.3 Prinsip RPT

Prinsip utama RPT yaitu mempersiapkan mental klien untuk kemungkinan terjadinya kekambuhan melalui antisipasi situasi-situasi resiko tinggi dan menggunakan koping yang efektif pada situasi tersebut (Olney, 2009). Oleh karena itu penting bagi perawat dan petugas kesehatan lain untuk memahami proses terjadinya kekambuhan.

Kekambuhan sebagai suatu proses tidak terjadi secara tiba-tiba, hal ini seperti yang dijelaskan oleh Blume (2005) bahwa proses terjadinya kekambuhan adalah adanya situasi-situasi yang beresiko tinggi seperti tidak adanya keseimbangan antara waktu luang dengan waktu produktif, keinginan yang berlebihan untuk dihargai atas semua usaha yang dilakukannya, *craving* dan lain sebagainya. Sementara itu menurut Hedges, B.A (2000) dimulai dengan adanya perasaan-perasaan, pikiran dan ritual atau situasi resiko tinggi lainnya. Apabila seorang peserta

terapi atau mantan pengguna berada dalam situasi seperti ini dan tidak dapat mengatasinya keadaan tersebut dengan baik, dapat dikatakan ia sedang berada dalam kondisi yang potensial untuk mengalami *relapse*. Karena manajemen masalah yang buruk, menimbulkan menurunnya kepercayaan terhadap kemampuan diri dan meningkatkan harapan yang positif kembali menggunakan heroin. Bila hal ini terjadi dapat melahirkan tindakan penggunaan ulang (*slip*), walaupun belum kembali ke perilaku penggunaan napza seperti sebelumnya. Biasanya peserta terapi atau mantan pengguna yang *slip* akan merasa bersalah, malu dan perasaan negatif lainnya. Perasaan negatif yang timbul itu dapat disebut sebagai efek dari kegagalan tujuan. Kondisi ini dapat lebih membahayakan lagi jika ia selalu mengikuti perasaan bersalahnya dan mengambil tindakan dengan kembali ke perilaku semula dalam penggunaan napza. Pada kondisi ini peserta terapi atau mantan pengguna sudah berada dalam kondisi kekambuhan.

2.6.4 Komponen Terapeutik RPT

Lima komponen terapeutik RPT yang dikemukakan oleh Marlatt, Parks dan Witkiewitz (2002) adalah :

- a. RPT mengajarkan strategi koping yaitu pola pikir dan perilaku yang konstruktif. Sesegera mungkin mengatasi masalah dan mempercepat tahap proses perubahan . Seperti koping pada saat timbul godaan dan dorongan menggunakan heroin kembali. Beberapa tehnik koping mengatasi godaan dan dorongan menggunakan heroin kembali seperti :
 - 1) Kontrol stimulus. Didesain untuk meminimalkan klien terkena faktor yang menimbulkan godaan dan dorongan kuat menggunakan heroin dalam jangka pendek. Cara yang sangat mudah adalah menghindari sumber/faktor penyebab sampai klien mempunyai koping yang kuat untuk mnegatsi sumber /faktor penyebab tersebut.
 - 2) *Cue Exposure* , Didesain agar klien belajar dan ahli dalam tehnik yang efektif sebagai coping terhadap godaan dan

dorongan kuat tersebut. *Cue Exposure* merupakan satu pendekatan *emergency* (Drummond, Tiffany, Glautier & Remington, 1995 dalam Marlatt, Parks & Witkiewitz, 2002). Teknik ini secara sistematis membiarkan klien pada lingkungan atau situasi penyebab yang menimbulkan godaan dan dorongan menggunakan heroin pada latihan pengobatannya. Hal ini mempersiapkan klien, dan respon apa yang akan dilakukan saat mengalami situasi nyata. Cara ini efektif dilakukan untuk mengurangi kekambuhan pada klien ketergantungan heroin (Drummond,dkk, 1995 dalam Marlatt, Parks & Witkiewitz, 2002).

- 3) *Coping Imagery*. Pada teknik ini pertama-tama klien telah diajarkan untuk menamakan sensasi internalnya dan menghayati pikirannya sebagai godaan dan dorongan kuat untuk menggunakan heroin, setelah itu mulai memperbaiki dan membantu perkembangan sikap yang terpengaruh (*attitude of detachment*) dan mengambalikan gelombang hasrat kuat yang dialami klien selama imajinasi.
 - 4) *Monitoring* godaan dan dorongan menggunakan heroin secara mandiri menggunakan catatan harian kekambuhan. Cara ini digunakan untuk menggali informasi dan membantu klien yang mengalami kekambuhan. Klien menuliskan faktor penyebab godaan/ dorongan baik berasal dari internal maupun eksternal, perasaannya, kekuatan dorongan menggunakan heroin, berapa lama itu terjadi, keterampilan coping apa yang digunakan klien untuk mengatasinya dan bagaimana hasilnya.
- b. RPT menunjukan peta lokasi situasi godaan yang bermacam – macam, titik-titik bahaya dan juga sumber godaan. RPT memberikan kepada klien informasi untuk menghindari situasi yang penuh godaan, dan mengatasinya setelah memperoleh keterampilan untuk tantangan tersebut dengan sukses tanpa terjebak dalam godaan atau menyerah .

- c. RPT membantu klien mempunyai 'trik didalam pikiran nya' yang langsung bekerja ketika klien mempunyai keraguan pada perjalanan proses perubahan sikap dan perilakunya. Rpt mengajarkan sinyal tanda awal sebagai alarm bahaya kekambuhan termasuk didalamnya trik psikologis dalam menghadapi keputusan-keputusan yang menyimpang dan membawa klien melihat secara dekat dan benar masalah yang dihadapinya. RPT mengajarkan klien belajar mengidentifikasi dan koping terhadap distorsi pikirannya.
- d. RPT membantu klien membuat penting perubahan gaya hidup di dalam harinya setiap hari ke hari (*changes in their day-to-day lifestyle*) seperti menghindari menggunakan heroin dengan melakukan kegiatan yang konstruktif yang akhirnya memberikan banyak kepuasan. RPT mengajarkan metode koping baru mengatsi stres dan bagaimana meningkatkan keinginan untuk beraktifitas sebagai gaya hidup sehari-hari.
- e. RPT membantu klien untuk mengantisipasi dan mempersiapkan kegagalan lanjutan atau kekambuhan yang mungkin terjadi. RPT menganjurkan klien untuk lebih realistis, belajar mencegah dan menggunakan koping sebagai pencegahan kekambuhan, dan jika terlanjur terjadi kekambuhan bagaimana memperbaiki dan mempertahankan, belajar dari pengalaman dan melanjutkan rencana pemulihan semula.

2.6.5 Strategi Pelaksanaan RPT

Strategi pelaksanaan RPT bermacam-macam, tidak ada ketentuan yang menetapkan berapa banyak sesi yang dilakukan dalam pelaksanaan RPT. Akan lebih baik jika strategi pelaksanaan RPT dikombinasikan dengan berbagai macam tehnik yang ada yang disebut dengan standarisasi paket multi modal . Hal ini dimungkinkan dengan syarat bahwa telah melalui tahap pengkajian yang sesuai dengan kondisi klien dan hati-hati (Marlatt, Parks & Witkiewitz, 2002). Menurut Olney (2009) Tehnik pelaksanaan *relapse prevention training* dapat

dilakukan setiap hari atau 2-3 kali seminggu. Pendapat lain mengatakan RPT merupakan terapi dengan pendekatan CBT maka pelaksanaan dapat mengacu kepada pelaksanaan CBT, menurut Scherbaum,dkk (2005) dapat diberikan pada 20 sesi selama 20 minggu. Selain itu RPT dapat dilakukan melalui strategi redemostrasi, diskusi kasus, video, role play, dan games yang tujuannya mengikutsertakan peran aktif klien selama dalam latihan.

Strategi pelaksanaan RPT menurut Wnigaratne., dkk (1995, dalam Marlatt, Parks dan Witkiewitz, 2002) terdiri dari lima langkah, sedangkan menurut Gorski, T (1985; 2003) pelaksanaan RPT dilakukan dalam 9 langkah . Sedangkan menurut Mathew, R (2009) cukup dilakukan 4 tahap. Berikut ini strategi pelaksanaan RPT menurut Wnigaratne., dkk (1995, dalam Marlatt, Parks dan Witkiewitz, 2002) yaitu :

- a. Pengkajian, didesain untuk membantu klien menerima masalah perilaku ketergantungan sebagai hal alamiah / wajar pada posisi yang objektif, mengukur motivasi untuk berubah, dan mengidentifikasi situasi resiko tinggi dan faktor resiko lainnya yang berpotensi terjadinya kekambuhan.
- b. Wawasan/ tehnik meningkatkan kesadaran diri, didesain untuk memberikan klien alternatif keyakinan dalam proses perubahan kebiasaan (seperti sebagai proses pembelajaran) melalui monitoring diri sendiri, membantu klien mengidentifikasi pola-pola emosional, pikiran, perilaku sebagai tantangan proses perubahan .
- c. Latihan keterampilan koping termasuk didalamnya mengajarkan klien respon- respon pola pikir dan perilaku untuk mengatasi situasi resiko tinggi.
- d. Strategi kognitif, yang bermanfaat untuk mencobakan *coping imagery* dan restrukturisasi pola pikir untuk berjanji/berkomitmen dengan godaan dan dorongan kuat menggunakan

heroin (craving), mengidentifikasi keputusan-keputusan menyimpang sebagai sinyal peringatan, dan pembentukan kembali reaksi terhadap awal kekambuhan.

- e. Modifikasi gaya hidup (seperti meditasi, relaksasi, dan latihan fisik,) didesain untuk menguatkan kapasitas coping klien secara keseluruhan dan untuk mengurangi frekuensi dan intensitas kekambuhan dan dorongan kuat menggunakan zat yang sering diakibatkan produksi stress dan distress ketidakseimbangan gaya hidup.

Pengkajian atau mengukur tingkat motivasi dan komitmen klien dapat digunakan matrik pengambilan keputusan yang dikembangkan pertama kali oleh Janis dan Mann (1977 dalam Marlatt, Parks & Witkiewitz, 2002). Sebagai berikut:

Tabel 2.1 Matrik Pengambilan Keputusan

	Akibat Segera		Akibat Jangka Panjang	
	Positif	Negatif	Positif	Negatif
Tetap Tanpa Zat				
Mulai menggunakan Zat lagi				

Sedangkan, Gorski, T (1985; 2003) mengembangkan sembilan langkah *RPT* yaitu:

1. Stabilisasi. Yaitu setelah klien menyelesaikan tahap detoksifikasi dan tidak berada dalam kontrol zat. Pertanyaan penting yang diajukan kepada klien ; “ apa yang kamu perlu lakukan untuk tidak lagi menggunakan zat hari ini ?”.
2. Pengkajian , yaitu meliputi latar belakang keluarga, riwayat penggunaan zat dan riwayat pemulihan dan kekambuhan.
3. Pengetahuan tentang kekambuhan, meliputi empat hal penting (a) kekambuhan merupakan hal wajar, normal dan alamiah (b)

seseorang tidak serta merta menjadi pengguna ada pola tanda dan gejala yang lebih dulu muncul dan dapat diidentifikasi dan diatasi sampai bersih (c) sekali pemulihan dapat diidentifikasi klien dapat belajar tentang tanda peringatan kekambuhan hingga hidup bersih. (d) meningkatkan harapan.

4. Mengidentifikasi tanda peringatan (sinyal-sinyal kekambuhan) , dengan menganjurkan klien menulis tanda/ sinyal klien dari kondisi stabil sampai dengan menggunakan zat. Serta mengidentifikasi lima tanda dan bercerita riwayat yang dialami klien di masa lalu hingga bersih tanpa zat.

5. Manajemen tanda peringatan bahaya, yaitu klien belajar strategi pemecahan masalah tanpa zat yang membantu klien untuk mengidentifikasi situasi resiko tinggi dan mengembangkan strategi koping.

6. Rencana pemulihan, membuat jadwal kegiatan klien termasuk kontak teratur dengan orang-orang yang membantu menghindari penggunaan zat.

7. Latihan inventarisir, yaitu dilakukan di pagi dan sore hari. Tahap ini membantu klien memonitor situasi-situasi resiko tinggi.

8. Melibatkan keluarga sebagai support system

9. *follow up* (evaluasi secara teratur setiap bulan, per tiga bulan, enam bulan an seterusnya).

Sementara Mathew, R. (2009) mengembangkan empat langkah pelaksanaan RPT sebagai berikut:

1. Mengidentifikasi pola terjadinya kekambuhan kedalam tiga tahap yaitu pengumpulan data , menggali lebih mendalam faktor pencetus penyebab kekambuhan (*triggered*), dan membantu klien mengembangkan tanda dan gejala sehingga klien bisa memonitor dirinya sendiri.

2. Monitoring diri sendiri, yaitu inventarisir latihan tehnik dalam pencegahan kekambuhan, membuat jadwal kegiatan setiap hari, jam demi jam, klien diajarkan untuk mengecek frekuensi saat misal

pagi, siang dan malam atau setiap dua jam .

3. Mengembangkan kemampuan koping bersama klien setelah terjadi kekambuhan sebagai point awal menguatkan koping selanjutnya.

4. Pencegahan kekambuhan dan mencapai sejahtera (*relapse prevention and wellness*) yaitu latihan secara mandiri dan terus menerus sebagai pengalaman sepanjang hidup.

Tiga tehnik pelaksanaan RPT dari para ahli tersebut untuk lebih jelas dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 2.2 Perbandingan Tehnik Pelaksanaan RPT

	Menurut Wnigaratne., dkk, (1995, dalam Marlatt, Parks & Witkewitz, 2002)	Menurut Gorski, T (1985;2003)	Menurut Mathew, R (2009)
		1. Stabilitas. Yaitu klien menyelesaikan tahap detoksifikasi dan tidak berada dalam pengaruh/kontrol heroin.	
I	1. Pengkajian, didesain untuk membantu klien menerima masalah perilaku ketergantungan sebagai hal alamiah/wajar pada posisi yang objektif, mengukur motivasi untuk berubah, dan mengidentifikasi situasi resiko tinggi dan faktor lainnya yang berpotensi terjadi kekambuhan.	2. Pengkajian. Yaitu meliputi latar belakang keluarga, riwayat penggunaan zat, dan riwayat pemulihan dan kekambuhan.	1. Mengidentifikasi pola terjadinya kekambuhan kedalam 3 tahap : pengumpulan data, menggali lebih dalam faktor pencetus penyebab kambuh (<i>triggered</i>), dan membantu klien mengembangkan tanda dan gejala sehingga klien bisa memonitor dirinya sendiri
		3. Pengetahuan tentang kekambuhan, meliputi 4 hal yaitu: kekambuhan merupakan hal yang wajar, normal dan alamiah, seseorang tidak serta merta menjadi pengguna ada pola tanda dan gejala yang lebih dulu muncul dan dapat diidentifikasi dan ditandai sampai bersih, sekali pemulihan dapat diidentifikasi klien dapat belajar tentang tanda peringatan kekambuhan hingga hidup bersih, dan meningkatkan harapan.	

2	2. Wawasan/ tehnik meningkatkan kesadaran diri, didesain untuk memberikan klien alternatif keyakinan dalam proses perubahan, melalui monitoring diri sendiri, membantu klien mengidentifikasi pola emosional, pikiran, dan perilaku	4. Mengidentifikasi tanda peringatan/sinyal –sinyal kekambuhan: dengan menganjurkan klien menulis tanda/sinyal klein dari kondisi stabil sampai dengan menggunakan zat. Serta mengidentifikasi 5 tanda dan bercerita riwayat yang dialami klien dimasa lalu hingga bersih tanpa heroin.	2. Monitoring diri sendiri. Yaitu inventarisir latihan tehnik dalam pencegahan kekambuhan, membuat jadwal kegiatan harian, jam demi jam, klien diajarkan untuk mengecek frekuensi saat misal pagi, siang, malam ataus etiap dua jam.
3	3. Latihan keterampilan koping termasuk didalamnya mengajarkan klien respon pola pikir dan perilaku untuk mengalsi situasi resiko tinggi.	5.Manajemen tanda peringatan. Yaitu klien belajar strategi pemecahan masalah tanpa zat yang membantu klien untuk mengidentifikasi situasi resiko tinggi dan mengembangkan strategi koping.	3.Mengembangkan kemampuan koping bersama klien setelah terjadi kekambuhan sebagai poin awal menguatkan koping selanjutnya.
4	4. Strategi kognitif , yang bermanfaat untuk mencobakan coping imagery dan restrukturisasi pola pikir untuk berkomitmen dengan godaan dan dorongan kuat, mengidentifikasi keputusan-keputusan menyimpang sebagai sinyal peringatan dan pembentukan kembali reaksi terhadap awal kekambuhan.		
		6. Rencana pemulihan. Seperti membuat jadwal kegiatan klien termasuk kontak teratur dengan orang-orang yang membantu menghindari penggunaan heroin.	
		7. Latihan inventarisir. Yaitu dilakukan dipagi dan sore hari. Tahap ini membantu klien memonitor situasi-situasi resiko tinggi.	
5		8. Melibatkan keluarga sebagai support sistem klien	
	5. Modifikasi gaya hidup. Seperti melakukan		4. Pencegahan kekambuhan dan

	<p>aktifitas meditasi, relaksasi, latihan fisik lainnya. Didesain untuk menguatkan kapasitas koping klien secara keseluruhan dan untuk mengurangi frekuensi dan intensitas kekambuhan dan dorongan kuat menggunakan heroin yang sering diakibatkan produksi stres dan distres ketidakseimbangan gaya hidup.</p>		<p>mencapai sejahtera (<i>relapse prevention and wellness</i>). Yaitu latihan secara mandiri dan terus menerus sebagai pengalaman sepanjang hidup.</p>
6		9. Follow up (evaluasi secara teratur setiap bulan, pertiga bulan, enam bulan dan seterusnya).	

Dari tabel 2.2 mengenai perbandingan tehnik pelaksanaan RPT dapat terlihat bahwa pernyataan-pernyataan yang sama dimasukkan pada kolom pernyataan dan sesi yang sama. Sehingga dari perbandingan tehnik pelaksanaan dapat peneliti simpulkan bahwa pelaksanaan tehnik RPT terdiri dari:

Sesi 1 : Pengkajian meliputi pengumpulan data mengenai riwayat ketergantungan heroin, riwayat kekambuhan dimasa lalu, mengukur tingkat motivasi untuk berubah dan mengidentifikasi faktor pencetus/situasi resiko tinggi terjadi kekambuhan.

Sesi 2 : Tehnik meningkatkan kesadaran diri. Membantu klien menyadari pola emosional, pikiran, sikap dan perilaku kekambuhan. Menganjurkan klien menceritakan riwayat yang dialaminya dimasa lalu dari kambuh hingga bersih tanpa heroin, menuliskan tanda / sinyal kekambuhan dari mulai kondisi stabil sampai dengan menggunakan heroin. **Sesi 3 : Manajemen tanda /sinyal peringatan kekambuhan** .Yaitu klien diajarkan strategi pemecahan masalah tanpa menggunakan heroin, membantu klien mengidentifikasi situasi resiko tinggi dan mengembangkan strategi koping.

Sesi 4 :Strategi kognitif. Yang bermanfaat untuk mengujicobakan perumpamaan koping (*coping imagery*) dan restrukturisasi pola

pikir untuk berkomitmen /berjanji terhadap godaan dan dorongan menggunakan heroin (*craving*), mengidentifikasi keputusan-keputusan menyimpang (*apparently irrelevant decisions*) sebagai sinyal peringatan kekambuhan.

Sesi 5 : Melibatkan keluarga sebagai sistem pendukung klien dalam upaya latihan pencegahan kekambuhan secara mandiri dan terus menerus.

Sesi 6 : Evaluasi kemampuan klien setelah pelaksanaan terapi.

2.6.6 Pedoman Pelaksanaan RPT

Pedoman pelaksanaan RPT pada klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM dalam penelitian ini merupakan modifikasi dari Wnigaratne dkk (1995, dalam Marlatt, Parks & Witkiewitz, 2002), Gorski, T (1985 dan 2003) dan Mathew, R (2009). Berikut ini disimpulkan teknik pelaksanaan *relapse prevention training (RPT)* yang akan dilakukan pada penelitian ini berdasarkan masing-masing sesi, yaitu:

Sesi 1 : Pengkajian meliputi pengumpulan data mengenai riwayat ketergantungan heroin klien, riwayat kekambuhan, mengukur tingkat motivasi untuk berubah dan mengidentifikasi faktor pencetus/situasi resiko tinggi terjadi kekambuhan.

Sesi 2 : Tehnik meningkatkan kesadaran diri. Membantu klien menyadari pola emosional, pikiran, sikap dan perilaku kekambuhan. Menganjurkan klien menceritakan riwayat yang dialaminya dimasa lalu dari kondisi kambuh hingga bersih tanpa heroin, menuliskan tanda / sinyal kekambuhan dari mulai kondisi stabil sampai dengan menggunakan heroin.

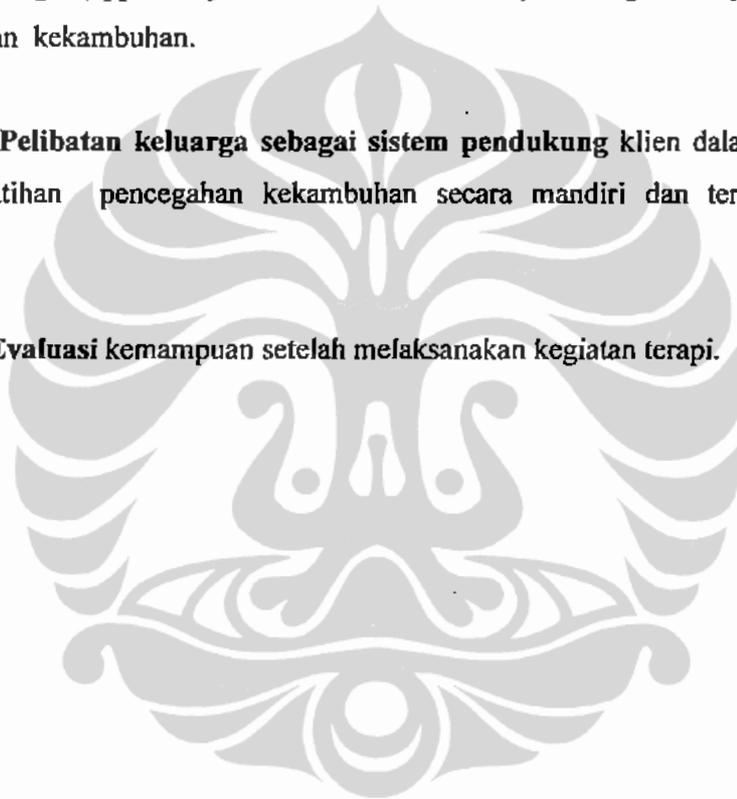
Sesi 3 : Manajemen tanda /sinyal peringatan kekambuhan .Yaitu klien diajarkan strategi pemecahan masalah tanpa menggunakan heroin,

membantu klien mengatasi situasi resiko tinggi dan mengembangkan strategi koping.

Sesi 4 :Strategi kognitif. Yang bermanfaat untuk mengujicobakan perumpamaan koping (*coping imagery*) dan restrukturisasi pola pikir untuk berkomitmen/berjanji terhadap godaan dan dorongan menggunakan heroin (*craving*), mengidentifikasi keputusan-keputusan menyimpang (*apparently irrelevant decisions*) sebagai sinyal peringatan kekambuhan.

Sesi 5 : Pelibatan keluarga sebagai sistem pendukung klien dalam upaya latihan pencegahan kekambuhan secara mandiri dan terus menerus.

Sesi 6 : Evaluasi kemampuan setelah melaksanakan kegiatan terapi.



BAB 3

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL

Bab ini menguraikan tentang kerangka teori, kerangka konsep, hipotesis penelitian dan definisi operasional yang memberi arah pada pelaksanaan penelitian dan analisis data.

3.1 Kerangka Teori

Kerangka teori ini merupakan landasan penelitian. Kerangka teori ini disusun berdasarkan konsep dan teori yang telah dikemukakan pada bab II. Kerangka teori di mulai dengan menguraikan konsep kejadian kekambuhan dan tingkat kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM sebagai variabel dependen. Selanjutnya menguraikan tentang faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya kekambuhan dan kepatuhan, serta tindakan untuk mengatasi masalah kekambuhan dan tingkat kepatuhan.

Kekambuhan adalah suatu tindakan, atau kembalinya berperilaku yang lebih buruk yang ditujukan untuk masalah-masalah gangguan psikologi dan kesehatan yang berhubungan dengan perilaku khususnya yang berhubungan dengan penggunaan zat: heroin (Marlatt, Parks & Witkiewitz, 2002). Kekambuhan dapat disebabkan oleh sejumlah faktor yang saling berkaitan, diantaranya : karena keadaan emosi yang negatif dan konflik hubungan sosial (Marlatt & Gordon,1985), dorongan dan godaan menggunakan zat kembali atau *craving* (Gossop.,dkk,1991 ; Heather & McAuliffe .,dkk,1986 ; Simpson.,dkk, 1989 dalam McIntosh, J & McKeganey,N, 2000), serta adanya rasa nikmat (Cummings.,dkk, 1980; Marlatt & Gordon,1985 ; Myers & Brown, 1990 dalam mcIntosh,J & McKeganey, 2000). Selain itu komitmen yang lemah untuk berhenti memakai zat, tempat dan situasi yang beresiko tinggi juga berkontribusi terjadinya kekambuhan (Depkes, 2002), disfungsi keluarga dan dukungan sosial yang rendah (Mankowski,

Humphreys & Moor,2001), dan adanya depresi, kecemasan, peristiwa kehidupan yang negatif, stress kerja dan konflik perkawinan (Billings & Moos,1983 dalam Hammerbacker & Lyvers, 2005).

Sementara itu, kepatuhan merupakan proses kognitif-motivasional dari tujuan dan perilaku seseorang, sekumpulan perilaku merawat diri dan hasil interaksi klien dan tenaga kesehatan (Cameron ,1996, dalam Kyngas, dkk.,2000). Tingkat kepatuhan klien dipengaruhi oleh beberapa faktor, menurut Freischhacker.,dkk (2003) empat faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan yaitu faktor individu, lingkungan, yang berhubungan dnegan tenaga kesehatan dan pengobatan.

Kekambuhan berhubungan dengan tingkat kepatuhan klien yang rendah. Seperti yang dikemukakan oleh Maremmani, Nardini, Zolesi dan Castrogiovanni, 1994 ; Raffa.,dkk, 2007 ; Ezat, Azimah, Rusdhidi & Ruhani, 2009; Joewana, 2004 ; Hawari, 2006) bahwa kekambuhan pada klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM cukup tinggi, hal ini dikarenakan tingkat kepatuhan klien yang rendah. Kejadian kekambuhan dan tingkat kepatuhan yang rendah pada klien ketergantungan heroin disebabkan oleh beberapa faktor. Menurut Hawari (2000) dan Marlatt dan Gordon (1985) disebabkan oleh tekanan sosial khususnya teman sebaya. Sedangkan menurut Zaller, Bazazi, Velazquez dan Rich (2009) yaitu disebabkan karena persepsi termasuk kepercayaan negatif, kesulitan menjangkau layanan, biaya dan kepercayaan akan ketergantungan selamanya pada metadon.

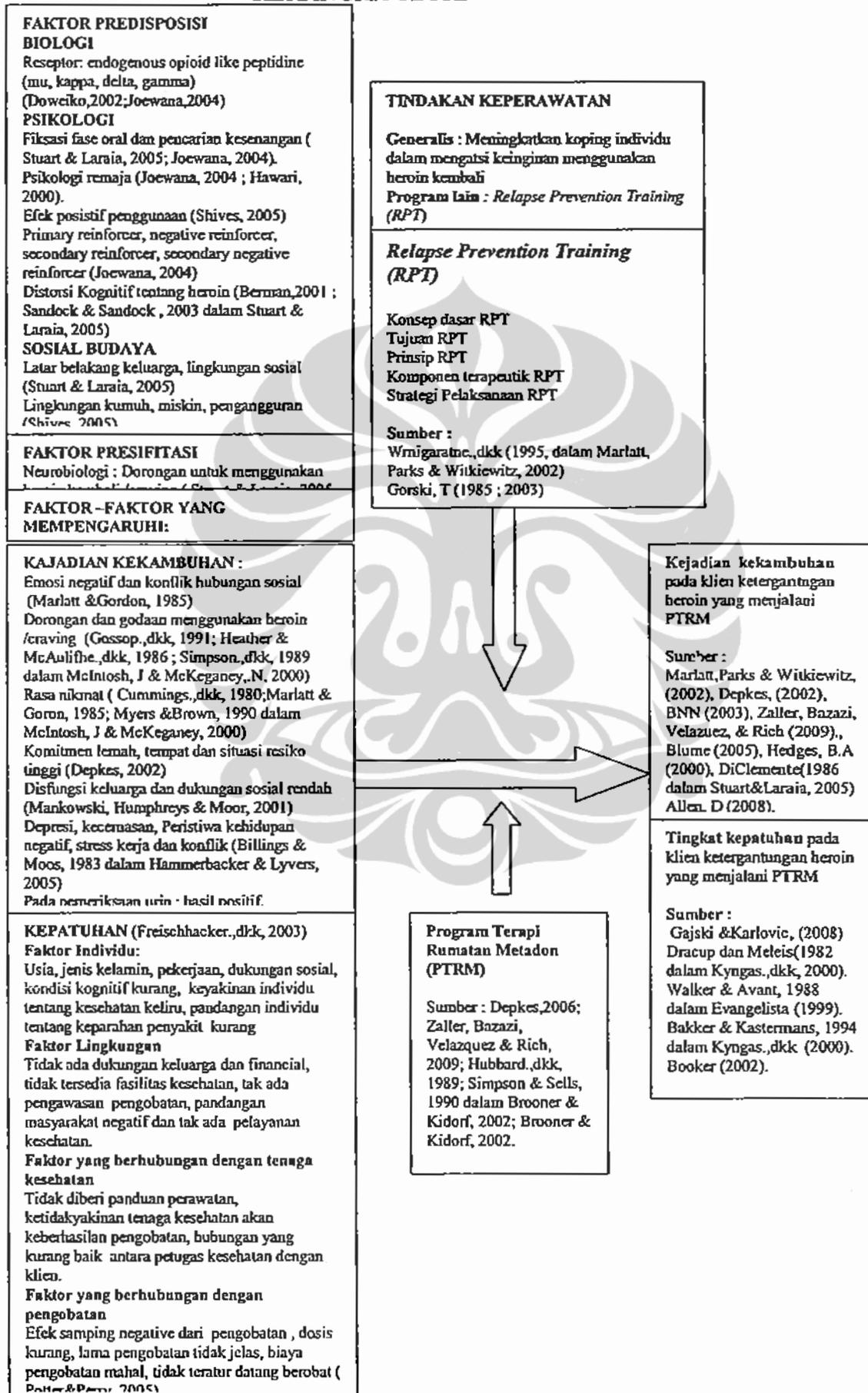
Sehingga diperlukan tindakan keperawatan dalam memberikan Asuhan Keperawatan untuk mengatasi keinginan menggunakan zat kembali Serta program lain yang disebut dengan *Relapse prevention training* (RPT).. RPT merupakan satu diantara banyak terapi yang digunakan dengan maksud mengurangi angka kejadian kekambuhan pada penggunaan alkohol atau zat lainnya (Parks & Marlatt 2000). Lebih jauh, Olney (2009) menjelaskan bahwa tujuan utama intervensi mengatasi *relapse* pada klien yang

menjalani PTRM adalah membebaskan dari penggunaan heroin dengan mengajarkan klien bagaimana hidup sehat dan produktif sebagai seseorang yang bersih tanpa heroin dan wajar.

Kerangka teori penelitian digambarkan dengan skema pada bagan 3.1



Bagan 3.1 KERANGKA TEORI



3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep dibuat untuk memberikan arah atau alur penelitian. Berdasarkan teori yang telah dikemukakan sebelumnya, intervensi yang dapat diterapkan pada klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM untuk mencegah kekambuhan dan meningkatkan kepatuhan klien adalah penerapan tindakan keperawatan dan *relapse prevention training* (RPT). Kerangka konsep dalam penelitian ini terdiri dari variabel-variabel terikat, variabel intervensi dan variabel perancu.

Variabel terikat / variabel dependen adalah kejadian kekambuhan dan tingkat kepatuhan. Menurut Freischhacker, Oehl, M.A, dan Hummel (2003) terdapat empat faktor yang berpengaruh terhadap tingkat kepatuhan yaitu faktor individu, faktor lingkungan, faktor yang berhubungan dengan tenaga kesehatan dan faktor yang berhubungan dengan pengobatan. Sedangkan menurut Allen, D (2008) dan Depkes (2002) terdapat empat perubahan sebagai indikasi terjadinya kekambuhan seperti perubahan sikap, perubahan cara pikir, perubahan perasaan dan perubahan perilaku. Dan untuk mengukur kekambuhan (*relapse*) secara objektif menurut Depkes (2006) dilakukan urin drug screening-UDS yaitu tes urin secara mendadak, jika hasil urin menunjukkan positif maka klien dinyatakan menggunakan ulang heroin atau mengalami kekambuhan (*relapse*).

Variabel intervensi dalam penelitian ini adalah asuhan keperawatan generalis yaitu meningkatkan coping individu dalam mengatasi keinginan menggunakan ulang heroin, serta RPT. Diharapkan setelah dilakukan intervensi tersebut terjadi perubahan kejadian kekambuhan dan tingkat kepatuhan pada klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM yaitu dari tingginya kejadian kekambuhan menjadi tidak terjadi kekambuhan/ berkurang serta dari rendahnya tingkat kepatuhan menjadi meningkatnya kepatuhan, berdasarkan pengukuran tes urinalisis(UDS), observasi dan self evaluasi (kuesioner).

Variabel *confounding* terdiri dari umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan status perkawinan. Kerangka konsep penelitian digambarkan dengan skema pada bagan 3.2.

BAGAN 3.2 KERANGKA KONSEP

Variabel Intervensi

Relapse Prevention Training (RPT) modifikasi dari Wnigaratne dkk (1995, dalam Marlatt, Parks & Witkiewitz, 2002), Gorski, T (1985 dan 2003) dan Mathew, R (2009).

Sesi 1 : Pengkajian. Meliputi mengumpulkan data mengenai riwayat ketergantungan heroin, riwayat kekambuhan, mengukur tingkat motivasi untuk berubah dan mengidentifikasi faktor pencetus/situasi resiko tinggi terjadi kekambuhan.

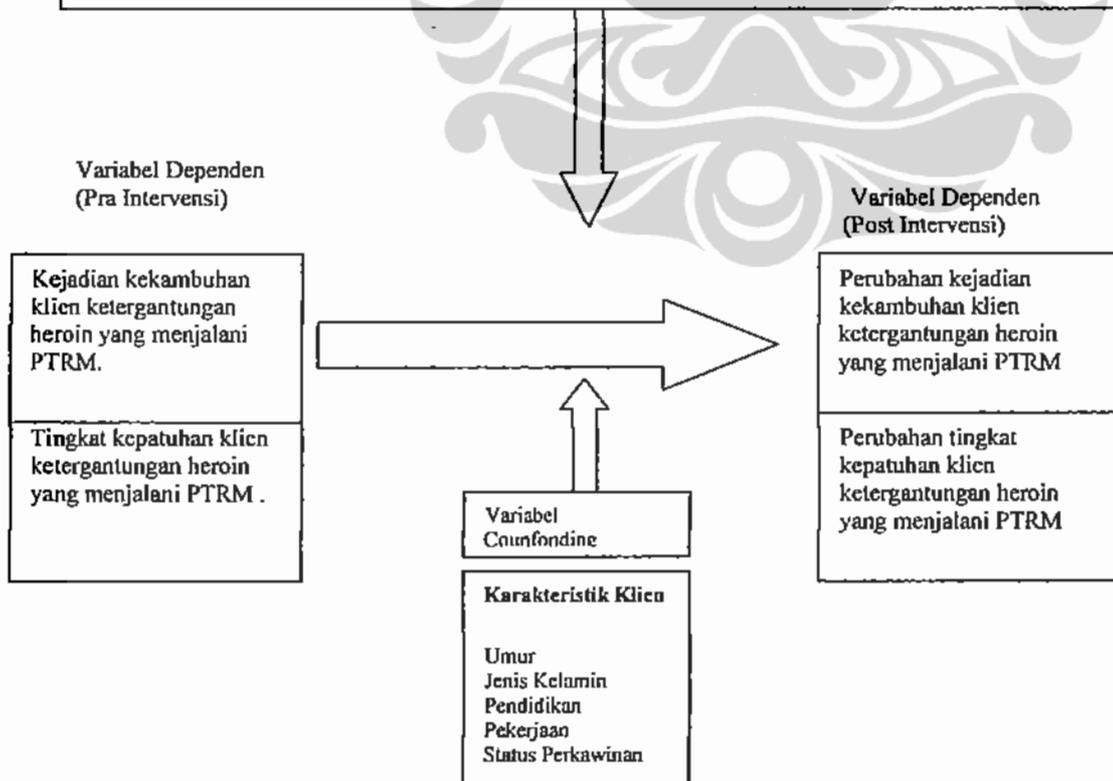
Sesi 2: Teknik meningkatkan kesadaran diri. Membantu klien menyadari pola emosional, pikiran dan perilaku kekambuhannya. Mengajak klien menceritakan riwayat yang dialaminya dimasa lalu dari kondisi kambuh hingga bersih tanpa heroin, menuliskan tanda/sinyal kekambuhan dari mulai kondisi stabil sampai dengan menggunakan heroin.

Sesi 3: Manajemen tanda/sinyal peringatan kekambuhan yaitu klien diajarkan strategi pemecahan masalah tanpa menggunakan heroin, membantu klien mengidentifikasi situasi resiko tinggi dan mengembangkan strategi koping.

Sesi 4 :Strategi kognitif. Yang bermanfaat untuk mengujicobakan perumpamaan koping (*coping imagery*) dan restrukturisasi pola pikir untuk berkomitmen/ berjanji terhadap godaan dan dorongan menggunakan heroin (*craving*), mengidentifikasi keputusan-keputusan menyimpang sebagai sinyal peringatan kekambuhan.

Sesi 5 : Pelibatan keluarga sebagai sistem pendukung klien dalam upaya latihan pencegahan kekambuhan secara mandiri dan terus menerus.

Sesi 6 : Evaluasi kemampuan klien dalam pencegahan kekambuhan.



Universitas Indonesia

3.3 Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah pernyataan sementara yang perlu diuji kebenarannya (Sabri, L & Hastono, S.P, 2006). Berdasarkan konsep teori yang ada, maka hipotesis yang muncul dalam penelitian ini adalah:

3.3.1 Hipotesis Mayor :

Ada pengaruh *Relapse Prevention Training* (RPT) terhadap kejadian kekambuhan dan tingkat kepatuhan klien sesudah mengikuti RPT pada klien ketergantungan heroin yang mengikuti PTRM yang ada di DKI Jakarta.

3.3.2 Hipotesis Minor :

- 3.3.2.1. Ada perbedaan kejadian kekambuhan dan tingkat kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM **sesudah** dan **sesudah** RPT dilakukan pada kelompok yang mendapatkan RPT dan kelompok yang tidak mendapatkan RPT.
- 3.3.2.2. Ada perbedaan kejadian kekambuhan dan kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani menjalani PTRM **sesudah** RPT dilakukan pada kelompok yang mendapatkan RPT dan kelompok yang tidak mendapatkan RPT.
- 3.3.2.3. Ada hubungan **usia** dengan kejadian kekambuhan dan kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM **sesudah** RPT dilakukan.
- 3.3.2.4. Ada hubungan **jenis kelamin** dengan kekambuhan dan kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM **sesudah** RPT dilakukan.
- 3.3.2.5. Ada hubungan **tingkat pendidikan** dengan kekambuhan dan kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM **sesudah** RPT dilakukan.
- 3.3.2.6. Ada hubungan **status pekerjaan** dengan kekambuhan dan kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM **sesudah** RPT dilakukan.

3.3.2.7. Ada hubungan **tingkat pendidikan** dengan kekambuhan dan kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM sesudah RPT dilakukan.

3.3.2.8. Ada hubungan **status perkawinan** dengan kekambuhan dan kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM sesudah RPT dilakukan.

3.4 Definisi Operasional

Variabel harus didefinisikan secara operasional agar lebih mudah dicari hubungannya antara satu variabel dengan yang lain dan juga pengukurannya. Definisi operasional ialah suatu definisi yang didasarkan pada karakteristik yang dapat diobservasi dari apa yang sedang didefinisikan atau mengubah konsep-konsep yang berupa konstruk dengan kata-kata yang menggambarkan perilaku atau gejala yang dapat diamati dan yang dapat diuji dan ditentukan kebenarannya oleh orang lain (Sarwono, 2006)

Variabel operasional bermanfaat untuk : 1) Mengidentifikasi kriteria yang dapat diobservasi yang sedang didefinisikan; 2) Menunjukkan bahwa suatu konsep atau objek mungkin mempunyai lebih dari satu definisi operasional; 3) Mengetahui bahwa definisi operasional bersifat unik dalam situasi dimana definisi tersebut harus digunakan. Definisi Operasional variabel Dependen dan Independen dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel 3.1.

Tabel 3.1. Definisi Operasional Variabel Dependen dan Independen

Variabel	Definisi operasional	Alat ukur dan cara ukur	Hasil ukur	Skala
Variabel Dependen				
Kejadian kekambuhan	<p>Suatu kondisi dimana klien PTRM masih menggunakan ulang heroin padahal ia sedang menjalani terapi metadon berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium terhadap urin klien secara mendadak (spot check).</p> <p>Klien PTRM dikatakan menggunakan ulang heroin bila hasil laboratorium menunjukkan hasil urinalisis heroin positif, sebaliknya bila hasil urinalisis heroin klien negative, maka klien dikategorikan tidak melakukan penggunaan ulang heroin.</p>	<p>Pemeriksaan Laboratorium : tes urinalisis/spot check list lembar pemeriksaan.</p> <p>Cara Ukur : Dengan melakukan pengambilan urin klien secara mendadak setelah klien menjalani intervensi RPT.</p>	<p>1. Tidak terjadi penggunaan ulang heroin (tes urin positif)</p> <p>2. Terjadi penggunaan ulang heroin. (tes urin negative)</p>	Nominal
Tingkat kepatuhan Klien	Ketaatan klien dalam mengontrol diri, tidak terpengaruh oleh lingkungan, patuh terhadap terhadap saran petugas kesehatan dan patuh terhadap jadwal pengobatan.	<p>Kuesioner dan absensi kehadiran.</p> <p>Kuesioner terdiri dari 20 item pertanyaan, dimana semua pertanyaan berbentuk skala Likert, dengan rentang nilai 0-3.</p> <p>Absensi kehadiran klien setiap hari di layanan PTRM.</p>	<p>Seluruh jawaban responden dijumlahkan, sehingga hasil berkisar antara nilai 0 – 60 dan diukur untuk mendapatkan nilai mean, median, mode (modus) dan nilai minimal-maximal pada CI 95 %</p> <p>Ketidakpatuhan dinilai bila klien minimal 3 hari berturut-turut tidak minum metadon tanpa alasan. Kepatuhan klien dinilai bila klien datang setiap hari untuk minum metadon.</p>	Interval

Variabel Independen

<i>Relapse Prevention Training (RPT)</i>	Psikoterapi individu yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan strategi koping dalam mencegah kekambuhan pada klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM yang terdiri dari 6 sesi: Sesi 1: Pengkajian Sesi 2: Meningkatkan kesadaran diri Sesi 3 : Manajemen tanda/sinyal peringatan kekambuhan Sesi 4 : Strategi kognitif Sesi 5 : Pelibatan keluarga sebagai sistem pendukung Sesi 6 : evaluasi kemampuan mencegah kekambuhan.	Kehadiran / lembar observasi Dengan cara: Check list.	1. Tidak dilakukan tindakan RPT 2. Dilakukan tindakan RPT sesuai dengan pedoman.	Nominal
--	---	--	---	---------

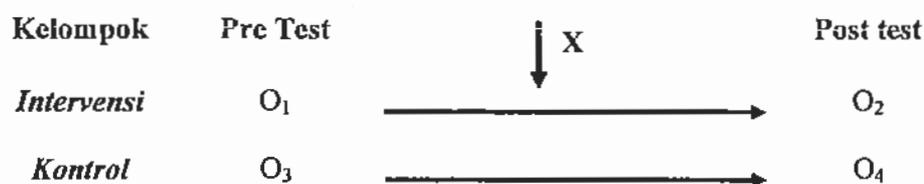
No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
A Variabel Confounding (Karakteristik klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM)					
1.	Usia	Umur responden yang terhitung sejak lahir sampai dengan ulang tahun terakhir.	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang usia responden	Dinyatakan dalam tahun	Interval
2.	Jenis Kelamin	Merupakan perbedaan dari jenis kelamin responden	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang jenis kelamin responden.	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
3.	Pekerjaan	Usaha yang dilakukan baik di dalam maupun di luar rumah untuk mendapatkan penghasilan/imbalan yang sesuai dengan usahanya	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang pekerjaan responden	1. Tidak Bekerja 2. Bekerja	Nominal
4.	Pendidikan	Jenjang pendidikan formal yang telah ditempuh berdasarkan ijazah terakhir yang dimiliki	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang pendidikan terakhir responden	1. SMP 2. SMA 3. Perguruan Tinggi :DIII/S1	Ordinal
5.	Status perkawinan	Ikatan yang sah antara pria dan wanita dalam menjalani kehidupan berumah tangga	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang status perkawinan pasien	1. Tidak Kawin 2. Kawin Catatan : Belum kawin, janda, duda termasuk dalam tidak kawin	Nominal

BAB 4 METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian “*Quasi Experimental Pre-Post Test With Control Group*” dengan intervensi asuhan keperawatan meningkatkan coping individu mengatasi keinginan menggunakan heroin kembali dan *relapse prevention training (RPT)*. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui perbedaan kejadian kekambuhan dan perbedaan tingkat kepatuhan sebelum dan sesudah diberikan perlakuan atau intervensi berupa pemberian asuhan keperawatan meningkatkan coping individu dalam mengatasi keinginan menggunakan heroin kembali dan RPT. Penelitian ini membandingkan dua kelompok klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM di DKI Jakarta, yaitu kelompok intervensi (kelompok yang diberikan asuhan keperawatan dan RPT) dan kelompok kontrol (kelompok yang hanya diberikan asuhan keperawatan tanpa RPT). Hal ini sesuai dengan pendapat Sastroasmoro dan Ismail (2008) yang menyatakan bahwa pada penelitian eksperimen, peneliti melakukan alokasi subyek diberikan perlakuan, dan mengukur hasil (efek) intervensinya. Adapun skema pelaksanaan tergambar dalam bagan berikut di bawah ini.

Bagan 4.1.
Desain Penelitian



Keterangan:

- X : Perlakuan (intervensi) Asuhan Keperawatan dan RPT.
- O₁ : Kejadian kekambuhan dan tingkat kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM sebelum dilakukan asuhan keperawatan dan RPT (*pre test*).
- O₂ : Kejadian kekambuhan dan tingkat kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM pada kelompok **intervensi** sesudah dilakukan intervensi asuhan keperawatan dan RPT (*post test*).
- O₃ : Kejadian kekambuhan dan tingkat kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM pada kelompok **kontrol** yang tidak mendapatkan perlakuan asuhan keperawatan dan RPT (*pre test*).
- O₄ : Kejadian kekambuhan dan tingkat kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM pada kelompok **kontrol** setelah kelompok yang tidak mendapat intervensi asuhan keperawatan dan RPT (*post test*).
- O₂-O₁ : **Perbedaan** kejadian kekambuhan dan tingkat kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM sebelum dan sesudah dilakukan asuhan keperawatan dan RPT pada **kelompok intervensi** (*post test*).
- O₁- O₃ :Perbedaan kejadian kekambuhan dan kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM sebelum dilakukan RPT pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.
- O₄-O₃ : Perbedaan kejadian kekambuhan dan tingkat kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM sebelum dan sesudah dilakukan RPT pada kelompok kontrol
- O₂-O₄ : Perbedaan kejadian kekambuhan dan tingkat kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM sesudah dilakukan RPT pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi

Menurut Kerlinger (1986, dalam Burn dan Grove,1997) populasi merupakan seluruh elemen (individu, obyek atau zat) yang sesuai dengan kriteria umum penelitian yang bersangkutan. Sependapat dengan pernyataan Kerlinger (1986, dalam Burn dan Grove,1997), Hidayat (2007) menyatakan bahwa populasi adalah seluruh subyek atau obyek dengan karakteristik tertentu yang akan diteliti. Bukan hanya subyek atau obyek yang dipelajari saja tetapi seluruh karakteristik atau sifat yang dimiliki subyek atau obyek tertentu. Populasi penelitian ini adalah klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM di wilayah DKI Jakarta . Berdasarkan data dari sebelas layanan PTRM yang berada di wilayah DKI Jakarta didapatkan bahwa jumlah klien aktif dalam kurun waktu 6 bulan terakhir (Juli 2009 – Desember 2009) sejumlah 5.307 klien, dengan rata-rata kunjungan 80 klien/ hari.

4.2.2 Sampel Penelitian

Sampel penelitian merupakan bagian dari populasi yang dipilih untuk penelitian terkait dan anggota- anggota sampel adalah subyek penelitian (Burn & Grove, 1997). Hal serupa dikemukakan Notoatmojo (2002) sampel adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan obyek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi. Sampel pada penelitian ini adalah klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM secara aktif di layanan PTRM yang ada di wilayah DKI Jakarta , dengan kriteria inklusi sebagai berikut :

- a. Berusia 20 – 55 tahun
- b. Tidak dalam keadaan menggunakan ulang heroin (tes urinalisis opiat/heroin negatif)
- c. Bersedia jadi responden, dengan menandatangani *informed concern*
- d. Tidak dalam keadaan yang menunjukkan *withdrawal syndrome* (rasa nyeri, diare, *lakrimasi, rhinore*).
- e. Dapat membaca dan menulis.

Besar sampel dalam penelitian ini ditentukan berdasarkan perkiraan jumlah populasi dan dihitung dengan menggunakan rumus sebagai berikut (Lemeshow, S. et al., 1990) :

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} P (1-P) N}{d^2(N-1) + Z^2_{1-\alpha/2} P(1-P)}$$

Keterangan :

n = Besar sampel

N = Populasi klien aktif PTRM di DKI adalah 5307 org

$Z^2_{1-\alpha/2}$ = Nilai Z pada tingkat CI: 90% adalah 1,645

d = Presisi yaitu sebesar 10 % = 0,1

P = Proporsi hal yang diteliti atau efektifitas RPT terhadap penurunan kekambuhan = 20 % (0,20) (Min, Lixu, Cheung, Ding, Yi & Yuang, 2005)

Berdasarkan perhitungan dengan menggunakan rumus diatas, maka : didapatkan 26,2 . Maka besar sampel untuk penelitian ini adalah 26 responden untuk setiap kelompok.

Dalam studi quasi eksperimental ini, untuk mengantisipasi adanya drop out dalam proses penelitian, maka kemungkinan berkurangnya sampel perlu diantisipasi dengan cara memperbesar taksiran ukuran sampel agar presisi penelitian tetap terjaga. Adapun rumus untuk mengantisipasi berkurangnya subyek penelitian (Sastroasmoro & Ismail, 2008) ini adalah :

$$n' = \frac{n}{1 - f}$$

Keterangan :

n' : Ukuran sampel setelah revisi

n : Ukuran sampel asli

f : Perkiraan proporsi drop out, yang diperkirakan 20 % (Keliat, 2003).

maka :

$$n = \frac{26}{1-0,2}$$

$$n = 33$$

Peneliti menentukan perkiraan proporsi drop out 20 % dengan alasan bahwa penarikan sampel dilakukan di setting layanan kesehatan yaitu Puskesmas, klien datang untuk memperoleh dosis metadon. Selain itu peneliti melakukan filterisasi terhadap responden secara ketat, hanya responden yang benar – benar mau terlibat dan serius menjalani RPT dan sesuai kriteria inklusi sajalah yang diambil sebagai responden penelitian ini.

Berdasarkan rumus tersebut diatas, maka jumlah sampel akhir yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah 33 responden untuk setiap kelompok (33 kelompok intervensi dan 33 untuk kelompok kontrol), sehingga jumlah total sampel adalah 66 responden. Namun dalam pelaksanaan penelitian, sampel mengalami *drop out* sebanyak 6 orang pada kelompok intervensi dan 4 orang pada kelompok kontrol. Pada kelompok intervensi, kejadian *drop out* disebabkan karena 1 responden meninggal dunia, 1 responden dipenjarakan dan 4 responden lainnya adanya keperluan mendadak saat terapi dilakukan, sehingga mereka tidak dapat mengikuti kegiatan terapi pada saat itu. Sedangkan untuk kelompok kontrol, dipenjarakan 1 responden, dan 3 responden lainnya tidak berada di lokasi penelitian saat dilakukan *post test* karena ada kegiatan diluar tempat penelitian. Sehingga, diakhir penelitian ini total sampel yang tersisa berjumlah 56 orang responden.

4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik sampling merupakan suatu proses seleksi sampel yang digunakan dalam penelitian dari populasi yang ada, sehingga jumlah sampel akan mewakili keseluruhan populasi yang ada (Hidayat, 2007). Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Cluster sampling*. Menurut Sastroasmoro dan Ismail (2008) *cluster sampling* adalah proses penarikan sampel secara acak pada kelompok individu dalam populasi yang terjadi secara alamiah, misalnya berdasarkan wilayah (kodya, kecamatan, kelurahan dan

seterusnya). Sampel dalam penelitian ini adalah klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM di wilayah DKI Jakarta. Langkah pertama cluster kotamadya selanjutnya cluster kecamatan. Dipilih secara *random* empat Puskesmas kecamatan di empat Kotamadya yang digunakan pada penelitian ini yaitu Puskesmas Gambir yang terletak di Jakarta Pusat, Puskesmas Jatinegara yang terletak di Jakarta Timur, Puskesmas Cengkareng yang terletak di Jakarta Barat, dan Puskesmas Tanjung Priuk yang terletak di Jakarta Utara, yang telah sesuai dengan kriteria inklusi. Kelompok intervensi dan kontrol dipilih sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditentukan secara *random*.

Adapun pemetaan jumlah sampel yang diambil adalah sebagai berikut :

Tabel 4.1 Pemetaan Jumlah Sampel
Di Tiap layanan PTRM yang Berada di Wilayah DKI Jakarta

Kelompok	Layanan PTRM	Jumlah sampel
Kelompok intervensi	Jakarta Pusat (PKM Gambir)	14 responden
	Jakarta Timur (PKM Jati Negara)	14 responden
Kelompok kontrol	Jakarta Barat (PKM Cengkareng)	14 responden
	Jakarta Utara (PKM Tanjung Priuk)	14 responden

4.3 Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian dimulai dari kegiatan penyusunan proposal, pengumpulan data, dilanjutkan dengan pengolahan hasil serta penulisan laporan penelitian yang dilakukan mulai minggu kedua Februari sampai dengan minggu pertama Juli 2010. Pengumpulan data dan intervensi dilakukan selama dua minggu (14 hari) di empat layanan PTRM di wilayah DKI Jakarta, yaitu Puskesmas kecamatan Gambir mewakili Jakarta Pusat, Puskesmas Tanjung Priuk mewakili Jakarta Utara, Puskesmas Cengkareng mewakili Jakarta Barat dan PKM Jatinegara mewakili Jakarta Timur.

Kegiatan *Relapse Prevention Training (RPT)* dilakukan selama 2 minggu (14 hari) pada kelompok intervensi di dua tempat klinik layanan PTRM yang dilakukan setiap hari. Uraian aktivitas penelitian dalam 2 minggu adalah 2 minggu intervensi RPT dimana dilakukan *pre* dan *post* diawal sesi dan diakhir sesi baik untuk kelompok kontrol maupun kelompok intervensi. Pengukuran kekambuhan dengan menggunakan tes urinalisis opiat dan kuesioner pre test yang telah diisi oleh responden merupakan persyaratan wajib bagi responden untuk mengikuti kegiatan terapi RPT pada minggu yang telah disepakati. Pada akhir sesi, responden akan diberikan *post test* yaitu kembali diukur kejadian kekambuhan dengan menggunakan tes urinalisis opiate dan kuesioner pengukur tinggat kepatuhan.

4.4 Etika Penelitian

Prinsip etika dalam penelitian ini meliputi :

4.4.1 *Ethical Clearence*

Sebelum penelitian dilaksanakan, maka peneliti melalui beberapa tahap kegiatan dalam rangka mematuhi rambu-rambu etik untuk mencegah terjadinya pelanggaran moral bagi subyek penelitian dalam hal ini manusia. Tahap pertama ialah kaji etik oleh komite etik penelitian keperawatan FIK-UI terhadap proposal penelitian yang telah dibuat, etis atau tidak etis untuk diteliti. Hal ini disebut *ethical clearence*. Selanjutnya peneliti menyampaikan surat permohonan penelitian pada Kepala Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta dengan membawa surat pengantar izin penelitian dari FIK-UI (lampiran 10). Setelah mendapat persetujuan dari Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, peneliti melanjutkan proses perizinan kepada Kesatuan Bangsa dan Politik (Kesbangpol) yang selanjutnya mendapatkan surat keterangan persetujuan izin mengadakan penelitian di wilayah DKI Jakarta dari Tata Pemerintahan DKI Jakarta. Setelah peneliti memperoleh surat izin persetujuan pelaksanaan penelitian di wilayah DKI Jakarta dari Tata Pemerintahan DKI Jakarta, selanjutnya peneliti kemudian mengkoordinasikan pelaksanaan penelitian kepada para Kepala Suku Dinas Kesehatan Jakarta Timur, Jakarta Pusat, Jakarta Barat, dan Jakarta Utara,

serta para kepala Puskesmas Kecamatan meliputi Puskesmas Kecamatan Jatinegara, Gambir, Cengkareng dan Tanjung Priuk. Pada tahap ini peneliti membutuhkan waktu yang cukup lama, permohonan izin penelitian dari Dekan FIK-UI tanggal 12 Mei 2010 dan mendapatkan surat diizinkan dari bagian Tata Pemerintahan tanggal 21 Juni 2010.

4.4.2 *Autonomy*

Responden berhak menentukan pilihan tanpa ada paksaan dari pihak manapun terutama peneliti. Oleh karena itu perlu adanya *informed consent* sebagai bukti persetujuan responden untuk mengikuti penelitian dari awal sampai penelitian selesai dilaksanakan. Dalam *informed consent* responden diberi informasi mengenai tujuan penelitian, manfaat penelitian, jaminan kerahasiaan penelitian, dan peran yang dapat dilakukan oleh responden penelitian (Lampiran 2), dan dapat berhenti ditengah proses.

4.4.3 *Beneficience*

Dalam penelitian ini, prinsip *beneficience* sangat dijunjung tinggi karena memang sangat diharapkan manfaat yang sebesar-besarnya bagi responden sebagai subyek penelitian baik selama proses penelitian berlangsung maupun setelah penelitian berlangsung. Manfaat penelitian ini bagi responden adalah mendapatkan pengetahuan dan kemampuan klien untuk mencapai gaya hidup sehat yang seimbang tanpa heroin, melalui keterampilan strategi koping terhadap situasi resiko terjadinya kekambuhan dan faktor yang mempengaruhi ketidak pathan dalam menjalani program terapi rumatan metadon melalui kegiatan RPT yang dilaksanakan.

4.4.4 *Nonmaleficience*

Nonmaleficience adalah persyaratan bahwa dalam penelitian, peneliti tidak boleh melakukan hal-hal yang dapat membahayakan responden (Aiken, 2004 dalam Townsend, 2005). Hal ini berarti bahwa prinsip *nonmaleficience* bertujuan untuk meminimalkan hal yang merugikan bagi responden. Dalam penelitian ini prinsip *nonmaleficience* diterapkan dengan melakukan tindakan RPT sesuai standar pelaksanaan untuk mengoptimalkan pengaruh terhadap kejadian kekambuhan dan kepatuhan

klien. Sebagai upaya mewujudkan prinsip *nonmaleficence*, peneliti telah melalui uji kompetensi terapi dan telah dinyatakan lulus (lampiran 8).

4.4.5 *Justice*

Prinsip keadilan mengarah pada keadilan secara merata, artinya bahwa tindakan yang diberikan tidak hanya melihat pada satu kelompok tertentu saja. Untuk dapat menerapkan prinsip keadilan sebaik-baiknya, peneliti juga memegang prinsip sebagai terapis yang profesional dengan menggunakan diri secara terapeutik dalam memberikan intervensi dalam penelitian. Penggunaan kemanusiaan diri sendiri, pengalaman, keterampilan coping dan persepsi untuk membantu klien tumbuh dan berubah inilah yang disebut dengan "*therapeutic use of self*" (Northouse & Northouse, 1998 dalam Videbeck, 2006).

Kesadaran diri merupakan kualitas pribadi peneliti dalam penerapan penggunaan diri secara terapeutik terhadap klien sebagai responden. Sehingga dalam memberikan terapi, peneliti dapat menjaga kestabilan emosinya pada setiap pertemuan dengan responden manapun tanpa ada perbedaan perlakuan personal pada kelompok tertentu. Prinsip keadilan pada penelitian ini dimaksudkan adanya perlakuan yang adil dan manusiawi pada kedua kelompok. Pada kelompok intervensi mendapatkan asuhan keperawatan generalis dan RPT, dan pada kelompok kontrol mendapatkan asuhan keperawatan generalis.

4.4.6 *Veracity*

Prinsip kejujuran yaitu memberikan informasi seadanya pada responden secara jujur dan tidak mengada-ada (Aiken, 2004 dalam Townsend, 2005). Dalam hal ini tidak memberikan janji yang sebenarnya tidak bisa ditepati oleh peneliti. Selain itu informasi berupa ilmu pengetahuan harus sesuai dengan konsep ilmu yang diketahui, tidak melebih-lebihkan untuk menarik perhatian responden.

4.4.7 *Confidentiality*

Prinsip kerahasiaan dalam penelitian ini dilakukan dengan tidak menampilkan informasi nama dan alamat asal responden dalam kuesioner,

tetapi hanya menggunakan kode responden. Data yang diperoleh dari setiap responden hanya diketahui peneliti dan responden sendiri. Selama pengolahan data, analisis dan publikasi hasil penelitian, identitas responden tidak diinformasikan pada pihak lain.

4.5 Alat Pengumpul Data

Pengumpulan data untuk kejadian kekambuhan dilakukan dengan menggunakan alat tes urinalisis untuk opiat (heroin). Sedangkan untuk tingkat kepatuhan menggunakan kuesioner. Kuesioner yang digunakan sebagai berikut:

4.5.1 Kuesioner A (karakteristik Responden)

Merupakan instrumen untuk mendapatkan gambaran karakteristik responden terdiri dari : usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan . Data karakteristik responden masuk dalam lembar kuesioner A, terdiri dari 5 (lima) pertanyaan dan diisi dengan cara memberi tanda check list (v) pada jawaban yang dipilih oleh responden atau mengisi titik-titik yang telah disediakan (lampiran 3)

4.5.2 Pengukuran Kejadian Kekambuhan

Pengukuran terhadap kejadian kekambuhan menggunakan tes urinalisis (*spot check*) opiat. Menurut Depkes (2002) metode pemeriksaan dapat bersifat kualitatif maupun kuantitatif. Pada pemeriksaan kualitatif banyak teknik atau metode yang digunakan baik dengan alat yang canggih bahkan dengan metode yang sangat simpel seperti dengan '*deep stick*'. Sedangkan tehnik atau metode kuantitatif digunakan untuk tes urin antara lain metode *Chromatographi* misalnya *Thin Layer Chromatography* (TLC), *Gas Chromatography* (GC), *Gas Chromatography – Mass Spectrometry* (GC-MS). Metode lainnya dikenal dengan tehnik *Spectrofluometry* yaitu metode yang menggunakan sifat fluoresensi zat kimia pada kondisi tertentu. Tehnik ini biasanya digunakan untuk menganalisa morpin. Tehnik lain yaitu *Immunoassay* yaitu suatu tehnik yang menggunakan tehnik

immunokemikal dan mempunyai ciri lebih sederhana dan cepat, sehingga mempunyai kemampuan untuk memeriksa 200-300 sampel perhari. Metode *immunoassay* ini mempunyai keuntungan dengan tidak usah melakukan ekstraksi urin terlebih dahulu seperti teknik kromatografi, sedangkan kerugiannya teknik ini kurang spesifik dibandingkan teknik kromatografi. Teknik pengukuran kekambuhan menggunakan metode kuantitatif ini digunakan juga pada penelitian yang dilakukan oleh Abnet.,dkk (2004) tentang penggunaan heroin di Iran dengan alat *Immunoassay* dan konfirmasi menggunakan *Chromatography –Mass Spectrometry*.

Pada penelitian ini teknik yang digunakan untuk pengukuran kejadian kekambuhan menggunakan teknik atau metode kualitatif sederhana menggunakan "*deep stick*".

4.5.3 Pengukuran Tingkat Kepatuhan

Alat pengumpul data untuk mengukur tingkat kepatuhan menggunakan lembar kuesioner B, kuesioner mengukur tingkat kepatuhan ini memiliki 20 pertanyaan. yang peneliti dikembangkan berdasarkan konsep teori tingkat kepatuhan diambil dan dimodifikasi dari Freischhacker.,dkk (2003). Modifikasi yang dimaksud adalah peneliti mengatur susunan pertanyaan berdasarkan faktor- faktor yang mempengaruhi kepatuhan, yaitu faktor individu , lingkungan, faktor yang berhubungan dengan tenaga kesehatan dan pengobatan. Semua pertanyaan dalam kuesioner diukur dengan menggunakan skala likert dengan rentang skor nilai 0 – 3 yang hanya diketahui peneliti. 0 = tidak pernah, 1 = kadang-kadang, 2 = sering, dan 3 = sangat sering. Kecuali pada kuesioner no 10, 11, 17, 18 dan 19 skor 0 = sangat sering, 1= sering, 2= kadang-kadang dan 3= tidak pernah. Pilihan jawaban yang memiliki tingkat kepatuhan diperoleh dengan menjumlahkan seluruh jawaban responden, nilai maksimal 60 adalah nilai maksimal tingkat kepatuhan yang sangat buruk. dan kemudian diklasifikasikan menjadi 4 kategori, yaitu nilai 0 – 6 dikategorikan tingkat kepatuhan baik,

nilai 7 – 12 dikategorikan tingkat kepatuhan sedang, nilai 13 – 19 dikategorikan tingkat kepatuhan kurang dan bila jumlah nilai ≥ 20 dikategorikan tingkat kepatuhan buruk .

4.6 Uji Coba Instrumen

Uji coba instrumen dilakukan untuk melihat validitas dan reliabilitas alat pengumpul data sebelum instrumen digunakan. Instrumen yang valid berarti alat ukur yang digunakan tepat untuk mengukur apa yang hendak diukur. Uji validitas terdiri dari validitas internal dan validitas eksternal (Sutanto, 2007).

Validitas eksternal instrumen diuji dengan membandingkan antara kriteria yang ada pada instrumen dengan fakta-fakta empiris yang ada dilapangan. Sedangkan validitas internal terbagi menjadi dua yaitu validitas konstruksi dan validitas isi. Untuk menguji validitas konstruksi, maka dapat digunakan pendapat dari ahli (*judgment experts*). Dalam penelitian ini instrumen yang diukur validitas konstruksinya telah dikonsulkan dengan ahli keperawatan jiwa Universitas Indonesia dan telah dipresentasikan pada para ahli di RSKO Jakarta baik medis dan non medis (Psikiater, Dokter, Perawat, Psikolog, dan Pekerja Sosial) (lampiran 13). Setelah itu, instrumen diujicobakan pada 30 orang responden di layanan PTRM RSKO Jakarta dengan mempertimbangkan karakteristik yang memenuhi kriteria inklusi responden. Setelah data ditabulasikan, maka pengujian validitas konstruksi dilakukan dengan melakukan analisis faktor dengan mengkorelasikan antar skor item instrumen dengan skor total menggunakan *uji korelasi pearson product moment*. Hasil valid bila nilai r (kolom *corrected item-total correlation*) antara masing-masing item pernyataan lebih besar dari r tabel (Hastono, 2007). Pengujian validitas isi instrumen dilakukan dengan membuat kisi-kisi instrumen kemudian membandingkannya dengan isi instrumen dan tujuan penelitian.

Instrumen yang reliabel adalah instrumen yang bila digunakan beberapa kali untuk mengukur obyek yang sama akan menghasilkan nilai yang sama. Hasil pengukuran konsisten dan bebas dari kesalahan.

Pengambilan data untuk uji coba instrumen dilakukan sebanyak 4 kali yaitu pada tanggal 10,12 dan 15 Juni 2010 di layanan PTRM RSKO Jakarta yang memenuhi kriteria inklusi. Pada uji pertama, uji validitas pada 20 item pernyataan 20 item tidak valid dimana nilai r kurang dari 0,361. Semua item kemudian dimodifikasi dengan melakukan perbaikan struktur kalimatnya tanpa merubah makna. Setelah itu dilakukan pengujian kembali, diperoleh 7 item pernyataan yang tidak valid. Sehingga peneliti memutuskan untuk mengeluarkan pernyataan tersebut dan menggantinya dengan pernyataan baru setelah diuji kembali untuk keempat kalinya. Hasil uji validitas yang ketiga menunjukkan nilai koefisien r diatas 0,361 dan *cronbach's coeficient-alpha* lebih dari nilai standar r yaitu 0,861. Sehingga kuesioner tersebut dinyatakan valid.

4.7 Prosedur Penelitian

Proses penelitian ini telah dilaksanakan dengan langkah-langkah sebagai berikut:

4.7.1 Prosedur Administrasi

Penelitian ini setelah melalui prosedur lolos kaji etik dari Komite Etik Penelitian Keperawatan / Kesehatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (lampiran 9), dan telah dinyatakan lulus uji *expert validity* modul terapi *relapse prevention training* (lampiran 10) dan lulus uji kompetensi terapi *Relapse Prevention Training* untuk menjamin peneliti mampu memberikan terapi *relapse prevention training* secara tepat dan akurat (Lampiran 11) dari tim penguji keperawatan jiwa FIK-UI, serta prosedur administrasi dari Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta.

Tahap selanjutnya yaitu peneliti menyampaikan surat permohonan izin uji coba instrumen dari Dekan FIK UI ditujukan kepada Direktur Utama

Rumah Sakit Ketergantungan Obat (RSKO) Jakarta (Lampiran 12) setelah peneliti melakukan presentasi di komite medik RSKO Jakarta dan dihadiri oleh pejabat struktural dan fungsional dari perawat, dokter, psikolog dan psikiater serta karyawan lainnya peneliti diizinkan melakukan uji alat pengumpul data (kuesioner) di layanan metadon RSKO Jakarta.

Peneliti juga menyampaikan surat permohonan izin penelitian dari Dekan FIK UI ditujukan kepada Kepala Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta (Lampiran 13). Selanjutnya Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta menerbitkan surat rekomendasi kepada bagian Kesatuan Bangsa dan Politik (Kesbangpol) setelah itu peneliti membawa surat keterangan dari kesbangpol ke bagian Tata Pemerintahan Provinsi DKI Jakarta sehingga dikeluarkannya surat keterangan izin melakukan penelitian di DKI Jakarta (lampiran 14). Setelah mendapatkan surat keterangan dari bagian Tata Pemerintahan peneliti memprosesnya ke Kepala Suku Dinas Kesehatan Kota Madya Jakarta Timur, Jakarta Barat, Jakarta Pusat dan Jakarta Utara hingga dikeluarkannya izin mengadakan penelitian pada Puskesmas yang berada diwilayah kerjanya.

4.7.2 Prosedur Teknis

- a. Penentuan tempat untuk uji coba instrumen (kuesioner) yaitu RSKO Jakarta dan tempat melakukan penelitian di Puskesmas Jati Negara, Puskesmas Gambir, Puskesmas Tanjung Priuk dan Puskesmas Cengkareng.
- b. Uji coba kuesioner dilakukan pada 30 orang klien dengan karakteristik yang hampir sama dengan responden penelitian. Selanjutnya dilakukan uji validitas dan reliabilitas.
- c. Penyamaan persepsi dengan perawat di klinik layanan metadon tentang kuesioner yang akan diberikan kepada responden.
- d. Pengambilan sampel. Klien ketergantungan heroin yang menjalani program terapi rumatan metadon (PTRM) yang memenuhi kriteria inklusi diambil sebagai sampel penelitian, dengan jumlah 56 responden yang terdiri dari 28 responden kelompok intervensi dan 28 responden kelompok kontrol.

Selanjutnya klien yang sudah terpilih diberikan penjelasan tentang tujuan, manfaat dan konsekuensi menjadi responden penelitian. Responden yang bersedia selanjutnya menandatangani lembar persetujuan atau *informed consent*. Sampel diperoleh dengan randomisasi nomer ganjil dimasukkan kedalam kelompok intervensi dan nomer genap dimasukkan kedalam kelompok kontrol.

e. Pre-Test

Klien yang sudah terpilih menjadi responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol selanjutnya dilakukan *pre test* untuk mengukur data demografi, kejadian kekambuhan dan tingkat kepatuhan. Pengumpulan data awal pada empat tempat penelitian dilakukan selama 4 (empat) hari, yang dilakukan oleh peneliti sendiri dan dibantu oleh perawat klinik layanan metadon.

f. Intervensi

Pemberian intervensi asuhan keperawatan generalis dan terapi *relapse prevention training* (RPT) dilakukan oleh peneliti sendiri dengan pertemuan setiap hari. Kelompok intervensi diberikan terapi RPT sebanyak 5-6 sesi. Sesi 1 dan 2 digabung menjadi 1 kali sesi pada beberapa responden, namun ada juga yang pelaksanaannya tidak digabung. Untuk kelompok yang pelaksanaan sesi 1 dan 2 digabung hal ini dikarenakan responden dengan cepat dan tepat menceritakan serta menuliskan di buku catatan kerja klien dengan alasan bahwa pertanyaan yang diajukan sudah cukup sering ditanyakan atau *familiar*. Sedangkan untuk kelompok yang tidak digabung sesi pelaksanaan 1 dan 2 dikarenakan kondisi kesehatan fisik responden yang tidak memungkinkan (adanya TB Paru dan HIV/AIDS). Meskipun demikian penggabungan sesi ini tidak berdampak pada perubahan isi dan aspek kemampuan klien yang harus dicapai pada sesi satu dan dua.

Penggabungan sesi 1 dan 2 dilaksanakan dalam waktu 45- 70 menit, sedangkan sesi 2 sampai 6 dilaksanakan masing-masing 1 kali selama 45-60 menit. Sesi kelima mengenai pelibatan keluarga dilaksanakan dengan

melakukan kontrak terlebih dahulu kepada keluarga responden pada saat responden berada pada sesi pertemuan ke empat. Untuk keluarga yang tidak bisa datang ke klinik layanan metadon di Puskesmas maka peneliti melakukan kunjungan rumah, untuk keluarga yang tidak bisa dikunjungi oleh peneliti, maka peneliti modifikasi dengan memberikan bahan pembekalan keluarga pada responden untuk disampaikan kepada keluarga. Pelaksanaan sesi terapi dilaksanakan sebelum jam layanan metadon di Puskesmas sampai dengan selesai jam layanan metadon yaitu jam 10.00 - 17.00 Wib sesuai dengan kesepakatan antara peneliti dengan responden.

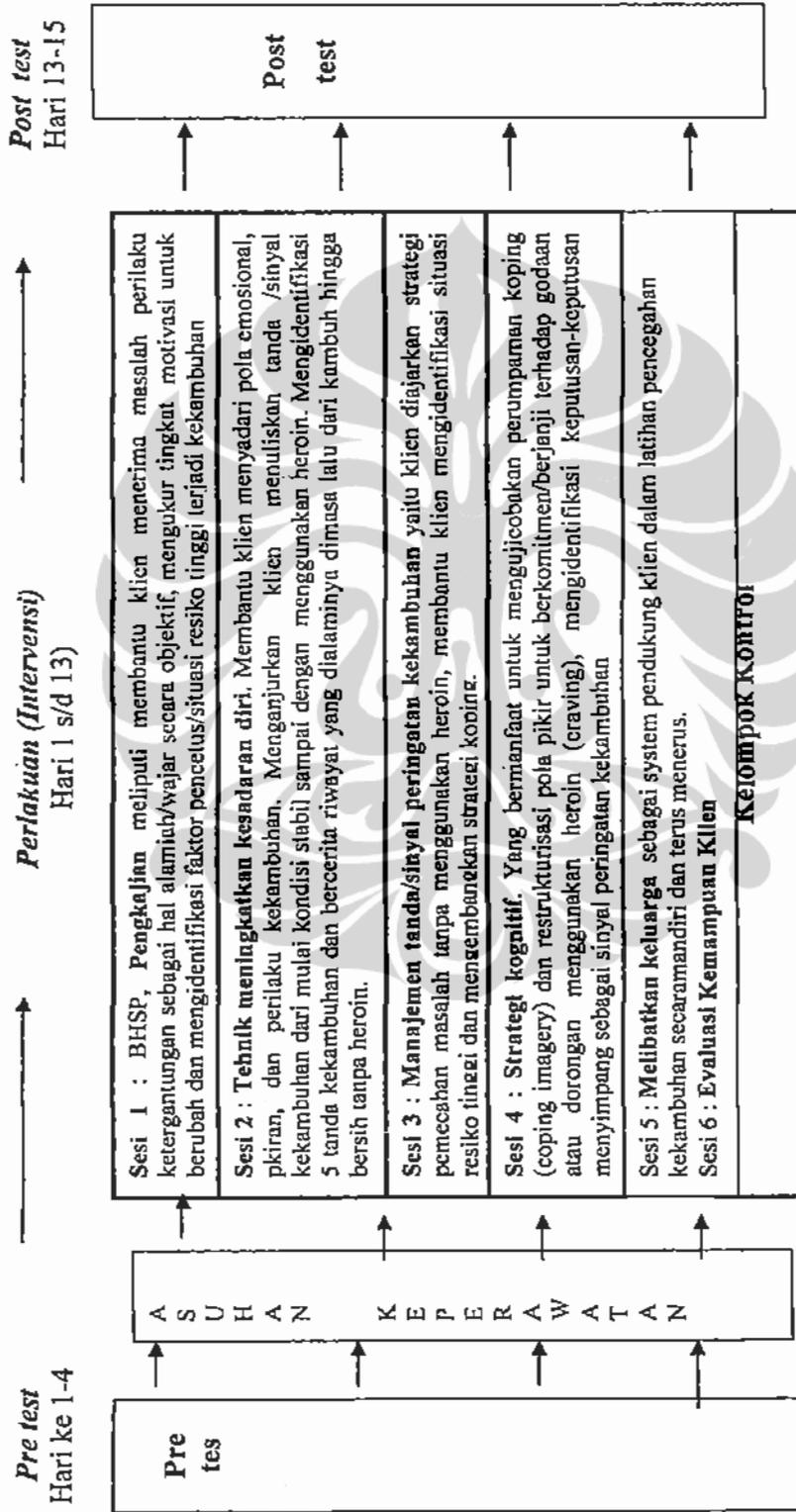
Responden dianggap berhasil mengikuti terapi RPT atau terhitung sebagai sampel pada penelitian ini bila dapat mengikuti kegiatan sesi 1 sampai 6, dan apabila tidak mengikuti keseluruhan sesi terapi maka klien dianggap gugur atau *drop out*. Pada kelompok kontrol peneliti melakukan validasi terhadap tindakan keperawatan generalis dengan melakukan validasi langsung kepada perawat klinik layanan metadon.

g. *Post Test*

Post test dilakukan setelah terapi RPT 6 sesi selesai. Variabel yang diukur kejadian kekambuhan dengan test urinalisis opiat dan tingkat kepatuhan dengan menggunakan kuesioner yang sama saat *pre test*. Pengambilan data post test dilaksanakan oleh peneliti sendiri dan dibantu oleh perawat klinik metadon di Puskesmas.

Kerangka pelaksanaan perlakuan (intervensi) RPT pada klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM dapat dilihat pada Bagan 4.2.

Bagan 4.2.
Pelaksanaan Asuhan Keperawatan dan Relapse Prevention Training (RPT)
pada klien Ketergantungan heroin yang menjalani PTRM



4.8 Analisa Data

4.8.1 Pengolahan Data

Pengolahan data merupakan salah satu bagian rangkaian kegiatan setelah pengumpulan data (Hastono,2007). Agar analisis penelitian menghasilkan informasi yang benar, paling tidak ada empat tahapan dalam pengolahan data yang peneliti harus lalui yaitu:

a. *Editing Data*

Dilakukan untuk memeriksa ulang kelengkapan pengisian, kesalahan atau ada jawaban dari kuesioner yang belum diisi oleh responden, kejelasan dan kesesuaian jawaban responden dari setiap pertanyaan yang diajukan.

b. *Coding Data*

Coding merupakan kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka/bilangan (Hastono, 2007). Peneliti memberi kode pada setiap respon responden untuk memudahkan dalam pengolahan data dan analisis data. Setelah *editing*, data kemudian diberi kode terutama untuk membedakan kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Seluruh variabel yang ada diberi kode dan untuk kelompok umur, pendidikan, lama menjalani PTRM, dosis metadon, kejadian kekambuhan dan tingkat kepatuhan dilakukan pengkategorian data agar memudahkan dalam proses analisis bivariatnya.

c. *Processing*

Merupakan kegiatan memproses data untuk keperluan analisa data. Kegiatan ini meliputi memasukkan data hasil jawaban responden terhadap kuesioner dalam bentuk kode ke program komputer. Kemudian data yang sudah ada, diproses dengan paket program yang sudah ada di komputer.

d. *Cleaning Data*

Suatu kegiatan pembersihan seluruh data agar terbebas dari kesalahan sebelum dilakukan analisa data, baik kesalahan dalam pengkodean maupun dalam membaca kode, kesalahan juga dimungkinkan terjadi pada saat memasukkan data ke komputer. Setelah itu peneliti melakukan pengecekan kembali apakah masih ada data yang salah atau tidak, sehingga data yang salah diperbaiki dan data siap dianalisis.

4.8.2 Analisis Data

4.8.2.1 Analisis Univariat

Analisis univariat adalah analisis yang bertujuan untuk menjelaskan/mendeskriptifkan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti (Hastono, 2007). Analisis ini dilakukan terhadap variabel *confounding* dan variabel dependen dalam penelitian ini, yaitu tentang karakteristik responden, tingkat kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM di wilayah DKI Jakarta. Analisis univariat bertujuan untuk melihat distribusi frekuensi dan proporsi untuk data kategorik dan mean, median, modus, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal serta confident interval (CI 95%).

Karakteristik responden yang dibagi dalam dua kelompok, yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol dianalisis. Analisis data numerik terdiri dari variabel usia dilakukan dengan menggunakan mean, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal serta *Confident Interval* (CI 95%). Data katagorik variabel jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan menggunakan distribusi frekuensi dan proporsi. Analisis univariat juga dilakukan untuk mengetahui kejadian kekambuhan dan tingkat kepatuhan klien dengan menggunakan mean, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal serta *Confident Interval* (CI 95%).

4.8.2.2 Analisis Bivariat

Sebelum melakukan analisis bivariat, terlebih dahulu dilakukan analisis kesetaraan. Kesetaraan variabel *confounding* yaitu karakteristik responden meliputi variabel usia antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol diukur dengan menggunakan *uji independent t-test*. Kesetaraan karakteristik klien meliputi variabel jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, dan status perkawinan di kedua kelompok ini diukur dengan menggunakan uji *Chi-Square*.

Analisis bivariat adalah analisis untuk menguji hubungan yang signifikan antara dua variabel, atau bisa juga untuk mengetahui apakah ada perbedaan yang signifikan antara dua atau lebih kelompok (Hastono, 2007). Analisis bivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesis penelitian. Sebelum analisis bivariat dilaksanakan, maka dilakukan terlebih dahulu uji kesetaraan untuk mengidentifikasi varian variabel antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol. Uji kesetaraan dilakukan untuk mengidentifikasi kesetaraan karakteristik klien, kejadian kekambuhan dan tingkat kepatuhan antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi sebelum intervensi asuhan keperawatan dan RPT diberikan.

Selanjutnya peneliti melakukan analisis perbedaan kejadian kekambuhan dan tingkat kepatuhan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah penelitian, untuk tingkat kepatuhan yaitu dengan menggunakan uji *Dependen t-Test (paired t-test)*. Kesetaraan kelompok terhadap tingkat kepatuhan di kedua tahapan yaitu sebelum dan sesudah diberikan RPT diuji dengan *Independent t-Test*, sedangkan untuk kelompok terhadap kejadian kekambuhan di kedua tahapan yaitu sebelum dan sesudah diberikan RPT diuji dengan menggunakan *chi-square*. Bila p value besar dari alpha maka kelompok intervensi dan kelompok kontrol disimpulkan setara atau homogen.

Untuk lebih mudah melihat cara analisis pada masing-masing variabel dalam penelitian ini, maka dapat dilihat pada tabel 4.1.

Tabel 4.2
Analisis Bivariat Variabel Penelitian Pengaruh *Relapse Prevention training*
terhadap kekambuhan dan tingkat kepatuhan klien ketergantungan heroin
yang menjalani PTRM di Wilayah DKI Jakarta Tahun 2010

A. Analisis Kesetaraan Karakteristik Responden (Klien Ketergantungan Heroin yang menjalani PTRM)		
No.		Cara Analisis
1.	Usia	Usia <i>Independent t -tes (uji kesetaraan).</i>
2.	Jenis Kelamin	Jenis Kelamin <i>Chi-Square</i>
3.	Pekerjaan	Pekerjaan <i>Chi-Square</i>
4.	Pendidikan	Pendidikan <i>Chi-Square</i>
5.	Status perkawinan	Status perkawinan <i>Chi-Square.</i>
B. Analisis Perbedaan tingkat kepatuhan sebelum dan sesudah intervensi		
No.		Cara Analisis
1.	Tingkat kepatuhan pada kelompok intervensi sebelum penelitian (data numerik)	Tingkat kepatuhan pada kelompok intervensi sesudah penelitian (data numerik) <i>t-test dependent(Paired t-test)</i>
2.	Tingkat kepatuhan pada kelompok kontrol sebelum penelitian (data numerik)	Tingkat kepatuhan pada kelompok kontrol sesudah penelitian (data numerik) <i>t-test dependent(Paired t - test)</i>
3.	Tingkat kepatuhan pada kelompok intervensi sebelum penelitian (data numerik)	Tingkat kepatuhan pada kelompok kontrol sebelum penelitian (data numerik) <i>Independent sample t-test (uji kesetaraan)</i>
4.	Tingkat kepatuhan pada kelompok intervensi sesudah penelitian (data numerik)	Tingkat kepatuhan pada kelompok kontrol sesudah penelitian (data numerik) <i>Independent sample t-test</i>
C. Analisis Perbedaan kejadian kekambuhan sebelum dan sesudah intervensi		
No.		Cara analisis
1.	Kejadian kekambuhan pada kelompok intervensi sebelum penelitian (data katagorik)	Kejadian kekambuhan pada kelompok intervensi sesudah penelitian (data katagorik) <i>Chi-square</i>
2.	Kejadian kekambuhan pada kelompok kontrol sebelum	Kejadian kekambuhan pada kelompok kontrol <i>Chi-Square</i>

	penelitian (data katagorik)	sesudah penelitian (data katagorik)	
3.	Kejadian kekambuhan pada kelompok intervensi sebelum penelitian (data katagorik)	Kejadian kekambuhan pada kelompok kontrol sebelum penelitian (data katagorik)	<i>Chi-Square</i>
4.	Kejadian kekambuhan pada kelompok intervensi sesudah penelitian (data katagorik)	Kejadian kekambuhan pada kelompok kontrol sesudah penelitian (data numerik)	<i>Chi-Square</i>

D. Perbedaan karakteristik klien terhadap kejadian kekambuhan dan tingkat kepatuhan

No	Variabel karakteristik klien	Variabel kekambuhan	Variabel tingkat kepatuhan
1	Usia (data interval)	<i>Independent sample t-test</i>	<i>Independent sample t-test</i>
2	Jenis Kelamin (data Nominal)	<i>Chi-Square</i>	<i>Chi-Square</i>
3	Pendidikan (data ordinal)	<i>Chi-Square</i>	<i>Chi-Square</i>
4	Pekerjaan (data nominal)	<i>Chi-Square</i>	<i>Chi-Square</i>
5	Status Perkawinan (data nominal)	<i>Chi-Square</i>	<i>Chi-Square</i>

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab ini menguraikan tentang hasil penelitian pengaruh *Relapse Prevention Training* terhadap kekambuhan dan kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani program terapi rumatan metadon di DKI Jakarta yang dilaksanakan pada tanggal 22 Juni sampai dengan tanggal 05 Juli 2010. Jumlah responden sebanyak 56 orang klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM di DKI Jakarta yang terdiri dari 28 orang untuk kelompok intervensi dan 28 orang untuk kelompok kontrol) sesuai kriteria inklusi yang telah ditentukan. Pada kelompok intervensi, peneliti melakukan terapi generalis dan *Relapse Prevention Training* (RPT), sedangkan pada kelompok kontrol hanya dilakukan terapi generalis saja. Di kedua kelompok dilakukan *pre test* dan *post test* yang hasilnya dibandingkan.

5.1 Proses Pelaksanaan *Relapse Prevention Training* (RPT)

Pelaksanaan *relapse prevention training* pada klien ketergantungan heroin yang menjalani program terapi rumatan metadon meliputi persiapan dan pelaksanaan *relapse prevention training*.

5.1.1 Tahap Persiapan

Penelitian diawali dengan persiapan penelitian yaitu dengan pengurusan administrasi di Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, Kesatuan Bangsa dan Politik serta Tata Pemerintahan hingga dikeluarkannya surat keterangan izin melaksanakan penelitian di DKI Jakarta dengan Nomor surat : 165/Tapem/VI/2010. Setelah melampirkan surat keterangan tersebut kepada Suku Dinas Kesehatan Jakarta Barat, Jakarta Timur, Jakarta Pusat dan Jakarta Utara serta diterima oleh Puskesmas di tempat penelitian maka peneliti diizinkan untuk melaksanakan penelitian di Puskesmas kecamatan yang berada di wilayah DKI Jakarta yaitu Puskesmas Jati Negara, Gambir, Cengkareng dan Tanjung Priuk. Pada awalnya peneliti akan melakukan pelatihan intervensi generalis untuk mengatasi masalah keperawatan koping individu tidak efektif : tidak mampu menolak keinginan menggunakan ulang heroin pada perawat yang berada pada klinik layanan metadon yang digunakan tempat penelitian, akan tetapi hal ini tidak dapat dilaksanakan

dikarenakan faktor keterbatasan dalam proses perizinan dan teknis pelaksanaan pelatihan. Peneliti memodifikasi dengan memberikan modul intervensi generalis sebagai panduan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien ketergantungan heroin yang memiliki masalah keperawatan koping individu tidak efektif : tidak mampu menolak keinginan menggunakan ulang heroin. Namun demikian hal ini tidak berdampak apa-apa terhadap pelaksanaan penelitian karena pada kelompok intervensi peneliti sendirilah yang melaksanakan baik tindakan generalis dan *relapse prevention training (RPT)*.

Langkah selanjutnya adalah menentukan klien yang dijadikan responden untuk kedua kelompok. Dengan bantuan perawat di empat layanan klinik metadon yang digunakan untuk penelitian yaitu Puskesmas Jatinegara, Puskesmas Gambir, Puskesmas Cengkareng dan Puskesmas Tanjung Priuk, maka lembar kuesioner dibagikan kepada 120 orang responden, yang terdiri dari 30 lembar kuesioner untuk masing-masing klinik layanan metadon. Kuesioner yang kembali lagi berjumlah 110 kuesioner, setelah itu maka peneliti melakukan pemilihan secara random untuk klien yang akan menjadi responden penelitian hingga terpilih 66 orang responden.

Sampai dengan proses penelitian ini berakhir responden yang aktif berjumlah 56, sisanya 10 orang drop out, karena meninggal 2 orang, dipenjarakan 2 orang dan tidak lengkap mengikuti sesi terapi sebanyak 6 orang responden. Jumlah responden ini sesuai dengan jumlah responden minimal dalam penelitian ini. Pemilihan seluruh responden tersebut telah sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditentukan sebelumnya. Pembagian responden juga mengikuti lokasi pelaksanaan penelitian dimana responden pada kelompok intervensi merupakan klien ketergantungan heroin yang menjalani program terapi rumatan metadon di Puskesmas Jatinegara (14 responden) dan Puskesmas Gambir (14 responden), sedangkan responden pada kelompok kontrol merupakan klien ketergantungan heroin yang menjalani program terapi

rumatan metadon di Puskesmas Cengkareng (14 responden) dan Puskesmas Tanjung Priuk (14 responden).

Setelah penentuan responden, dan bersedia menjadi responden kemudian diberikan penjelasan tentang tujuan, manfaat dan konsekuensi menjadi responden penelitian serta menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*). Peneliti memulai penelitian dengan melakukan *pre test* untuk mengetahui kondisi awal kekambuhan dan tingkat kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani program terapi rumatan metadon. Pelaksanaan *pre test* untuk kelompok intervensi dilaksanakan tanggal 22 juni dan 24 Juni 2010, sedangkan *pre test* kelompok kontrol dilaksanakan tanggal 23 juni dan 25 juni 2010.

Selama tahap persiapan, peneliti mengalami hambatan dalam hal waktu pengurusan administratif perizinan, permohonan izin penelitian dari Fakultas Ilmu Keperawatan UI kepada Kepala Dinas Provinsi DKI Jakarta pertanggal 12 Mei 2010 baru mendapatkan persetujuan izin penelitian pertanggal 15 juni 2010, setelah mendapatkan persetujuan dari Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta selanjutnya mengingat yang memproses penerbitan keputusan Gubernur tentang izin penelitian di Provinsi DKI Jakarta merupakan kewenangan badan Kesatuan Bangsa dan Politik (Kesbangpol) Provinsi DKI Jakarta maka selanjutnya pengurusan ditahap kesbangpol dan diteruskan kepada Kepala biro Tata Pemerintahan Provinsi DKI Jakarta sampai akhirnya keluar surat keterangan Gubernur Provinsi DKI Jakarta nomor :165/Tapem/VI/2010 pada tanggal 21 Juni 2010.

5.1.2 Tahap Pelaksanaan

Pelaksanaan penelitian dimulai dengan peneliti melakukan tindakan keperawatan berupa terapi generalis dan *relapse prevention training* pada kelompok intervensi. Sedangkan untuk kelompok kontrol hanya dilakukan terapi generalis oleh perawat layanan klinik metadon.

Pemberian intervensi generalis pada kelompok intervensi dilakukan antara 1-2 kali pertemuan, sedangkan RPT yang memiliki 6 sesi yang seharusnya dilaksanakan dalam 9 kali pertemuan, pada pelaksanaannya setiap sesi dapat dilakukan dalam 1 kali pertemuan, bahkan untuk sesi 1 dan 2 pelaksanaannya digabung menjadi 1 sesi. Penggabungan pelaksanaan sesi 1 dan 2 ini memperhatikan isi dan tidak merubah kemampuan yang harus klien dapatkan pada sesi 1 dan 2, selain itu penggabungan sesi ini dikarenakan klien mampu menceritakan dengan mudah riwayat ketergantungannya, riwayat kekambuhan, tingkat motivasi dan situasi pencetus kekambuhan, dikarenakan pertanyaan ini sering ditemui klien saat berinteraksi dengan petugas kesehatan saat mengikuti tahap detoksifikasi dan rehabilitasi atau sebelum menjalani program terapi rumatan metadon. Serta untuk perubahan pola pikir, perasaan, perilaku dan sikap dalam keadaan bersih, menjelang kekambuhan dan perbedaan perubahan tersebut juga tidak terlalu sulit dipahami klien. Dapat disimpulkan bahwa pada proses pelaksanaan sesi 1 dan 2 tidak mengalami hambatan yang berarti.

Pelaksanaan sesi 1 dan 2 ini dilaksanakan selama 45 - 70 menit, sehingga total pelaksanaan terapi selama 5 kali pertemuan. Namun terdapat juga 4 orang klien yang memerlukan 1 kali pertemuan untuk sesi 1 begitu juga 1 pertemuan untuk sesi 2, sehingga total pelaksanaan terapi selama 6 kali pertemuan. Waktu pelaksanaan RPT untuk kelompok intervensi di setiap pertemuan dibuat berdasarkan kesepakatan antara peneliti dengan responden. Waktu pelaksanaan terapi dilakukan sebelum waktu jam buka layanan klinik metadon sampai dengan setelah selesai layanan klinik metadon. Layanan klinik metadon di Puskesmas dilaksanakan setiap jam 10.00 -16.00 wib. Tempat pelaksanaan terapi selama waktu buka layanan klinik metadon dilaksanakan di ruang konseling/VCT pada layanan metadon di Puskesmas, dan pelaksanaan RPT bergantian dengan layanan konseling yang sudah ada, jika ruangan VCT/Konseling tersebut sedang dipakai maka pelaksanaan terapi menggunakan ruangan lain yang memenuhi syarat terjaganya privasi klien dan terpenuhinya rasa aman dan nyaman selama sesi terapi berlangsung, dan

tempat pelaksanaan terapi setelah pelaksanaan klinik layanan metadon tutup dapat dilaksanakan di ruang tunggu pasien yang sudah mulai sepi karena sudah banyak klien yang pulang dengan tetap memperhatikan kenyamanan dan *privacy* klien.

Pelaksanaan sesi terapi *relapse prevention training* dilakukan selama 5-6 sesi pertemuan, Setelah sesi keenam dan ketujuh dilaksanakan, maka dilanjutkan dengan kegiatan *post test* untuk kelompok intervensi untuk mengetahui kondisi akhir kekambuhan dan tingkat kepatuhan setelah pelaksanaan penelitian. Kegiatan *post test* untuk kelompok kontrol dilaksanakan setelah pemberian terapi generalis atau setidaknya pada pertemuan ketujuh saat klien datang pada klinik layanan metadon di puskesmas. Kegiatan penelitian diakhiri setelah peneliti melakukan terminasi akhir untuk kedua kelompok.

Kendala selama pelaksanaan terapi *relapse prevention training* (RPT) adalah tempat pelaksanaan terapi RPT yang dilaksanakan di ruang konseling/VCT di beberapa puskesmas yang hanya memiliki 1 tempat konseling VCT, sehingga pelaksanaannya bergabung dengan pelaksanaan konseling VCT dan konseling terjadwal lainnya dari program layanan metadon tersebut. Sedangkan pelaksanaan terapi di ruangan lain seperti ruang tunggu seringkali mendapatkan gangguan dengan datangnya teman klien untuk ikut bergabung atau sekedar bertanya tentang sesuatu, untuk mengatasi masalah seringnya teman klien ikut bergabung dalam sesi terapi peneliti melibatkan ketua Kelompok Dukungan Sebaya (KDS) di klinik layanan metadon untuk memberikan pengarahan kepada klien lain agar tidak mengganggu selama sesi terapi berlangsung dan selain itu peneliti juga memodifikasi dengan dibuatnya tulisan pada kertas karton "sedang berlangsung sesi terapi, terimakasih untuk tidak mengganggu". Pelaksanaan di ruang tunggu pun cukup ramai, sehingga peneliti harus menunggu setelah situasi sedikit lebih tenang dan tidak ramai, sementara Kendala lainnya adalah sulitnya menghentikan kebiasaan merokok responden selama kegiatan terapi, hal ini cukup mengganggu konsentrasi peneliti sehingga beberapa kali peneliti mengingatkan kontrak dan aturan terapi untuk tidak merokok selama

pelaksanaan terapi, dan klien pun akhirnya menyetujui untuk tidak merokok selama sesi terapi berlangsung.

5.2 Hasil Penelitian

Hasil penelitian ini menjelaskan secara lengkap hasil penelitian mengenai pengaruh *Relapse Prevention Training (RPT)* terhadap kekambuhan dan kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM) di DKI Jakarta yang terdiri dari karakteristik klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pekerjaan dan status perkawinan). Kekambuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM, kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM.

5.2.1 Karakteristik Klien Ketergantungan Heroin yang Menjalani Program Terapi Rumatan Metadon di DKI Jakarta.

5.2.1.1 Karakteristik Klien Ketergantungan Heroin yang Menjalani Program Terapi Rumatan Metadon berdasarkan Usia.

Karakteristik usia pada klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM merupakan variabel numerik sehingga dianalisis dengan menggunakan *sentral tendensi* guna mendapatkan nilai mean, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal. Sementara untuk menganalisa kesetaraan karakteristik berdasarkan usia pada klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM yang dilakukan RPT dan kelompok yang tidak dilakukan RPT dengan *Uji Independent Sample T-Test* Hasil analisisnya disajikan pada tabel 5.1. berikut :

Tabel 5.1.
 Analisis Usia Klien Ketergantungan Heroin yang Menjalani PTRM
 pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di DKI Jakarta Tahun 2010
 (n = 56)

Variabel	Jenis Kelompok	N	Mean	Median	SD	Min-Maks	P. Value
Usia	Intervensi	28	28,75	26,50	5,848	23 - 50	0,801
	Kontrol	28	28,43	28,50	3,282	24 - 35	
	Total	56	28,59	27,50	4,565	23-50	

Hasil analisis usia klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM pada pada tabel 5.1 menjelaskan bahwadari 56 responden penelitian ini, rata-rata usia klien kelompok intervensi berusia 28,75 dengan usia termuda 23 tahun dan usia tertua 50 tahun, sementara itu rata-rata usia klien kelompok kontrol berusia 28,43 tahun dengan usia termuda 24 tahun dan usia tertua 35 tahun. Uji Kesetaraan Karakteristik Klien Ketergantungan Heroin yang menjalani PTRM berdasarkan Usia pada klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna rata-rata usia klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM pada kelompok yang dilakukan RPT dengan kelompok yang tidak dilakukan RPT dengan *p value* $0,801 > \alpha 0,05$. Ini berarti rata-rata usa klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM pada kedua kelompok homogen.

5.2.1.2 Karakteristik Klien Ketergantungan Heroin yang Menjalani Program Terapi Rumatan Metadon Berdasarkan Jenis Kelamin, Pekerjaan, Pendidikan dan Status Perkawinan.

Karakteristik klien berdasarkan jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan dan status perkawinan pada klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol menggunakan distribusi frekuensi sedangkan uji kesetaraan berdasarkan karakteristik

jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan dan status perkawinan menggunakan *Chi-Square*. Hasil analisis disajikan pada tabel 5.2.

Tabel 5.2
Distribusi Frekuensi Klien Ketergantungan Heroin yang menjalani PTRM menurut Jenis Kelamin, pendidikan, pekerjaan dan status Perkawinan pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di DKI Jakarta Tahun 2010 (n = 56)

Karakteristik	Kelompok Intervensi (n = 28)		Kelompok Kontrol (n = 28)		Jumlah (n = 56)		P value
	N	%	N	%	N	%	
1. Jenis Kelamin Klien PTRM							
a. Laki-laki	24	85,71	26	92,86	50	89,29	0,669
b. Perempuan	4	14,29	2	7,14	6	10,71	
TOTAL	28	100	28	100	56	100	
2. Pendidikan Klien PTRM							
a. Pendidikan Sedang (SMP-SMA)	21	75	23	82,14	44	78,57	0,745
b. Pendidikan Tinggi (D3-S1)	7	25	5	17,86	12	21,43	
TOTAL	28	100	28	100	56	100	
3. Pekerjaan Klien PTRM							
a. Tidak Bekerja	17	60,71	21	75	38	67,86	0,391
b. Bekerja	11	39,29	7	25	18	32,14	
TOTAL	28	100	28	100	56	100	
4. Status Perkawinan Klien PTRM							
a. Tidak Kawin	21	75	19	67,86	40	71,43	0,767
b. Kawin	7	25	9	32,14	16	28,57	
TOTAL	28	100	28	100	56	100	

Berdasarkan uraian hasil analisis karakteristik pada tabel 5.2. dapat diketahui bahwa klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM dalam penelitian ini lebih banyak laki-laki 50 orang (89,29 %), sebagian besar berpendidikan SMP dan SMA 44 orang (78,57 %), tidak bekerja 38 orang (67,86%) dengan status perkawinan tidak kawin 40 orang (71,43 %).

Berdasarkan uji kesetaraan karakteristik berdasarkan jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan pada klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM didapatkan tidak ada perbedaan yang bermakna antara kelompok yang mendapatkan RPT dan kelompok yang tidak mendapatkan RPT, ini berarti kedua kelompok memiliki varian yang sama atau homogen

(*P value* > α 0,05).

Sehingga dapat disimpulkan bahwa klien dengan ketergantungan heroin yang menjalani PTRM di DKI Jakarta paling banyak berjenis kelamin laki-laki, pendidikan SMP dan SMA, dengan status pekerjaan tidak bekerja dan status perkawinan tidak kawin.

5.2.2 Kekambuhan Klien Ketergantungan Heroin yang Menjalani Program Terapi Rumatan Metadon di DKI Jakarta.

5.2.2.1 Kekambuhan Klien Ketergantungan Heroin yang Menjalani Program Terapi Rumatan Metadon sebelum dilakukan RPT

Pada bagian ini akan dijelaskan distribusi kekambuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM di DKI Jakarta sebelum dilakukan *Relapse Prevention Training* (RPT) pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Kekambuhan sebelum dilakukan *relapse prevention training* (RPT) baik pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan dengan pengukuran tes urinalisis (*spot check*) heroin dengan tetap memperhatikan prosedur standar baku tes urinalisis. Kedua kelompok didapatkan hasil tes urinalisis (*spot check*) opiat/heroin negatif.

5.2.2.2 Kekambuhan Setelah dilakukan *Relapse Prevention Training* pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Pada kelompok yang mendapatkan RPT tidak terjadi kekambuhannya artinya, hasil analisis urin klien negatif. Sedangkan pada kelompok kontrol ditemukan 1 orang klien (3,75 %) terjadi kekambuhan, artinya hasil urinalisisnya positif.

5.2.3 Kepatuhan Klien Ketergantungan Heroin yang Menjalani Program Terapi Rumatan Metadon

5.2.3.1 Kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani Program Terapi rumatan Metadon sebelum dilakukan *Relapse Prevention Training*.

Kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dilakukan RPT dianalisis dengan menggunakan *sentral tendensi* dan uji kesetaraan menggunakan *independent sample t-test* seperti pada table 5.3 berikut :

Tabel 5.3.
Analisis Kepatuhan Klien Ketergantungan Heroin yang menjalani PTRM Sebelum dilakukan *Relapse Prevention Training* di DKI Jakarta Tahun 2010 (n = 56)

Karakteristik	Kelompok	N	Mean	SD	SE	P. Value
Tingkat Kepatuhan	1. Intervensi	28	18	5,670	1,072	0,077
	2. Kontrol	28	21,89	4,864	0,919	
	Total	56	19,95	5,590	0,747	

Berdasarkan kuesioner pada penelitian ini rentang kepatuhan klien adalah minimal 0 dan maksimal 60 (0-6 kepatuhan baik, 7-12 kepatuhan sedang, 13-19 kepatuhan kurang dan lebih dari 19 adalah kepatuhan buruk). Ini berarti kepatuhan klien yang semakin menurun menunjukkan kepatuhan yang semakin baik. Hasil analisis tingkat kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM pada tabel 5.3. sebelum dilakukan RPT pada kelompok intervensi adalah 18, sedangkan pada kelompok kontrol adalah 21,89. Artinya, berdasarkan rentang nilai 0-60, tingkat kepatuhan kelompok intervensi termasuk dalam tingkat kepatuhan kurang. Sedangkan kelompok kontrol termasuk dalam tingkat kepatuhan buruk.

5.2.3.2 Kepatuhan Klien Ketergantungan Heroin yang Menjalani PTRM sebelum dan sesudah dilakukan RPT pada kelompok Intervensi dan kontrol.

Analisis perubahan kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah dilakukan RPT menggunakan uji statistik *dependent sample t-test (Paired t-test)* seperti yang digambarkan pada tabel 5.4 berikut:

Tabel 5.4
Analisis Kepatuhan Klien Ketergantungan Heroin yang menjalani PTRM pada kelompok intervensi dan *Sebelum dan sesudah* dilakukan *Relapse Prevention Training* di DKI Jakarta Tahun 2010
(n = 56)

Kelompok	Variabel	N	Mean	SD	SE	T	P value
Intervensi	Tingkat Kepatuhan						
	a. Sebelum	28	18,00	5,670	1,072	11,372	0,000
	b. Sesudah	28	11,50	5,260	0,994		
	Selisih		6,5	0,41	0,078		
Kontrol	Tingkat Kepatuhan						
	a. Sebelum	28	21,89	4,864	0,919	2,851	0,008
	b. Sesudah	28	20,61	4,764	0,900		
	Selisih		1,28	0,1	0,019		

Hasil analisis berdasarkan tabel 5.4 menggambarkan rata-rata tingkat kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM pada kelompok intervensi sebelum dilakukan RPT adalah sebesar 18,00, sedangkan setelah dilakukan RPT nilai kepatuhannya menurun menjadi 11,50 hal ini mengandung arti bahwa kepatuhan klien semakin meningkat. Terlihat nilai beda mean antara sebelum dilakukan intervensi dan setelah dilakukan intervensi adalah 6,5. Dari hasil uji statistik *dependent sample t-test* diperoleh nilai *p value*=0,000, sehingga dapat disimpulkan bahwa

ada perbedaan yang bermakna antara kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah dilakukan RPT

Rata-rata tingkat kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM pada kelompok kontrol sebelum dilakukan RPT adalah 21,89, sedangkan rata-rata tingkat kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM sesudah RPT adalah 20,61. Perbedaan mean antara tingkat kepatuhan sebelum dan sesudah intervensi adalah sebesar 1,28. Artinya ada penurunan secara bermakna poin kearah tingkat kepatuhan yang lebih baik. Dari rentang skor 0-60 tingkat kepatuhan kelompok kontrol sesudah intervensi berada pada tingkat kepatuhan buruk.

5.2.3.3 Perbedaan Kepatuhan Klien Ketergantungan Heroin yang Menjalani PTRM pada kelompok intervensi dan kontrol setelah dilakukan RPT

Perbedaan kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM pada kelompok Intervensi dan control setelah dilakukan RPT dianalisis dengan menggunakan independen t test, dan hasilnya dapat dilihat pada table 5.5

Tabel 5.5

Analisis Perbedaan Tingkat Kepatuhan Klien Ketergantungan Heroin yang menjalani PTRM pada kelompok intervensi dan kontrol *Sesudah* dilakukan *Relapse Prevention Training* di DKI Jakarta Tahun 2010
(n = 56)

Karakteristik	Kelompok	N	Mean	SD	SE	T	P Value
Tingkat Kepatuhan	1. Intervensi	28	11,50	5,260	0,994		
	2. Kontrol	28	20,61	4,764	0,900	-6,791	0,000

Rata-rata kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM pada kelompok intervensi turun menjadi 11,50 sedangkan pada kelompok

kontrol turun menjadi 20,61 . Dari hasil uji statistik diperoleh nilai p value $< \alpha$ 0,05). Artinya kepatuhan kelompok intervensi meningkat secara bermakna dibandingkan dengan kelompok kontrol.

5.2.3.4 Selisih Perbedaan Kepatuhan Klien Ketergantungan Heroin yang Menjalani PTRM sebelum dan Sesudah *Relapse Prevention Training* antara kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol.

Selisih perbedaan kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM sebelum dan sesudah *relapse prevention training* dijelaskan pada tabel 5.6

Tabel 5.6
Analisis Selisih Kepatuhan Klien Ketergantungan Heroin yang Menjalani PTRM antara **Sebelum** dan **Sesudah** dilakukan *Relapse Prevention Training* di DKI Jakarta Tahun 2010 ($n = 56$)

Karakteristik	Kelompok	Selisih	<i>P value</i>
Tingkat Kepatuhan	1. Intervensi	6,5	0,000
	2. Kontrol	1,28	

Dari tabel 5.6. menunjukkan selisih peningkatan kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM pada kelompok intervensi sebesar 6,5 dan pada kelompok kontrol sebesar 1,28 , perbedaan ini bermakna dengan p value $< \alpha$ 0,05. Berarti, ada peningkatan kepatuhan klien yang mendapatkan RPT lebih tinggi secara bermakna dibandingkan dengan kelompok yang tidak mendapatkan RPT dengan p value $< \alpha$ 0,05.

5.2.4 Analisis Hubungan Karakteristik Klien Ketergantungan Heroin yang Menjalani PTRM dengan Kejadian Kekambuhan.

Menurut Colton dalam Hastono (2007) kekuatan hubungan dua variabel secara kualitatif dibagi dalam 4 area, yaitu $r = 0,00 - 0,25$ yang berarti

tidak ada hubungan/hubungan yang lemah, $r = 0,26 - 0,50$ berarti hubungan sedang, $r = 0,51 - 0,75$ berarti hubungan kuat, dan $r = 0,76 - 1,00$ berarti hubungan sangat kuat/sepurna.

Faktor yang berkontribusi terhadap kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM dianalisis menggunakan uji *Korelasi Regresi Linier Sederhana* yang dapat dilihat pada tabel 5.7

Tabel 5.7
Hubungan Karakteristik Klien terhadap Kekambuhan Klien Ketergantungan Heroin yang Menjalani PTRM di DKI Jakarta, Tahun 2010
(n=56)

Karakteristik Klien	Kekambuhan				
	N	r	R ²	t	P value
1. RPT	56			6,986	0,000
2. Usia	56			-0,602	0,550
3. Jenis Kelamin	56			-0,065	0,948
4. Pekerjaan	56	0,307	0,094	1,817	0,693
5. Pendidikan	56			-0,397	0,075
6. Status Perkawinan	56			-0,815	0,415

Berdasarkan hasil analisis tabel 5.7 dapat diketahui bahwa RPT memiliki hubungan yang sedang dengan nilai r sebesar 0,307. Adapun peluang untuk mencegah kekambuhan pada klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM dengan memberikan RPT adalah sebesar 9,4 %.

5.2.5 Tingkat Kepatuhan Klien Ketergantungan Heroin Yang Menjalani Program Terapi Rumatan Metadon.

5.2.5.1 Analisis hubungan karakteristik klien dengan Kepatuhan Klien Ketergantungan Heroin yang Menjalani PTRM.

Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM dilakukan untuk mengidentifikasi adanya perubahan yang bermakna terhadap tingkat kepatuhan klien ketergantungan

heroin yang menjalani PTRM setelah RPT diberikan pada kelompok intervensi.

Tabel 5.8.
Analisis Hubungan Karakteristik Klien terhadap Kepatuhan Klien
Ketergantungan Heroin yang Menjalani PTRM di DKI Jakarta Tahun 2010
(n=56)

Karakteristik Klien	Tingkat Kepatuhan				
	N	r	R ²	t	p-value
1. RPT	56			-6,326	0,000
2. Usia	56	0,698	0,487	-1,029	0,309
3. Jenis Kelamin	56			-0,570	0,571
4. Pekerjaan	56			0,478	0,635
5. Pendidikan	56			-0,922	0,361
6. Status Perkawinan	56			0,192	0,361

Berdasarkan analisis dari tabel 5.8 dapat diketahui bahwa RPT memiliki hubungan yang kuat dengan nilai r sebesar 0,698. Adapun peluang untuk meningkatkan kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM adalah sebesar 48,7% (R²= 0,487).

BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini menguraikan tentang pembahasan yang meliputi interpretasi dan diskusi hasil penelitian seperti yang telah dipaparkan dalam bab sebelumnya dan keterbatasan yang ditemui selama proses penelitian berlangsung, serta selanjutnya akan dibahas pula tentang bagaimana implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan dan penelitian.

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang pengaruh *relapse prevention training* (RPT) terhadap kekambuhan dan kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM di DKI Jakarta. Disamping itu penelitian bertujuan untuk mengetahui perbedaan kejadian kekambuhan dan tingkat kepatuhan pada kelompok intervensi, yaitu kelompok klien ketergantungan heroin yang menjalani program terapi rumatan metadon (PTRM) yang mendapatkan intervensi generalis dan RPT yang memiliki 6 sesi pertemuan dengan kelompok kontrol, yaitu kelompok klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM yang mendapatkan intervensi generalis namun tidak mendapatkan RPT.

Klien ketergantungan heroin mengalami perubahan pola pikir menjadi destruktif seperti berpikir bahwa heroin dapat menyelesaikan masalah kesulitan hidup yang dihadapi. Memproyeksikan tanggung jawab terhadap perilakunya, menyalahkan sesuatu diluar dirinya (orang tua, teman, dan lingkungan), serta mempunyai pengetahuan mengatasi stress dan pemecahan masalah yang kurang (Stuart & Sundeen, 2005). Perilaku cenderung tidak sabar, dan ingin cepat merasakan manfaat terapi dan menghindari ketidaknyamanan. Klien yang menjalani PTRM diharuskan datang setiap hari kelayanan PTRM (Zaller, Bazazi, Velazquez & Rich, 2009; Depkes, 2006), hal yang sering timbul dari klien yang menjalani PTRM antara lain kejenuhan karena harus datang ke klinik /layanan metadon setiap hari, tidak bebas bepergian keluar daerah tanpa perencanaan dan konsultasi dengan terapi serta konselor sehingga berpotensi terjadinya tingkat kepatuhan yang rendah (Preston, 2006). Rendahnya tingkat kepatuhan pada klien ketergantungan heroin

yang menjalani PTRM menyebabkan kekambuhan (Maremmani, Nardini, Zolesi & Castrogiovanni, 1994 ; Ezat, Azimah, Rushidi & Ruhani, 2009).

Oleh karena itu membutuhkan suatu intervensi keperawatan meliputi intervensi keperawatan generalis dan intervensi keperawatan lanjut yang bersifat spesialistik seperti *relapse prevention training* (RPT). RPT sebagai psikoterapi intervensi pengobatan standar dalam kesehatan jiwa untuk kondisi-kondisi kronis seperti ketergantungan obat (Marlatt & Gordon, 1980 dalam Mathew, 2009) mempunyai prinsip utama yaitu mempersiapkan mental klien untuk kemungkinan terjadinya kekambuhan melalui antisipasi situasi-situasi resiko tinggi dan menggunakan keterampilan strategi koping yang efektif (Olney, 2009).

6.1 Pengaruh *Relapse Prevention Training* Terhadap Kekambuhan Klien Ketergantungan Heroin Yang Menjalani PTRM.

6.1.1 Kekambuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani

PTRM pada kelompok yang mendapatkan *Relapse Prevention Training* (RPT).

Kekambuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM sebelum dan sesudah mendapatkan asuhan keperawatan dan RPT pada kelompok intervensi didapatkan tidak ditemukan kejadian kekambuhan.

Analisis peneliti, mengenai penyebab kekambuhan yang tetap atau tidak berubah pada klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM, setelah mendapatkan asuhan keperawatan dan *Relapse Prevention Training* (RPT) adalah adanya proses belajar melalui pengetahuan dan keterampilan strategi koping dalam mengatasi perubahan perasaan, pikiran, sikap dan perilaku pencetus awal kekambuhan, serta keterampilan saat menghadapi situasi resiko terjadi kekambuhan yang diperoleh dalam pelaksanaan RPT dalam penelitian.

Relapse Prevention Training mendidik klien agar mencapai suatu gaya hidup (*lifestyle*) yang seimbang dan mencegah terjadinya pola kebiasaan yang tidak sehat dengan meningkatkan keterampilan strategi koping yaitu pola pikir dan perilaku yang konstruktif, sesegera mungkin mengatasi

masalah dan mempercepat tahap proses perubahan, seperti koping pada saat timbul godaan dan dorongan menggunakan heroin kembali. Mengembangkan keterampilan strategi koping klien dapat meningkatkan kemampuan klien untuk mengatasi dorongan dan godaan untuk menggunakan ulang (*lapse*) sehingga mencegah *relapse* (kambuh). Proses restrukturisasi pola pikir dan latihan keterampilan strategi koping dapat mencegah terjadinya kekambuhan pada klien sesuai dengan yang dikemukakan oleh Olney (2009) bahwa mengembangkan keterampilan strategi koping klien dalam mengatasi dorongan dan godaan untuk menggunakan ulang heroin dapat mencegah terjadinya kekambuhan.

Selain itu peneliti menganalisa bahwa dalam proses RPT klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM pada kelompok intervensi klien diajarkan untuk mengetahui tanda atau sinyal awal terjadinya kekambuhan melalui pengenalan tanda-tanda perubahan pikiran, perasaan, sikap, dan perilaku dalam keadaan bersih tanpa heroin, pikiran, perasaan, sikap dan perilaku menjelang kekambuhan serta perbedaan pikiran, perasaan, sikap dan perilaku yang terjadi antara saat dalam keadaan bersih tanpa heroin dan pikiran, perasaan, sikap, perasaan dan perilaku saat terjadi kekambuhan. Hal ini sesuai dengan pernyataan Stuart dan Laraia (2005) bahwa 70 % - 90 % klien yang mengalami kekambuhan mampu mengidentifikasi gejala awal kekambuhannya. Pernyataan Stuart dan Laraia (2005) tersebut sesuai juga yang dikemukakan oleh Marlatt (1985 dalam Blume, 2005); Marlatt, Parks dan Witkiewitz, (2002) bahwa kekambuhan dapat digambarkan sebagai kejadian-kejadian yang saling berkaitan dan dapat diprediksi terjadi, sehingga jika klien disadarkan akan adanya tanda / sinyal awal lalu mengembangkan keterampilan strategi koping mengatasi dan mengendalikannya maka klien akan terlindung dari kejadian kekambuhan.

Klien yang mendapatkan RPT diberikan juga latihan mengujicobakan perumpamaan koping (*coping imagery*) dengan memberikan stimulus menghayalkan situasi resiko terjadi kekambuhan, serta stimulus dengan

menggunakan alat atau benda yang dapat meningkatkan dorongan dan godaan untuk menggunakan ulang heroin. Uji coba perumpamaan koping ini dimaksudkan untuk melatih kemampuan strategi koping klien menghadapi situasi-situasi beresiko yang ditemui klien dalam kehidupan sehari-hari. Pada tahap ini apabila klien terlihat mengalami kecemasan dan ketegangan maka klien dilatih melakukan tehnik relaksasi .

Klien untuk sampai pada kemampuan strategi kognitif, harus melalui sesi awal yaitu dimulai dengan sesi 1 mengenali riwayat ketergantungan heroinnya, riwayat kekambuhannya, mempunyai tingkat motivasi untuk berubah yang tinggi, serta mampu mengidentifikasi faktor pencetus/situasi resiko terjadi kekambuhan. Klien juga telah menjalani sesi 2 yaitu bagaimana meningkatkan kesadaran diri dalam hal perubahan perasaan, pikiran, sikap dan perilaku sebelum kekambuhan, menjelang kekambuhan dan perubahan antara sebelum dan menjelang kekambuhan. Selain itu, klien diajarkan juga manajemen tanda atau sinyal peringatan kekambuhan dan akhirnya dilatih mengenai strategi kognitif yaitu mengujicobakan perumpamaan koping (*coping imagery*).

Latihan strategi kognitif pada klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM merupakan sumber penting dalam menentukan perilaku, oleh karena itu sebelum menyusun alternatif mengubah perilaku lebih dahulu dilakukan modifikasi pikiran (restrukturisasi pola pikir). Distorsi pikiran pada klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM diatasi dengan pemberian RPT .

Pelaksanaan terapi RPT dalam penelitian ini secara keseluruhan menggunakan pendekatan individu, dengan pelaksanaan setiap hari. Hal ini sesuai dengan pendapat Olney (2009) yang menjelaskan bahwa tehnik pelaksanaan *relapse prevention training* dapat dilakukan setiap hari atau 2-3 kali seminggu baik dengan pendekatan individu maupun dengan pendekatan kelompok. Pelaksanaan terapi dengan pendekatan individu dalam penelitian ini mempunyai keuntungan seperti klien dapat dengan

bebas dan leluasa mengungkapkan masalah kekambuhannya dan mengungkapkan fakta-fakta tentang dirinya dengan lebih banyak kesempatan dari waktu yang sediakan, klien juga dapat dengan mudah untuk menanyakan hal-hal yang kurang dipahaminya langsung kepada terapis. Sedangkan pelaksanaan RPT dengan metode pendekatan kelompok pun mempunyai banyak manfaat, seperti klien dapat belajar dari pengalaman sesama anggota kelompok, saling bertukar pikiran dan saling memberikan dukungan.

Pada kelompok intervensi selama proses penelitian tetap diberikan terapi medis (metadon) dari klinik layanan metadon di Puskesmas . Oleh karena itu kejadian kekambuhan yang tidak ditemui pada kelompok intervensi menunjukkan bahwa tindakan yang diperoleh klien kelompok intervensi yaitu antara tindakan keperawatan dan tindakan medis (metadon) saling melengkapi.

Hasil penelitian lain juga mendukung hasil penelitian ini, diantaranya penelitian RPT mengurangi kejadian kekambuhan pada klien ketergantungan heroin yang mejalani PTRM ini sesuai dengan pendapat Carroll (1996) RPT adalah intervensi yang sukses untuk mengurangi penggunaan ulang heroin dan memperbaiki penyesuaian psikososial, dengan RPT menunjukan lebih dari dua kali peningkatan bermakna, serta percepatan proses pemulihan atau pengobatan dibandingkan kelompok yang tidak mendapatkan RPT (Carroll, Rounsaville, dan Keller (1991 dalam Olney, 2009). Min, Lixu, Cheung, Yi dan Yuang (2005) tentang program pencegahan pada pusat ketergantungan heroin di Cina didapatkan bahwa efektifitas RPT menurunkan kejadian kekambuhan mencapai 20 % setelah dilaksanakan selama 6 bulan..

Kesimpulan akhir, bahwa pengaruh *relapse prevention training* terhadap kejadian kekambuhan klien ketergantungan heroin di DKI Jakarta tahun 2010 tidak mengalami perubahan kejadian kekambuhan antara sebelum dan sesudah dilakukan RPT, hal ini dibuktikan dengan tes urinalisis opiat yang

mendapatkan kejadian kekambuhan sama dengan keadaan kriteria klien pada saat sebelum dilaksanakan RPT yaitu dalam keadaan tidak kambuh (tes urinalisis opiat negatif).

6.1.2 Kejadian Kekambuhan Klien Ketergantungan Heroin yang Menjalani PTRM pada Kelompok yang Tidak Mendapatkan *Relapse Prevention Training*.

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa kejadian kekambuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM pada kelompok yang tidak mendapatkan RPT menunjukkan kejadian kekambuhan yang tidak bermakna sebesar 3,75 % ($p \text{ value } 1,000 > \alpha 0,05$).

Klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM dalam penelitian ini mengalami adanya dorongan yang kuat untuk menggunakan ulang heroin baik yang berasal dari dalam diri klien sendiri maupun yang berasal dari faktor luar seperti ajakan teman dan godaan yang berasal dari lingkungan sekitar, meskipun telah memperoleh metadon. Dorongan yang kuat meliputi rasa rindu menggunakan ulang heroin dengan dosis kecil saat berada didalam tekanan konflik, atau emosi yang negatif dan konflik hubungan sosial. Klien pada penelitian ini tidak memahami bahwa ada tanda awal/sinyal yang terjadi menjelang terjadi kekambuhan. Padahal kekambuhan dapat dikenali melalui tanda dan gejala kekambuhan. Seperti yang dikemukakan Stuart dan Laraja (2005) bahwa 70 % - 90 % klien mampu untuk mengidentifikasi gejala awal kekambuhan penyakitnya. Hal ini dikemukakan juga oleh Marlatt (1985 dalam Blume, 2005) bahwa kekambuhan dapat digambarkan sebagai kejadian-kejadian yang berkaitan yang dapat diprediksikan terjadi, sehingga jika klien disadarkan akan adanya sinyal / tanda dan gejala awal kekambuhan, diberikannya bantuan untuk mengembangkan keterampilan mengatasi dan mengendalikannya maka kekambuhan dapat diatasi.

Keadaan responden penelitian ini sesuai dengan yang diuraikan Marlatt dan Gordon (1985), dorongan dan godaan menggunakan zat kembali atau *craving* oleh Gossop.,dkk (1991), Heather dan McAuliffe .,dkk (1986),

Simpson.,dkk (1989), McIntosh dan McKeganey, (2000). Pada klien ketergantungan heroin yang menjalani program terapi rumatan metadon menunjukkan keterbatasan dalam mengatasi situasi-situasi pencetus terjadinya kekambuhan tersebut sehingga perlu mendapatkan penanganan karena akan menyebabkan perilaku penggunaan ulang heroin selama menjalani PTRM yang beresiko terjadi over dosis hingga kematian.

Kejadian kekambuhan pada kelompok yang tidak mendapatkan *Relapse Prevention Training (RPT)*, sebesar 3,75 % dengan kejadian kekambuhan klien yang tidak bermakna secara statistik. Analisis peneliti, kondisi ini dikarenakan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM mendapatkan intervensi keperawatan generalis yang meliputi peningkatan koping klien dalam mengatasi keinginan menggunakan ulang heroin. Meskipun tidak diberikan pengetahuan dan latihan pencegahan kekambuhan hanya dibiarkan saja sampai penelitian selesai dilaksanakan. Walaupun klien tidak belajar mengenai tanda/sinyal perubahan pikiran, perasaan, sikap dan perilaku sebagai tanda awal terjadinya kekambuhan dan tidak berlatih melakukan uji coba perumpamaan strategi koping dalam menghadapi stimulus situasi yang beresiko terjadi kekambuhan baik melalui metode menghayal dan dengan stimulus yang menggunakan alat / benda (stimulus nyata), tetapi klien yang mendapatkan intervensi generalis diajarkan mengenai tanda, penyebab, akibat dan cara-cara untuk menghindari dan menolak keinginan menggunakan ulang heroin.

Berdasarkan hasil penelitian tersebut, peneliti menyimpulkan bahwa pada kelompok yang tidak mendapatkan RPT namun mendapatkan intervensi generalis terlihat kejadian kekambuhan yang sangat kecil, yang secara uji statistik tidak bermakna.

6.1.3 Perbedaan Kejadian Kekambuhan Klien Ketergantungan Heroin yang Menjalani PTRM pada Kelompok yang Mendapatkan RPT dan Kelompok yang Tidak Mendapatkan RPT.

Perbandingan kejadian kekambuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM antara kelompok yang mendapatkan RPT dan kelompok yang tidak tidak mendapatkan RPT menunjukkan adanya perbedaan, dimana kejadian kekambuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM yang mendapatkan RPT menunjukkan tidak ada kejadian kekambuhan dan kelompok yang tidak mendapatkan RPT terjadi kekambuhan sebesar 3,75 %.

Sehingga peneliti perlu menjelaskan adanya kejadian kekambuhan pada kelompok kontrol dikarenakan klien yang tidak mendapatkan RPT tidak memperoleh informasi pengetahuan dan latihan pencegahan kekambuhan seperti halnya kelompok intervensi. Selain itu, menurut analisis peneliti kejadian kekambuhan pada klien kelompok yang tidak mendapatkan RPT sebesar 3,75 % terjadi karena ketidakmampuan menolak keinginan menggunakan ulang heroin akibat adanya dorongan, godaan bahkan ketidakmampuan untuk mengatasi konflik . Hal ini sesuai dengan pernyataan Gossop., dkk, 1991 dalam McIntosh &McKeganey, 2000) yang mengatakan bahwa kekambuhan dapat terjadi dikarenakan adanya dorongan dan godaan menggunakan ulang heroin (*craving*).

6.1.4 Hubungan Karakteristik Klien (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan status Perkawinan) Ketergantungan Heroin yang Menjalani PTRM dengan Kejadian Kekambuhan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan karakteristik usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pekerjaan dan status perkawinan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM terhadap kejadian kekambuhan.

klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM. Berdasarkan uji statistik didapatkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara usia

klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM dengan kejadian kekambuhan pada kedua kelompok ($p \text{ value} = 0,553 > 0,05$).

Sehingga dapat disimpulkan bahwa usia pada kelompok kontrol maupun kelompok intervensi variabel usia tidak menentukan kejadian kekambuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM.

Stuart dan Laraia (2005) menyatakan bahwa usia berhubungan dengan pengalaman seseorang dalam menghadapi berbagai macam stresor, kemampuan memanfaatkan sumber dukungan dan keterampilan dalam mekanisme koping. Temuan ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Khairunissa (2009) bahwa kelompok klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM berada pada kelompok dewasa muda. Usia menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna pada penelitian ini, hal ini juga sesuai dengan hasil penelitian Mutaqin (2006) yaitu bahwa umur tidak ada hubungan yang bermakna dengan kejadian kekambuhan.

6.1.4.2 Hubungan karakteristik jenis kelamin klien terhadap kejadian kekambuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa rata-rata jenis kelamin responden yang paling banyak adalah berjenis kelamin laki-laki. Berdasarkan uji statistik diperoleh hasil bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin terhadap kekambuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM ($p \text{ value} > \alpha 0,05$).

Menurut literatur karakteristik yang termasuk pada social budaya seperti : usia jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, peran sosial, latar belakang budaya, agama dan keyakinan individu (Stuart & Laraia, 2005) . Pada penelitian ini tidak ditemukan adanya hubungan antara usia dengan kekambuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM .

6.1.4.3 Hubungan karakteristik tingkat pendidikan klien terhadap kejadian kekambuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki latar belakang pendidikan SMP dan SMA. Berdasarkan uji statistik diperoleh hasil bahwa tidak ada hubungan antara latar belakang pendidikan responden terhadap kekambuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM ($p\text{-value} > \alpha 0,05$).

Pendidikan menjadi salah satu tolak ukur kemampuan seseorang dalam berinteraksi dengan orang lain secara efektif dan sebagai sumber coping dalam mengatasi masalah (Stuart & Laraia, 2005). Faktor pendidikan responden pada penelitian ini menunjukkan tidak memiliki kontribusi yang bermakna terhadap kekambuhan dan tingkat kepatuhan klien ketergantungan heroin. Hal ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Mutaqin (2006) yang menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan kejadian kekambuhan pada klien ketergantungan heroin.

6.1.4.4 Hubungan karakteristik status pekerjaan terhadap kejadian kekambuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa responden tidak bekerja. Berdasarkan uji statistik diperoleh hasil bahwa tidak ada hubungan status bekerja responden terhadap kekambuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM ($p\text{-value} > \alpha 0,05$).

Status pekerjaan merefleksikan tingkat sosial ekonomi (Hawari, 2000). Kondisi sosial ekonomi yang rendah berpengaruh terhadap kondisi kesehatan yang meliputi nutrisi yang kurang adekuat, rendahnya pemenuhan perawatan untuk anggota keluarga, perasaan tidak berdaya. Kemiskinan atau ekonomi rendah cukup sering mencetuskan permasalahan kesehatan, resiko gangguan jiwa termasuk diantaranya penggunaan heroin.

6.1.4.5 Hubungan karakteristik status perkawinan klien terhadap kejadian kekambuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki status perkawinan "tidak kawin" . Berdasarkan uji statistik diperoleh hasil bahwa tidak ada hubungan status perkawinan responden terhadap kekambuhan dan kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM (*p-value* > α 0,05).

Kelly, Blacksin, dan Mason (2001, dalam Stuart & Laraia, 2005) klien dengan ketergantungan heroin kemungkinan tidak mempunyai asset sosial, serta dukungan pemulihan, yang berkontribusi pada perubahan kepada hal positif. Namun demikian , pada penelitian ini status perkawinan tidak mempunyai hubungan terhadap kekambuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM.

6.2 Pengaruh *Relapse Prevention Training* terhadap Tingkat Kepatuhan Klien Ketergantungan Heroin yang Menjalani PTRM.

6.2.1 Tingkat Kepatuhan Klien Ketergantungan heroin yang Menjalani PTRM pada Kelompok yang Mendapatkan RPT.

Hasil uji statistik menggambarkan rata-rata tingkat kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM sebelum dan setelah dilakukan intervensi menurun 6,5 poin, dari tingkat kepatuhan sebelumnya. Hal ini mengandung arti adanya perubahan tingkat kepatuhan klien dari tingkat kepatuhan kurang menjadi tingkat kepatuhan sedang. Sehingga dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan yang bermakna tingkat kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM pada kelompok yang mendapatkan RPT sesudah dilakukan RPT.

Analisis peneliti mengenai penyebab terjadinya peningkatan tingkat kepatuhan pada klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM disebabkan karena proses belajar melalui pengetahuan dan keterampilan RPT yang memberikan manfaat mengembangkan keterampilan strategi koping klien sehingga klien mempunyai kemampuan dalam mengontrol

faktor-faktor internal didalam dirinya, mengontrol lingkungan atau situasi resiko terjadi ketidakpatuhan, bersikap patuh terhadap aturan pengobatan serta patuh terhadap saran petugas kesehatan dalam hal ini peneliti. Tingkat kepatuhan klien dipengaruhi oleh berbagai faktor termasuk diantaranya pemahaman atau pengetahuan klien dalam mengambil tanggung jawab perawatan diri (Bakker & Kastermans, 1994 dalam Kyngas.,dkk, 2000).

Pemahaman klien yang baik terhadap pentingnya taat pada program pengobatan dan saran petugas kesehatan sesuai dengan yang dikemukakan oleh Freischhacker, Oehl dan Hummel (2003) . Menurut peneliti, tingkat kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM pada penelitian ini dikarenakan klien mendapatkan tindakan berkelanjutan melalui proses RPT seperti kontak dengan perawat setiap hari, melaksanakan sesi demi sesi pelaksanaan RPT dan juga evaluasi terus menerus terhadap sesi yang sudah dilakukan dengan sesi yang akan dipelajari saat itu. Kondisi ini membuat klien merasa lebih diperhatikan, dihargai dan dimotivasi untuk mencapai gaya hidup bersih tanpa heroin yang dapat di temukan dalam proses terapi RPT, sehingga kejenuhan yang sering timbul akibat harus datang setiap hari untuk mendapatkan metadon pada klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM seperti yang dikemukakan oleh Preston (2006) dapat diminimalisasi.

Pelaksanaan RPT yang menggunakan metode diskusi dan role play memberikan kesempatan kepada klien untuk ikut berpartisipasi didalam proses kegiatan terapi.

6.2.2 Tingkat Kepatuhan Klien Ketergantungan Heroin yang Menjalani PTRM pada Kelompok yang Tidak Mendapatkan RPT

Rata-rata tingkat kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM pada kelompok kontrol sebelum dilakukan RPT adalah 21,89, sedangkan rata-rata tingkat kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM sesudah RPT adalah 20,61. Perbedaan mean antara tingkat kepatuhan sebelum dan sesudah intervensi adalah sebesar 1,28. Artinya ada penurunan secara bermakna poin kearah tingkat kepatuhan

yang lebih baik . Dari rentang skor 0-60 meskipun tingkat kepatuhan kelompok kontrol sesudah intervensi berada pada tingkat kepatuhan buruk, namun ini dapat mengindikasikan adanya perubahan skor tingkat kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM. Hasil analisa uji statistik diperoleh nilai $p \text{ value} = 0,008 < \alpha 0,05$.

Analisis peneliti, bahwa peningkatan kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM pada kelompok yang hanya mendapatkan asuhan keperawatan generalis pun apabila dilaksanakan dapat meningkatkan kepatuhan klien sebesar 1,28 poin.

Kesimpulan akhir, bahwa ada pengaruh asuhan keperawatan generalis terhadap tingkat kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM .

6.2.3 Perbedaan Tingkat Kepatuhan Klien pada kelompok yang mendapat RPT dan Kelompok yang tidak mendapat RPT.

Tingkat kepatuhan pada klien ketergantungan heroin yang menjalani program terapi rumatan metadon pada kedua kelompok baik kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah dilakukan terapi RPT menunjukan peningkatan yang bermakna.

Kepatuhan menurut Booker (2002) menyatakan bahwa kepatuhan sebagai persetujuan klien untuk mengikuti petunjuk petugas kesehatan yang profesional dalam hal regimen pengobatan, jadwal pengobatan atau gaya hidup yang harus dimodifikasi. Cameron (1996, dalam Kyngas, dkk.,2000) melakukan analisis konsep kepatuhan dan menghasilkan pernyataan bahwa kepatuhan merupakan proses kognitif-motivasional dari tujuan dan perilaku seseorang, sekumpulan perilaku merawat diri dan hasil interaksi klien dan tenaga kesehatan (praktisi).

Tingkat kepatuhan yang ditunjukan klien merupakan bahwa tingkat kepatuhan merupakan keputusan yang diambil oleh klien setelah mempertimbangkan manfaat terapi dan mengikuti anjuran atau saran

petugas kesehatan untuk mentaati peraturan, dan program terapi yang sudah disepakati antara klien sebagai penerima layanan dan petugas kesehatan sebagai pemberi layanan.

Tingkat kepatuhan klien dipengaruhi oleh beberapa faktor, menurut Freischhacker, Oehl dan Hummel (2003) empat faktor yaitu faktor yang berhubungan dengan individu(klien sendiri), faktor lingkungan, faktor yang berhubungan dengan petugas kesehatan dan faktor yang berhubungan dengan pengobatan.

Klien pada penelitian ini menunjukkan adanya keyakinan individu akan kesehatan dirinya yang direfleksikan dengan pandangan individu mengenai tingkat keparahan penyakitnya dan penyebab penyakit yang kurang tepat, Kejenuhan harus datang setiap hari, kurangnya dukungan keluarga dan finansial, keterbatasan ketersediaan fasilitas kesehatan, pemahaman yang kurang mengenai efek samping dan dosis yang diberikan, lama pengobatan, biaya pengobatan, serta jumlah obat yang harus diminum. Kondisi tersebut diatas sesuai dengan pendapat Preston. (2006) hal yang sering timbul dari klien yang menjalani PTRM antara lain kejenuhan karena harus datang ke klinik /layanan metadon setiap hari, tidak bebas bepergian keluar daerah tanpa perencanaan dan konsultasi dengan terapi serta konselor.

Pada terapi RPT sesi satu, empat dan lima dalam penelitian ini klien diberikan strategi meningkatkan motivasi berubah, manajemen tanda dan sinyal awal kekambuhan serta latihan strategi kognitif : mengujicobakan perumpamaan koping (*koping imagery*) dan pelibatan keluarga sebagai faktor pendukung yang memberikan motivasi kepada tingkat kepatuhan klien dalam mejalani program terapi rumatan metadon. Tingkat kepatuhan juga pada penelitian ini diperoleh adanya motivasi klien untuk mengikuti setiap sesi terapi .

Dracup dan Meleis (1982, dalam Kyngas., dkk, 2000) mengatakan bahwa kepatuhan merupakan isu yang penting dalam dunia kesehatan karena regimen layanan kesehatan tidak bernilai tanpa kepatuhan klien . Lebih lanjut Kyngas, dkk., (2000) mengatakan bahwa rendahnya tingkat kepatuhan akan berkontribusi terhadap penurunan efektifitas dan kemanfaatan regimen pengobatan serta peningkatan biaya pengobatan akibat implementasi regimen yang tidak sesuai atau tidak tepat. Dengan kata lain, tingkat kepatuhan yang rendah pada klien ketergantungan heroin dalam menjalani PTRM akan berkontribusi terhadap tidak efektifnya program PTRM dan klien tidak merasakan manfaat sehingga klien kembali menggunakan zat sebagai upaya memenuhi kondisi yang diharapkan.

Rendahnya tingkat kepatuhan pada klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM menyebabkan kekambuhan (Maremmani, Nardini, Zolessi & Castrogiovanni, 1994 ; Ezat, Azimah, Rushidi & Ruhani, 2009). Tidak minum obat sesuai program merupakan salah satu alasan yang sering dikemukakan untuk timbulnya kekambuhan (Marder, 2000 dalam Videbeck, 2006).

Hasil penelitian ini menunjukkan terjadi peningkatan secara bermakna baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol. Hal ini tampak dengan adanya peningkatan skor tingkat kepatuhan antara *pre test* dan *post test* di kedua kelompok. Pada kelompok intervensi kepatuhan meningkat sebesar 6,5 poin dan pada kelompok kontrol meningkat sebesar 1,28 poin. Peningkatan ini akan semakin meningkat apabila dilaksanakan secara terus menerus, sementara itu dengan pelaksanaan terapi selama 8 hari setelah *pre test* menunjukkan peningkatan yang bermakna, sehingga dapat meningkatkan pula efektifitas pengobatan dalam hal ini substitusi metadon hingga akhirnya menurunkan kejadian kekambuhan . Hal ini sesuai dengan penjelasan menurut Dracup dan Meleis (1982, dalam Kyngas., dkk, 2000) mengatakan bahwa regimen layanan kesehatan tidak bernilai tanpa kepatuhan klien . Selain itu menurut Kyngas, dkk., (2000)

mengatakan bahwa rendah nya tingkat kepatuhan akan berkontribusi terhadap penurunan efektifitas dan kemanfaatan regimen pengobatan serta peningkatan biaya pengobatan akibat implementasi regimen yang tidak sesuai atau tidak tepat.

Pada penelitian ini juga menggunakan buku kerja klien yang dibawa sendiri oleh masing-masing klien. Buku kerja ini berisi keterampilan-keterampilan yang dipelajari dan harus dikuasai oleh klien. Pada setiap akhir sesi pertemuan peneliti memberikan tugas pada klien untuk melakukan latihan mandiri dengan klien lain dan didokumentasikan pada buku kerja klien. Selanjutnya pada pertemuan berikutnya sebelum memulai sesi pada hari tersebut peneliti melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan latihan mandiri pada masing-masing klien dan memberikan umpan balik positif terhadap apa yang telah dilakukan klien. Tugas mandiri dan serta umpan balik positif yang diberikan pada klien dapat memotivasi klien untuk melakukan keterampilan baru yang dilatih.

Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa pemberian intervensi generalis saja pada kelompok kontrol sudah cukup bermakna, hal ini mengindikasikan pemberian asuhan keperawatan generalis yang dilakukan seorang perawat dapat meningkatkan kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani program terapi rumatan metadon, dengan menambahkan terapi lanjutan lain seperti RPT maka tingkat kepatuhan klien akan jauh lebih meningkat yang pada akhirnya dengan tingginya kepatuhan klien maka akan lebih efektif regimen pengobatan yang sedang dilaksanakan oleh klien .

6.2.4 Hubungan Karakteristik Klien Ketergantungan Heroin yang menjalani PTRM dengan Tingkat Kepatuhan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan karakteristik usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pekerjaan dan status perkawinan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM terhadap tingkat kepatuhan.

6.2.4.1 Hubungan karakteristik klien berdasarkan usia dengan tingkat kepatuhan

Hasil penelitian menunjukkan tidak ada kontribusi usia terhadap kekambuhan dan tingkat kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani program terapi rumatan metadon (*p value* lebih besar dari α), sehingga berapapun usia klien tidak berpengaruh terhadap kejadian kekambuhan dan tingkat kepatuhan

Usia berhubungan dengan pengalaman seseorang dalam menghadapi berbagai macam stresor, kemampuan memanfaatkan sumber dukungan dan keterampilan dalam mekanisme koping (Stuart & Laraia, 2005). Pada penelitian ini bahwa umur tidak ada hubungan yang bermakna dengan kejadian kekambuhan. Sedangkan faktor usia diperoleh bahwa usia sangat muda dan sangat tua mempunyai tingkat kepatuhan rendah dibanding usia dewasa (Freischhacker, Oehl, M. dan Hummel.M, 2003)

Dengan demikian maka dapat disimpulkan bahwa faktor usia responden tidak memiliki hubungan atau kontribusi yang bermakna terhadap kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani program terapi rumatan metadon.

6.2.4.2 Hubungan karakteristik klien berdasar jenis kelamin dengan tingkat kepatuhan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa jenis kelamin responden lebih banyak laki-laki (89,29 %) dari pada perempuan (10,71 %). Berdasarkan uji statistik diperoleh hasil bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin terhadap tingkat kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM (*p value* > α 0,05), hal ini tidak sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Freischhacker, Oehl dan Hummel (2003). Bahwa jenis kelamin perempuan muda lebih patuh dibandingkan laki-laki. Namun proporsi klien laki-laki lebih besar pada penelitian ini sesuai dengan temuan penelitian Mutaqin (2006), dan penelitian yang dilakukan

Khairunnisa (2008) tentang karakteristik klien ketergantungan opiat yang menjalani PTRM yang paling banyak adalah berjenis kelamin laki-laki. Pada penelitian ini tidak ditemukan kontribusi jenis kelamin terhadap kekambuhan dan tingkat kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM.

6.2.4.3 Hubungan karakteristik klien berdasarkan tingkat pendidikan dengan tingkat kepatuhan.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki latar belakang pendidikan SMP – SMA. Berdasarkan uji statistik diperoleh hasil bahwa tidak ada hubungan antara latar belakang pendidikan responden terhadap kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM ($p\text{-value} > \alpha 0,05$).

Faktor pendidikan responden pada penelitian ini menunjukkan tidak memiliki kontribusi yang bermakna terhadap kekambuhan dan tingkat kepatuhan klien ketergantungan heroin. Hal ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh muataqin (2006) yang menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan kejadian kekambuhan pada klien ketergantungan heroin.

Responden pada penelitian ini memiliki latar belakang pendidikan paling besar memiliki latar belakang pendidikan SMP-SMA yang dapat dijadikan sebagai sumber coping dalam mengatasi masalah hal ini sesuai dengan pernyataan Stuart dan Laraia (2005) bahwa pendidikan menjadi salah satu tolak ukur kemampuan seseorang dalam berinteraksi dengan orang lain secara efektif.

Analisis peneliti, dengan tingkat pendidikan SMP-SMA klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM mempunyai dasar kemampuan baik secara kognitif dan psikomotor untuk memahami proses pelaksanaan RPT dengan cukup baik.

6.2.4.4 Hubungan karakteristik klien berdasarkan status pekerjaan klien

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden tidak bekerja . Berdasarkan uji statistik diperoleh hasil bahwa tidak ada hubungan status bekerja responden kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM ($p\text{-value} > \alpha 0,05$).

Interpretasi status bekerja membuat seseorang sibuk dan hanya memiliki sedikit waktu luang , serta mempunyai tanggung jawab sebagai seorang pekerja. Selain itu status bekerja klien juga berpotensi terhadap timbulnya stres. Kondisi sosial ekonomi yang rendah berpengaruh terhadap kondisi kesehatan yang meliputi nutrisi yang kurang adekuat, rendahnya pemenuhan perawatan untuk anggota keluarga, perasaan tidak berdaya. Kemiskinan atau ekonomi rendah cukup sering mencetuskan permasalahan kesehatan, resiko gangguan jiwa termasuk diantaranya penggunaan heroin .

6.2.4.5 Hubungan karakteristik klien berdasarkan status perkawinan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki status perkawinan “tidak kawin” . Berdasarkan uji statistik diperoleh hasil bahwa tidak ada hubungan status perkawinan responden terhadap kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM ($p\text{-value} > \alpha 0,05$).

Kelly, Blacksins, dan Mason (2001, dalam Stuart & Laraia, 2005) klien dengan ketergantungan heroin kemungkinan tidak dapat mengembangkan keterampilan pemecahan masalah dalam kehidupannya. Tidak mempunyai asset sosial, dukungan pemulihan, dan tidak mempunyai keterampilan intelektual dan kepribadian yang berkontribusi pada perubahan kepada hal positif. Namun demikian pada penelitian ini tidak ditemukan hubungan status perkawinan terhadap kekambuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM.

6.3 Keterbatasan penelitian

Dalam setiap penelitian beresiko mengalami kelemahan yang diakibatkan adanya keterbatasan-keterbatasan dalam pelaksanaan penelitian. Peneliti menyadari keterbatasan dari penelitian ini disebabkan oleh beberapa faktor seperti keterbatasan kondisi fisik responden, keterbatasan tempat penelitian, keterbatasan instrument (kuesioner penelitian dan modul terapi RPT), dan keterbatasan waktu.

6.3.1 Keterbatasan variable dan tempat penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian "*Quasi experimental with control group*" dengan pemberian intervensi asuhan keperawatan dan *relapse prevention training (RPT)*. Pengumpulan data dan pengukuran variabel dilakukan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah tindakan pemberian RPT ini. Menurut Polit dan Hungler (2001), pada penelitian kuasi eksperimen semua variabel harus dikendalikan, jadi dapat dipastikan bahwa tidak ada variabel pengganggu.

Namun demikian, area penelitian yang dilakukan adalah klien ketergantungan heroin yang menjalani program terapi rumatan metadon, artinya klien mendapatkan mendapatkan dosis metadon setiap hari, tersedianya layanan konseling, dan pertemuan kelompok dukungan sebaya. Hal inilah yang menyebabkan peneliti tidak dapat mengontrol semua variabel tersebut secara optimal sehingga variabel tersebut sedikit banyak akan mempengaruhi variabel penelitian.

Salah satu variabel yang menurut peneliti menjadi pengganggu adalah faktor lingkungan tempat pelaksanaan *Relapse Prevention Training (RPT)* yang dilakukan di ruang tunggu yang terbuka, dan rentan mengalami gangguan dari klien lain. Untuk mengantisipasi hal ini maka peneliti saat melakukan RPT ini dengan memberikan tanda dengan tulisan pada karton bahwa sedang dilakkan sesi terapi, selain itu peneliti juga melibatkan ketua kelompok dukungan sebaya yang ada di klinik layanan metadon di Puskesmas tersebut untuk mengelola dan mengendalikan gangguan dari klien lain selama berlangsungnya sesi terapi.

Untuk mengatasi situasi yang terlalu ramai, peneliti melakukan modifikasi dengan menunggu jam tutup layanan metadon. Untuk keterbatasan penelitian ini, maka peneliti menawarkan sebuah solusi untuk pelaksanaan *relapse prevention training* sebaiknya tidak dilakukan di ruang terbuka/ruang tunggu, yang memiliki *space* yang agak terbatas, tetapi mungkin di ruang tertutup dan terpisah dari ruang VCT/konseling lainnya, atau juga dapat tetap dilakukan di ruang tunggu tetapi dengan menggunakan skrem/ pembatas. Tempat yang digunakan tenang, nyaman dan aman dari gangguan lingkungan sekitar.

6.3.2 Keterbatasan instrument (Modul *Relapse Prevention Training*)

Modul (buku pedoman) yang digunakan untuk membantu pelaksanaan *Relapse Prevention Training (RPT)* pada penelitian ini disusun oleh peneliti sendiri dengan bimbingan dari pakar keperawatan FIK-UI serta telah dinyatakan lulus oleh tim *expert validity* FIK-UI . Buku ini belum dilakukan uji coba pada klien lain diluar penelitian, namun untuk validitas isi (*construct validity*) buku pedoman *relapse prevention training* ini telah dilakukan dengan mengkonsultasikan kepada pakar keperawatan jiwa di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Dalam pelaksanaan *relapse prevention training* terdapat hambatan khususnya pada buku kerja klien yang dirasakan menggunakan bahasa yang kaku dan formal bagi klien (responden). Untuk kendala ini, maka peneliti melakukan solusi pemecahannya dengan memberikan buku kerja klien dengan menggunakan bahasa 'gaul' dan kata /kalimat sederhana yang mudah dipahami oleh klien.

6.3.3 Keterbatasan waktu penelitian

Pelaksanaan *relapse prevention training* yang berlangsung 2 minggu (kurang dari 1 bulan) sehingga hal ini belum bisa mengindikasikan efektifitas pelaksanaan terapi RPT terhadap penurunan kejadian kekambuhan dan kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM, sehingga perlu adanya tindak lanjut pemantauan kejadian kekambuhan dan tingkat kepatuhan klien selama melakukan program terapi rumatan metadon setelah proses penelitian ini selesai. Namun

demikian, penelitian ini menunjukkan hasil bahwa terapi RPT merupakan faktor yang sangat berpengaruh jika dilaksanakan dalam kurun waktu tertentu dan akan menghasilkan penurunan kejadian kekambuhan dan meningkatkan kepatuhan klien, sehingga mungkin perlu adanya tindak lanjut dalam pelaksanaan RPT yang dilakukan oleh klien secara mandiri di rumah dan perawat di klinik layanan metadon. Solusi lainnya yang dapat peneliti tawarkan adalah perlunya kegiatan monitoring dan dalam waktu kurang lebih 3 bulan , 6 bulan bahkan 12 bulan mendatang.

6.4 Implikasi Hasil Penelitian

Hasil penelitian menunjukkan adanya pengaruh RPT terhadap perubahan kekambuhan dan tingkat kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM. Berikut ini diuraikan implikasi hasil penelitian terhadap:

6.4.1 Pelayanan Keperawatan di Klinik Layanan Metadon di Puskesmas.

Pelayanan keperawatan di klinik layanan metadon di Puskesmas selama ini, peran perawat hanya menjalankan peran administratif seperti mencatat dan memanggil klien untuk minum metadon. Pada para perawat yang berada di layanan metadon mengaku mengikuti beberapa kali pelatihan yang terkait dengan PTRM namun tidak mendapatkan muatan mengenai asuhan keperawatan sebagai kompetensi perawat generalis yang ada di Puskesmas. Hal ini dibuktikan dengan tidak ada format pengkajian keperawatan dan standar asuhan keperawatan yang berlaku di klinik layanan metadon.

Dengan adanya penelitian ini, maka klinik layanan metadon di Puskesmas menambah 1 komponen pengkajian keperawatan yaitu pengkajian kondisi psikososial berikut dengan rencana tindakannya berupa standar asuhan keperawatan (SAK). Pelayanan keperawatan di klinik layanan metadon di Puskesmas ini dapat dikembangkan dengan adanya intervensi keperawatan jiwa generalis yang terbukti secara statistik menunjukkan peningkatan terhadap tingkat kepatuhan klien, serta akan lebih baik ditambahkan juga intervensi keperawatan spesialis pada klien yang dilakukan oleh perawat spesialis jiwa sebagai konsultan asuhan keperawatan tahap lanjut.

Bila kondisi diatas dapat terlaksana, maka hal tersebut dapat berdampak pada meningkatnya pelayanan kesehatan jiwa di tatanan pelayanan kesehatan dasar atau Puskesmas yang belakangan ini sering diabaikan.

6.4.2 Keilmuan dan Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat menambah keilmuan tentang aplikasi salah satu terapi modalitas keperawatan jiwa pada kelompok klien dengan masalah ketergantungan heroin dalam upaya mencegah kekambuhan dan meningkatkan kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM .

Selain itu hasil penelitian ini dapat memberikan rekomendasi tentang perlunya peningkatan pendidikan keperawatan terhadap para perawat yang ada di layanan metadon yang ada di Puskesmas mengenai asuhan keperawatan generalis sebagai kompetensi dasar para perawat yang memberikan layanan kepada klien dengan ketergantungan heroin yang menjalani PTRM di Puskesmas.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan uraian dalam pembahasan, maka dapat ditarik simpulan dari penelitian yang telah dilakukan. Adapun uraiannya adalah sebagai berikut:

7.1 Simpulan

- 7.1.1 Karakteristik Klien Ketergantungan Heroin yang menjalani PTRM di DKI Jakarta tahun 2010 pada kelompok yang mendapatkan *Relapse Prevention Training* (RPT) adalah bahwa karakteristik klien rata-rata berusia 28,75 tahun, berjenis kelamin laki-laki, dengan status pekerjaan tidak bekerja, memiliki jenjang pendidikan SMP dan SMA, serta status perkawinan adalah tidak kawin.
- 7.1.2 Karakteristik klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM pada kelompok yang tidak mendapatkan RPT adalah rata-rata berusia 28, 43 tahun, berjenis kelamin laki-laki, mempunyai tingkat pendidikan SMP dan SMA, tidak bekerja dan mempunyai status perkawinan 'tidak kawin'.
- 7.1.3 Kejadian kekambuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM sebelum dilakukan RPT pada kelompok yang mendapatkan RPT dalam keadaan tidak terjadi kekambuhan. Hal ini merupakan criteria inklusi responden.
- 7.1.4 Kejadian kekambuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM sesudah RPT dilakukan pada kelompok yang mendapat RPT dan kelompok yang tidak mendapatkan RPT yaitu sebesar 3,75 %.
- 7.1.5 Ada kejadian kekambuhan yang tetap pada klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM sebelum dan sesudah RPT dilakukan pada kelompok yang mendapat RPT.
- 7.1.6 Ada perbedaan kejadian kekambuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM sebelum dan sesudah RPT dilakukan pada kelompok yang tidak mendapatkan RPT
- 7.1.7 Tidak ada hubungan karakteristik usia, jenis kelamin, pendidikan, status pekerjaan, dan status perkawinan klien ketergantungan heroin yang

menjalani PTRM dengan kejadian kekambuhan pada kelompok yang mendapatkan RPT maupun yang tidak mendapatkan RPT.

- 7.1.8 Tingkat kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM sebelum dilakukan RPT pada kelompok yang mendapatkan RPT sebesar 18 dengan tingkat kepatuhan dalam skor 0-60, termasuk pada tingkat kepatuhan kurang.
- 7.1.9 Ada perbedaan tingkat kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM sesudah RPT dilakukan pada kelompok yang mendapatkan RPT dan kelompok yang tidak mendapatkan RPT yaitu sebesar 9,11 poin
- 7.1.10 Ada perbedaan tingkat kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM sebelum dan sesudah RPT dilakukan pada kelompok yang mendapatkan RPT yaitu mengalami penurunan poin / skor tingkat kepatuhan yang lebih baik yaitu sekitar 6,5 poin.
- 7.1.11 Ada perbedaan tingkat kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM sebelum dan sesudah RPT dilakukan pada kelompok yang tidak mendapatkan RPT .
- 7.1.12 Tidak aada hubungan karakteristik usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM sesudah RPT dilakukan baik pada kelompok yang mendapatkan RPT maupun yang tidak mendapatkan RPT.

7.2 Saran

Terkait dengan simpulan hasil penelitian, ada beberapa hal yang dapat disarankan demi keperluan pengembangan dari hasil penelitian, yaitu

7.2.1 Aplikasi keperawatan

7.2.1.1 *Relapse Prevention Training (RPT)* ini dijadikan sebagai standar kompetensi bagi perawat spesialis jiwa .

7.2.1.2 Peneliti dalam hal ini mahasiswa S2 Keperawatan Jiwa melakukan sosialisasi/ menyampaikan hasil penelitian tentang *relapse prevention training* kepada Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, Suku Dinas Kesehatan Jakarta Timur, Suku Dinas Kesehatan Jakarta Pusat, Suku Dinas

Universitas Indonesia

Kesehatan Jakarta Utara, dan Suku Dinas Kesehatan Jakarta Barat serta pada Kepala Puskesmas dan perawat empat Puskesmas yang merupakan lahan praktek dalam penelitian yang dilakukan oleh peneliti.

- 7.2.1.3 Pihak Puskesmas khususnya klinik layanan metadon untuk mengembangkan pelayanan PTRM yang mengintegrasikan asuhan keperawatan dalam upaya meningkatkan kualitas layanan bagi klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM.
- 7.2.1.4 Perawat spesialis keperawatan jiwa (peneliti) terus melakukan *follow up* terhadap evaluasi pelaksanaan *relapse prevention training* 3 bulan, 6 bulan sampai 12 bulan mendatang.
- 7.2.1.5 Segera menyusun rencana pelatihan terhadap para perawat Puskesmas yang memberikan layanan klinik metadon dalam pemberian standar asuhan keperawatan untuk mengatasi keinginan menggunakan ulang heroin. Bekerja sama dengan Dinas Kesehatan dan Suku dinas Kesehatan.

7.2.2 Pengembangan Keilmuan

- 7.2.2.1 Hasil penelitian ini hendaknya digunakan sebagai *evidence based* dalam mengembangkan RPT pada klien dengan ketergantungan zat jenis lain, sehingga dapat dimanfaatkan untuk mencegah kekambuhan dan mencapai kualitas hidup klien yang lebih baik.
- 7.2.2.2 Perlu penyebarluasan hasil penelitian ini kepada pihak yang lebih luas melalui penggandaan melalui percetakan ataupun media lainnya (seminar, jurnal, dan dijadikan buku panduan pelaksanaan RPT).

7.2.3 Penelitian Berikutnya

- 7.2.3.1 Perlu dilakukan penelitian lanjutan pada klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM yang telah mendapatkan *relapse prevention training* untuk melihat sejauhmana klien mampu menerapkan *relapse prevention training* secara mandiri dan mengembangkan keterampilan strategi koping positif. Hasil penelitian merupakan data awal untuk evaluasi keberhasilan pelaksanaan penelitian yang sudah dilakukan, guna perbaikan pada penelitian yang akan datang.

- 7.2.3.2 Perlunya dilakukan penelitian terhadap bentuk intervensi keperawatan spesialistik lainnya dalam upaya menurunkan kejadian kekambuhan dan meningkatkan kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM, seperti CBT, terapi suportif, SHG, *Logotherapy*, dan sebagainya.
- 7.2.3.3 Perlu dilakukan penyempurnaan pelaksanaan *relapse prevention training* (pelaksanaan terapi selama 6 bulan) untuk menjadikan terapi ini sebagai salah satu model bentuk terapi keperawatan spesialistik yang ditujukan pada individu yang mengalami ketergantungan heroin yang menjalani PTRM.
- 7.2.3.4 Perlu dilakukan ujicoba /penelitian serupa yang dilakukan pada klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM dengan menggunakan pendekatan terapi kelompok.
- 7.2.3.5 Perlu dilakukan penelitian tentang analisis faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian kekambuhan dan tingkat kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM, seperti faktor lamanya mengikuti PTRM, Dosis metadon, status Hepatitis C, status HIV/AIDS dan lainsebagainya. Sehingga dapat diketahui faktor yang paling dominan mempengaruhi kejadian kekambuhan dan tingkat kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM.

DAFTAR PUSTAKA

- Anonim (2006) ¶ 2 www.accesmylibrary.com dikutip 20 januari 2010.
- Allen (2008) *Relapse prevention workbook planning for sobriety*, [www.drugabuse.gov/pdf/ DCCA/GDS session 10 .pdf](http://www.drugabuse.gov/pdf/DCCA/GDS_session_10.pdf). Dikutip tanggal 20 Januari 2010.
- Abnet,C.C, Elahi, Poorshams, Boffetta, Feizzadeh, Brennan,et al., (2004). *Reliability and validity of heroin use self –report in a popultion at high risk for esophageal Cancer in Molestan Iran*. Diakses pada dari <http://cebp.aacrjournals.org/content/13/6/1068.full>, tanggal 22 April, 2010.
- Avants, Margolin, Warbuton., Hawkins, & Shi (2001). Predictors of Nonadherence to HIV - related medication regimen during methadone stabilization. *American Journal Of Addiction*, 10, 69-78.
- Blume, (2005). *Treating drug problems*. New Jersey : Jhon Wiley and Sons.
- Bronner & Kidorf (2002). *Using behavioral reinforcement to improve methadone treatment participation*. Science and Practice Perspectives July 2002.
- BNN (2007). *Pencegahan pemberantasan penyalahgunaan peredaran gelap narkoba (P4GN) di lingkungan pendidikan dan tempat hiburan* . Seminar Penanggulangan narkoba sebagai Upaya mempertahankan eksistensi Bangsa, 2007 , hal.2
- _____ (2003). *Survey nasional penyalahgunaan dan peredaran gelap narkoba tahun 2003*. Jakarta :BNN
- _____ (2009). *Prevalensi penyalahgunaan dan ketergantungan NAPZA*. www.bnn.go.id Diakses pada tanggal 22 Pebruari 2010.
- Brockop,D.Y., & Tolsma,M.T.H. (1995). *Dasar-dasar riset keperawatan*. Edisi ke-2. Jakarta:EGC
- Caroll (1996). Relapse prevention as a psychosocial tretment : A Review of Controlled clinical trial. *Experimental and Clicical Psychopharmacology*. 4, 46 -54.
- Departemen Kesehatan RI (2006). *Pedoman pelaksanaan pengurangan dampak buruk Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif (NAPZA)*. Jakarta : Depkes RI.

_____ (2002). *Modul pelatihan medis penanggulangan penyalahgunaan NAPZA bagi pengelola program tingkat provinsi*. DirJenBinKesMas Jakarta: Depkes RI.

_____ (2006). *Penetapan rumah sakit dan satelit uji coba pelayanan terapi rumatan metadon serta pedoman program terapi rumatan metadon*. Jakarta : Depkes RI.

Dinas Kesehatan DKI Jakarta (2000). *Apa Yang Perlu Anda Ketahui Tentang Narkotika (Heroin/ Putaw)?*. Jakarta : DinKes DKI Jakarta.

Doweiko, H.E (2002). *Concept of chemical dependency*. Pasific Grove : The Wadsworth Group.

Ezat, Azimah, Rushidi & Ruhani (2009). Compliance towards methadone maintenance therapy and associated factors in selangor primary care centres and kuala lumpur hospital. *Med J.malaysia* 2009, Mar: 64 (1) : 65-67.

Evangelista, L. (1999). Compliance: a concepts analysis. *nursing forum*. Philadelphia; Jan- Mar. Vol 34, Is ted. Pg 5-7

Frisch, & Frisch, (2006). *Psychiatric mental health nursing*. (3th ed). New York : Thomson Delmar Learning

Freischhacker, Oehl & Hummer (2003). Factors influencing compliance in schizophrenia patients. *Journal clin psychiatry*; 64 (suppl 16); 10-13

Gorski (1985). *Alcoholism and addiction magazine : relapse issues and answer* : Column 3 ; how to develop a relapse prevention plan. September 25, 1985.

_____ (2003). *How to develop a relapse prevention plan*. www.cenaps.com
Diakses pada tanggal 8 Februari 2010.

Gajski & Karlovic. (2008). Assesment of nurse attitudes on psychiatric patient compliance with pharmacotherapy. *acta clin croat*; 47:149-153

Hawari, D (2000). *Penyalahgunaan dan ketergantungan NAZA (narkotika, alkohol dan zat adiktif)*. Jakarta: FKUI

_____ (2006). *Penyalahgunaan dan ketergantungan NAZA (narkotika, alkohol dan zat adiktif)*. Edisi pertama Cetakan kedua. Jakarta :BP FKUI.

Hernandez, Martin, Isabel, Aznes & Rodriguez (2009). Drug use and antiretroviral adherence in methadone maintenance patients : a longitudinal study. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2009,9,9,365.381

- Hedges, (2000). *Relapse prevention workbook*. Mid-Ohio Mental Health service, Inc. http://mopsohio.com/pdf/handouts/so/RP_Wb. Diakses tanggal 9 Februari 2010.
- Hammerbache & Lyvers (2005). *Factors associated with relapse among clients in australian substance disorder treatment facilities*. Departement of Psychology Bond University., [www/http://epublication.bond.edu.au/hss_pubs/4](http://epublication.bond.edu.au/hss_pubs/4) Dikutip 14 Maret 2010.
- Hill.S.A (2004). *Stress and Coping Among Elderly African-American*. Dissertation Doctor of Nursing Science www.proquest.com/pqdarto Dikutip 20 Pebruari 2010
- Hastono, (2007). *Modul analisis data kesehatan*. Jakarta : FKM – UI (tidak dipublikasikan).
- Hidayat, A.A.(2007). *Metode penelitian keperawatan dan tehnik analisis data*. Jakarta : Salemba Medika
- Irvin, Bowers, Dunn & Wang (1999). Efficacy of relapse prevention : a meta-analytic review. *Journal of Counsulting and Clinical Psycholigy*, 67, 563 – 570.
- Joewana.S (2004). *Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif : penyalahgunaan NAPZA / Narkoba*. Edisi 2 EGC: Jakarta.
- Keliat.,dkk (2006). *Modul IC CMHN : manajemen kasus kesehatan jiwa dalam Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Komunits*. Fakultas keperawatan Universitas Indonesia-World health Ogranization Indonesia. Tidak dipublikasikan.
- Keliat, B.A. (2003). *Pemberdayaan klien dan keluarga dalam perawatan klien skizoprenia dengan perilaku kekerasan di rumah sakit Jiwa Pusat Bogor*. Disertasi. FKM UI. Tidak dipublikasikan.
- Kyngas, Duffy, M.E; et all (2000). Conceptual analysis of compliance. *Journal of Clinical Nursing* 9: 5-12
- Lameshow, Stanley.,et.al (1990). *Adequacy of sample size in health study*. Jhon Wiley and Sons.
- Min, Lixu, Cheng, Yi & Yuang (2005). *The efficacy of a relapse prevention programme in the treatment of heroin dependence in china*, www.nd.govhk/en/conference_proceeding/drugs_proBk_Park_Drugs_proBk_ZhaoMin.pdf. Dikutip tanggal 22 Maret 2010.
- Marlatt & Gordon (1985). *Relapse prevention : maintenance strategies in the treatment of addiction behaviors*. Guilford Press, New York.

- Marlatt & Parks (2000). Relapse prevention therapy : a cognitive-behavioral approach. *The National Psychologist*, Oktober 2000. Vol. 9 No.5
- Maremmani, Nardini, Zolesi & Castrogiovanni (1994). Methadone dosages and therapeutic compliance during a methadone maintenance program. *Drug and Alcohol Dependence* Vol. 34, Issue 2, January 1994, Pages 163-166.
- Mathew, R (2009).
- McIntosh, J & Mc Keganey, N (2000). The recovery from dependent drug use : addict's strategies for reduction the risk of relapse. *Drug : Education, Prevention, and Policy*, Vol 7, No.2, 2000.
- Mathew (2009). *Relapse Prevention Training*. www. Proquest.umi.com. Diakses tanggal 20 Februari 2010.
- Marlatt & Gordon. (1985). *Relapse prevention: maintenance strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.
- Marlatt, Parks & Witkiewitz (2002). *Relapse prevention therapy (RPT) : An Overview*. England: John Wiley & Sons.
- NANDA (2005). *Nursing diagnoses : definitions & classification*, Philadelphia : AR
- Notoadmodjo, S. (2002). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Olney, C.L (2009). *Use of evidence-based relapse prevention techniques at chemical dependency treatment centre in california*. Dissertation. Pepperdine University, 2009, 127 Pages ; 3350453
- Preston, A.D (2006). *Methadone handbook-australian drug foundation*. Australia.
- Potter, P.A. & Perry, A.G. (2005). *Fundamental of nursing : concept, process, and practice*, Philadelphia : Mosby Years Book Inc.
- Raffa,dkk .(2007). The Impact of ongoing illicit drug use on methadone adherence in illicit drug user receiving treatment for HIV in a directly therapy program. *Drug & Alcohol Dependence* Vol.89 Issue 2-3, 10 July 2007, Pages 306-309.
- Renidayati (2009). *Social skill training pada klien isolasi di rumahsakit padang sumatera barat*. Tesis FIK-UI (Tidak dipublikasikan)
- Sastroasmoro, S. & Ismael, S. (2008). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*, (3th ed). Jakarta : CV. Sagung Seto.

- Sastroasmoro, S (2002). *Dasar-dasar metodologi penelitian Klinis* . Jakarta : CV. Sagung Seto.
- Shives, L.R. (2005). *Basic concept psychiatric-mental health nursing*. (6th ed). Philadelphia: Lippincolt.
- Stuart, G.W. & Sundeen, S.J. (2005). *Buku saku keperawatan jiwa* (4th ed), , Jakarta : EGC.
- Stuart, G.W., & Laraia, M.T. (2005). *Principles and practice of psyhiatric nursing*. (7th ed.). St. Louis : Mosby Year B.
- Stuart,G.W (2009). *Principles and practice of psychiatric nursing*, (9 th ed). Mosby.Inc St.Louis.
- Scherbaum.,et.al.,(2005). *Group psychotherapy for opiate addictd in methadone maintenance treatment a controlled trial*, [www.drugabuse.gov/NidaNote/NN Vol 13N3/Combing.html](http://www.drugabuse.gov/NidaNote/NN_Vol_13N3/Combing.html). Diakses pada tanggal 29 Maret 2010.
- Sabri,L & Hastono, S.P (2006). *Statistik kesehatan*. Edisi Revisi. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Subagyo,D.S (2008). *Efektivitas program terapi rumatan metaon bagi pasien terdaftar di Puskesmas Kecamatan Tebet Tahun 2007-2008*. Tesis FIK-UI. Tidak DiPublikasikan.
- Townsend, M.C (2005), *Essentials of psychiatric mental health nursing*. (3rd ed) Philadelphia : F.A.Davis Company.
- Videbeck, S.L. (2006). *Psychiatric mental health nursing*. (3rd edition). Philadhelpia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ward, Jeff, Mattick, Richard P, Hall, Wyne (1998). *Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies*. Amsterdam : Harwood Academic Publisers.
- Widodo, Sarasvita, Isrizal, & Anwar (2003). *Menghadapi masaalh NAPZA buku pengantar untuk petugas yang bekerja dalam bidang NAPZA*. RSKO : Tidak diPublikasikan.
- Wenger, S (2003). *Religious doping in people ages sixto years and older. Dissertation Doctor of Phylosophy*. www.proquest.com/pqdaito. Di kutip tanggal 9 Februari 2010.

Zaller, Bazazi, Velazquez & Rich (2009). Attitudes toward methadone among out-of-treatment minority injection drug users: implications for health disparities. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2009, 6, 787-797.

Zani.A.Y (2004). *Potensi penyebaran HIV dari pengguna NAPZA suntik ke masyarakat umum di Jakarta* . Tesis. FKM-UI (Tidak DiPublikasikan).



Tabel 1.1 Daftar Kunjungan Klien Ketergantungan Heroin yang Menjalani PTRM di Sebelas PTRM DKI Jakarta Periode Juli-Desember 2009.

NO	Tempat PTRM	Klien Terdaftar/ Bulan					Klien Aktif/ Bulan						
		Juli	Agst	Sept	Okt	Nop	Des	Juli	Agst	Sept	Okt	Nop	Des
1	RSKO	200	202	202	205	223	209	65	65	63	64	64	64
2	PKM Tanjung Priuk	436	436	267	436	438	438	103	106	80	89	88	82
3	PKM jati Negara	226	26	461	267	269	269	85	82	140	35	76	73
4	PKM Gambir	461	461	365	462	467	471	150	146	114	137	137	138
5	PKM Tambora	365	365	268	361	361	361	115	120	75	109	103	103
6	PKM Tebet	268	268	237	268	268	268	77	78	67	74	74	71
7	PKM Cengkareng	235	236	197	240	246	247	74	69	56	70	72	72
8	PKM Koja	194	197	230	210	217	219	59	4	69	55	59	56
9	PKM Kemayoran	222	227	190	231	233	222	65	72	29	66	67	65
10	Rutan Pondok Bambu	57	57	2474	57	57	57	9	9	702	9	7	6
11	Rutan Cipinang	188	189	57	197	200	202	36	30	9	33	33	33
	JUMLAH				19.340						5.307		
	Rata-Rata (%)						27,44 %						

Sumber : RSKO Jakarta.

PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

Judul Penelitian :

“Pengaruh *Relapse Prevention Training* terhadap Kekambuhan dan Kepatuhan Klien Ketergantungan Heroin yang Menjalani Program Terapi Rumatan Metadon di DKI Jakarta ”

Peneliti : Dewi Sartika

No Telp : 08121167671

Saya, Dewi Sartika (Mahasiswa Program Magister Keperawatan Spesialis Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia) bermaksud mengadakan penelitian untuk mengetahui Pengaruh *Relapse Prevention Training* terhadap Kekambuhan dan Kepatuhan Klien Ketergantungan Heroin yang menjalani Program Terapi Rumatan Metadon di DKI Jakarta .

Hasil penelitian ini akan direkomendasikan sebagai masukan untuk program pelayanan keperawatan kesehatan jiwa khususnya bidang pelayanan ketergantungan NAPZA. Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak negatif bagi siapapun. Peneliti berjanji akan menjunjung tinggi hak-hak responden dengan cara:

1. Menjaga kerahasiaan data yang diperoleh, baik dalam proses pengumpulan data, pengolahan data, maupun penyajian hasil penelitian nantinya.
2. Menghargai keinginan responden untuk tidak berpartisipasi dalam penelitian ini.

Melalui penjelasan singkat ini, peneliti mengharapkan responden saudara. Terimakasih atas kesediaan dan partisipasinya.

LEMBAR PERSETUJUAN

Setelah membaca penjelasan penelitian ini dan mendapatkan jawaban atas pertanyaan yang saya ajukan, maka saya mengetahui manfaat dan tujuan penelitian ini, saya mengerti bahwa peneliti menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai responden.

Saya menyadari bahwa penelitian ini tidak akan berdampak negatif bagi saya. Saya mengerti bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan kualitas pelayanan kesehatan jiwa .

Persetujuan yang saya tanda tangani menyatakan bahwa saya berpartisipasi dalam penelitian ini.

Jakarta,2010

Responden,

.....
Nama Jelas

KONDISI SAYA SAAT INI
(Kuesioner B)

No Responden : (Diisi oleh peneliti)

Petunjuk pengisian:

1. Berilah tanda silang pada kotak yang tersedia didepan pertanyaan, yang sesuai dengan kondisi saudara saat ini
2. Mohon agar saudara dapat memberikan jawaban dengan sejujurnya (sesuai dengan hati nurani saudara) dengan memahami setiap kalimat pernyataan dengan baik. Hasil dari kuisisioner ini tidak akan berarti bila saudara memberikan jawaban yang bukan gambaran yang sebenarnya tentang kondisi saat ini.

1. Saya selalu berpikir menggunakan Narkoba lain untuk mengalihkan ketergantungan putaw.

- Tidak pernah
 Kadang-kadang
 Sering
 Sangat sering

2. Saya menggunakan jenis narkoba lain selain putaw, untuk menyalurkan rasa sugesti saya.

- Tidak Pernah
 Kadang-kadang
 Sering
 Sangat sering

3. Saya menggunakan putaw sekali-kali saja selama menjalani program metadon

- Tidak pernah
 Kadang-kadang
 Sering
 Sangat sering

4. Saat sugesti muncul ,saya membayangkan dapat PAKAW dan mencari-cari 'kuncian' yang mungkin tersisa.

- Tidak Pernah
 Kadang-kadang
 Sering
 Sangat sering

5. Saya termasuk orang yang mudah tergoda rayuan untuk menggunakan putaw selama dalam program metadon.

- Tidak Pernah
- Kadang-kadang
- Sering
- Sangat sering

6. 3 (tiga) bulan terakhir ini saya sering bermimpi tentang orang-orang yang ada hubungannya selama pakaw, tempat yang biasa dikunjungi saat pakaw serta alat-alat yang digunakan saat pakaw.

- Tidak pernah
- Kadang-kadang
- Sering
- Sangat sering

7. Jika ada seseorang yang menawarkan paketan putaw gratis saya akan langsung menerima tawarannya.

- Tidak pernah
- Kadang-kadang
- Sering
- Sangat sering

8. Sulit bagi saya untuk menghindari dari ajakan ngobrol panjang lebar dengan teman-teman lama yang masih menggunakan putaw.

- Tidak Pernah
- Kadang-kadang
- Sering
- Sangat sering

9. Sampai dengan sekarang sulit rasanya untuk mengatakan TIDAK dan MENOLAK tawaran untuk pakaw.

- Tidak Pernah
- Kadang-kadang
- Sering
- Sangat sering

10. Tetap hidup bersih tanpa putaw selama program metadon, saya mengikuti saran petugas kesehatan.

- Tidak Pernah
- Kadang-kadang
- Sering
- Sangat sering.

11. Saya mengetahui bahwa untuk bertahan di metadon, saya mengikuti aturan pengobatan metadon.

- Tidak Pernah
- Kadang-kadang
- Sering
- Sangat sering

12. 2 (dua) minggu terakhir ini saya menggunakan putaw dalam dosis kecil.

- Tidak Pernah
- Kadang-kadang
- Sering
- Sangat sering.

13. Saya selalu merasa dosis metadon yang saya dapatkan **KURANG**
MENCUKUPI.

- Tidak pernah
- Kadang-kadang
- Sering
- Sangat sering

14. Saya tidak datang ke klinik metadon karena rasa jenuh

- Tidak pernah
- kadang-kadang
- Sering
- Sangat sering

15. Saya tidak datang ke klinik metadon karena jarak yang cukup jauh dari
tempat tinggal

- Tidak Pernah
- Kadang-kadang
- Sering
- Sangat sering

16. saya merasa benci pada diri sendiri , orang lain dan lingkungan.

- Tidak Pernah
- Kadang-kadang
- Sering
- Sangat sering

17. Saya mengikuti saran perawat agar tetap bertahan di dalam program
metadon

- Tidak Pernah
- Kadang-kadang
- Sering
- Sangat sering

18. Keluarga selalu mendukung saya dalam menjalani program metadon ini

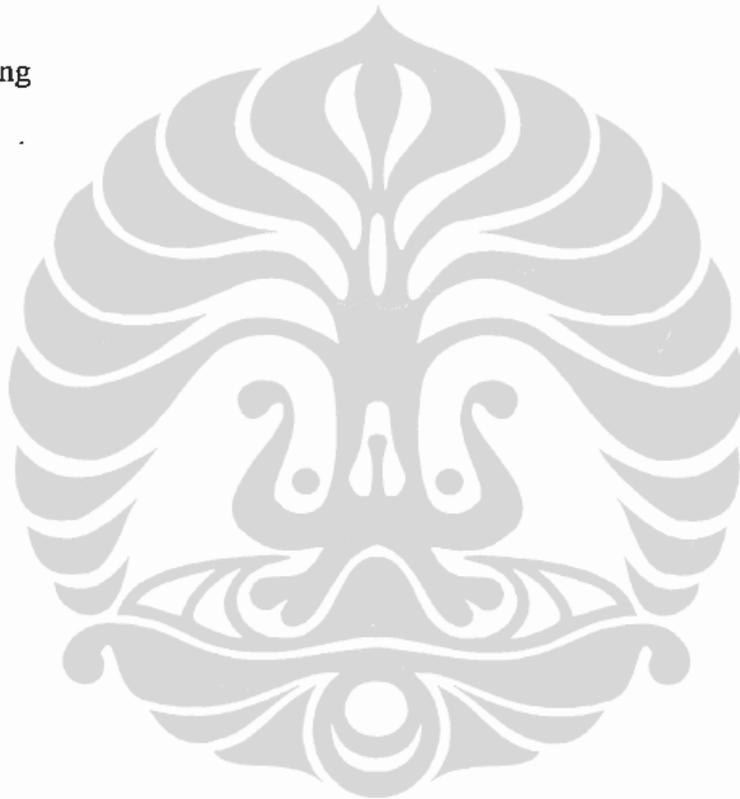
- Tidak pernah
- Kadang-kadang
- Sering
- Sangat sering

19. Perawat memberikan cara-cara **MENOLAK, MENGHINDARI, dan LATIHAN PENCEGAHAN KEKAMBUHAN.**

- Tidak pernah
- Kadang-kadang
- Sering
- Sangat sering

20. Saya mengalami slip pakaw lebih dari 3 kali dalam sebulan terakhir.

- Tidak Pernah
- Kadang-kadang
- Sering
- Sangat sering





Universitas Indonesia

MODUL

**PSIKOTERAPI INDIVIDU
*RELAPSE PREVENTION TRAINING***

**Untuk klien ketergantungan heroin yang menjalani program terapi
rumatan metadon**

Oleh:

**Ns. Dewi Sartika, S.Kep
Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp, M.App.Sc**

**PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
TAHUN 2010**

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Penyalahgunaan dan ketergantungan Narkotika, Alkohol, Psikotropika, dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA) merupakan salah satu gangguan jiwa yang prevalensinya cukup besar dan cenderung meningkat. Menurut estimasi *United Nations on Drug Crimes (UNODC)* lebih dari 200 juta orang di dunia adalah pengguna NAPZA, dengan prevalensi penyalahgunaan dan ketergantungan opiat/heroin mencapai 15,9 juta. Di Indonesia, jumlah pengguna penyalahgunaan dan ketergantungan NAPZA tidak diketahui secara pasti (Depkes, 2002), namun menurut Badan Narkotika Nasional pengguna penyalahgunaan dan ketergantungan NAPZA sekitar 1,5 % jumlah penduduk Indonesia, atau lebih tinggi dari standar yang ditetapkan UNODC yaitu 1 %. Lebih lanjut BNN mengungkapkan peningkatan kejadian penyalahgunaan dan ketergantungan NAPZA pada tahun 2005 mencapai 3,2 juta/tahun menjadi 3,6 juta pertahun pada 2008, atau sekitar 6.980.700 orang penduduk Indonesia merupakan penyalahguna dan ketergantungan NAPZA, dengan pengguna terbesar yaitu 1,1 juta adalah pelajar dan mahasiswa (BNN, 2009). Berdasarkan Survey Nasional Penyalahgunaan dan Peredaran Gelap NAPZA yang dilakukan oleh BNN tahun 2003 jenis dan kecenderungan penyalahgunaan Opiat/heroin mencapai 32,5 %.

Jenis NAPZA yang paling berat menimbulkan ketergantungan baik fisik maupun mental serta menimbulkan reaksi putus zat (*withdrawal*) yang lebih berat dibandingkan zat lainnya adalah opiat: heroin (Doweiko, 2002; Shives, 2005; Videback, 2006). Heroin dapat digunakan dengan cara dihisap atau disuntik (Depkes, 2002). Namun paling banyak ditemukan penggunaan heroin dengan cara disuntik, hal ini dikarenakan penggunaan dengan cara suntik akan mempercepat reaksi, dan lebih ekonomis. Pola penggunaan dengan cara disuntik pada pengguna NAPZA jenis heroin berdampak pada resiko yang disebabkan karena tindakan penyuntikan, bahan pelarut bahkan juga perilaku saling tukar menukar jarum suntik diantara pengguna heroin.

Dampak akibat penggunaan heroin meliputi bio, psiko, sosio dan spiritual. Pada pengguna sendiri gangguan secara fisik penyalahgunaan dan ketergantungan heroin dapat menyebabkan terjadinya gangguan seluruh sistem tubuh, seperti sistem syaraf, respirasi, gastrointestinal, kardiovaskuler dan sistem renal serta lain-lain. Termasuk didalamnya terjadi stroke, kanker, hepatitis, intoksikasi, overdosis, penyakit jantung paru dan HIV/AIDS (Depkes, 2002). Akibat pada mental termasuk didalamnya yaitu dorongan yang kuat untuk menggunakan zat kembali, menggunakan zat setelah pernah berhenti atau kembali lagi menggunakan zat dan harga diri rendah. Dampak terhadap bidang ekonomi yaitu seperti peningkatan biaya sebagai akibat upaya memperbaiki kesehatan dan kesejahteraan fisik dan psikologis, serta dampak lain terhadap keluarga dan pasangan adalah terjadinya perceraian, KDRT, kekerasan pada anak, penyalahgunaan anak bahkan menelantarkan, dan kemiskinan pada keluarga (Shives, 2005). Dampak terhadap sosial dan hukum seperti peningkatan korban kecelakaan sepeda motor, kejahatan, kejadian bunuh diri, pelecehan seksual dan perilaku seks resiko tinggi (Stuart & Laraja, 2005).

Penanggulangan dampak ketergantungan heroin melalui beberapa pendekatan intervensi. Penanganan mempertahankan penghentian total penggunaan zat diantaranya adalah penggunaan metadon, metadon sebagai terapi jangka panjang dikenal dengan *methadone maintenance treatment (MMT)* atau program terapi rumatan metadon (PTRM), yaitu kegiatan memberikan metadon cair dalam bentuk sediaan oral kepada pasien sebagai terapi pengganti (*substitusi*) opiate, dengan prinsip *start low, go low, aim high*, artinya memulai dosis yang rendah, peningkatan dosis perlahan dan dosis rumatan yang tinggi adalah lebih efektif (Depkes, 2006). Dengan prinsip PTRM tersebut, klien yang mengikuti PTRM akan menerima dosis awal yang rendah, yang secara perlahan akan ditingkatkan sampai mencapai dosis tetap sehingga kebutuhan akan metadon terpenuhi, dalam hal ini klien mampu melaksanakan fungsi dan perannya dengan cukup baik. Karena peningkatan dosis yang perlahan dibutuhkan kepatuhan dan kesadaran yang tinggi dari klien untuk tetap berada didalam PTRM. Sebagai praktisi keperawatan dibidang ketergantungan NAPZA, peneliti sering sekali menemukan fenomena bahwa tidak mudah bagi klien ketergantungan heroin untuk bersikap 'sabar menunggu' atau tetap patuh dalam program selama memperoleh dosis yang tidak

sesuai dengan harapan klien, hal ini dikarenakan sifat dasar klien ketergantungan heroin yang menginginkan segala hal diperoleh secara cepat, dan mudah serta terhindar dari rasa tidak nyaman akibat gejala putus. Hal ini sesuai dengan pendapat Hernandez, Martin, Isabel, Aznar dan Rodriguez (2009) bahwa klien dengan ketergantungan heroin menunjukkan tingkat kepatuhan yang rendah dibandingkan dengan klien penyakit infeksi lain. Tingkat kepatuhan klien yang rendah terhadap program pemulihan seperti PTRM dapat teridentifikasi melalui sikap dan perilaku seperti tidak melaksanakan program sesuai ketentuan, kembali kepada perilaku lama, bahkan berhenti dari program (*drop out*).

Kepatuhan klien ketergantungan heroin menjalani PTRM, berhubungan dengan dosis metadon yang adekuat. Hal ini diperkuat dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Maremmanni, Nardini, Zolesi dan Castrogiovanni (1994) terhadap 97 responden di Irlandia bahwa ada hubungan yang positif antara kepatuhan dengan dosis metadon yang adekuat. Selain itu penelitian dengan hasil yang sama juga dilakukan oleh Raffa.,dkk,(2007) yang menyatakan bahwa kepatuhan klien dalam program PTRM berhubungan dengan dosis metadon yang lebih tinggi, pemberian dosis yang tidak adekuat menyebabkan masih ditemukannya penggunaan NAPZA selama dalam program PTRM (*relapse*) Lebih lanjut ditemukan pula bahwa dari 60 responden hanya 4 responden yang benar-benar bebas dari penggunaan semua jenis NAPZA (Raffa.,dkk,2007). Faktor lain yang berpengaruh terhadap kepatuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM adalah faktor usia, jenis kelamin, status pekerjaan, pendidikan, kepercayaan diri, dan fungsi sosial (Ezat, Azimah, Rushidi & Ruhani,2009), sementara faktor lain yang ditemukan pada penelitian yang dilakukan oleh Avants, Margolin, Warbuton.,dkk, (2001) yaitu depresi dan status emosi. tetapi juga dikarenakan faktor lain yaitu adanya dorongan yang kuat dalam diri pengguna sendiri untuk menggunakan NAPZA kembali, dorongan ini sering disebut *craving* atau *sugesti* (Jowana, 2004 ; Hawari, 2000). sehingga klien mengalami kekambuhan. Dapat peneliti pahami bahwa faktor penyebab tingkat kepatuhan yang rendah pada klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM diantaranya karena faktor internal seperti usia, jenis kelamin, kepercayaan diri, pendidikan, depresi dan status emosi serta faktor eksternal seperti dosis yang tidak adekuat atau efektif seperti harapan klien, serta tekanan sosial yang menyebabkan klien mengalami kekambuhan.

Kekambuhan menurut Olney, C.L., dkk (2009) adalah kembalinya keadaan penyakit setelah berada pada periode pemulihan. Begitupun dengan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM seperti yang dikemukakan oleh Polivy dan Herman (2002) bahwa mayoritas klien yang berada pada proses pemulihan ketergantungan zat termasuk didalamnya menggunakan PTRM akan mengalami kekambuhan pada suatu ketika dalam proses pemulihannya. Selain itu Anonim (2006, ¶ 2 www.accesmylibrary.com diakses pada tanggal 20 Januari 2010) menjelaskan bahwa 70 % pasien PTRM mengalami kekambuhan. Penelitian yang dilakukan oleh Cushman (1981; Stimmel dkk, 1978 dalam Ward, Jeff, Mattick, Richard, Hall dan Wyne, 1998) didapatkan bahwa klien yang menjalani PTRM kurang dari setahun menunjukkan kekambuhan mencapai 86 %, 1 tahun sampai kurang dari 2 tahun kekambuhan mencapai 79 %, dan 2 tahun sampai kurang dari 3 tahun mengalami 67 % kekambuhan serta lebih dari 3 tahun terjadinya kekambuhan mencapai 60 %. Sehingga dapat peneliti disimpulkan bahwa kekambuhan dipengaruhi oleh lamanya menjalani PTRM

Kecenderungan terjadinya tingkat kepatuhan yang rendah dan kekambuhan pada klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM, diperlukan suatu upaya atau intervensi seperti pemberian asuhan keperawatan dan tindakan lain agar tingkat kepatuhan yang rendah dan kekambuhan dapat dicegah atau diminimalisasi. Selain standar asuhan keperawatan, tindakan lain yang diperlukan untuk mengatasi tingkat kepatuhan rendah dan kekambuhan klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM adalah *relapse prevention training (RPT)*. Seperti yang diungkapkan Parks dan Marlatt (2000) bahwa RPT dapat dilakukan untuk mengurangi angka kejadian kekambuhan pada klien ketergantungan heroin. RPT adalah program kendali diri yang didesain untuk mengedukasi seseorang yang berusaha untuk merubah perilakunya, mampu mengantisipasi dan mengatasi masalah kekambuhan (Depkes, 2002). Tujuan utama intervensi mengatasi kekambuhan pada klien adalah terbebasnya klien dari penggunaan zat dengan mengajarkan klien bagaimana hidup sehat dan produktif sebagai seseorang yang bersih tanpa NAPZA dan wajar. Sedangkan tujuan dari RPT adalah mendidik seseorang agar mencapai suatu gaya hidup (*lifestyle*) yang seimbang dan mencegah terjadinya pola kebiasaan yang tidak sehat (Olney, C.L., 2009).

Untuk lebih terarah dalam mencapai tujuan kegiatan RPT, maka dibuat sebuah modul *Relapse prevention Training (RPT)* pada klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM./ Kegiatan RPT yang dikembangkan dalam modul ini merupakan modifikasi dari Wnigaratne, dkk (1995, dalam Marlatt, Parks & Witkiewitz, 2002), Gorski, T (1985 dan 2003) dan Mathew, R (2009) yang dilakukan pada 6 sesi dengan topik –topik yang sudah ditentukan dan dilakukan dalam 9 kali pertemuan.

B. Tujuan

1. Tujuan umum

Setelah mempelajari modul ini diharapkan perawat spesialis keperawatan jiwa dapat memahami dan melaksanakan Psikoterapi individu *Relapse Prevention Training (RPT)* pada klien ketergantungan heroin yang menjalani Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM) dengan diagnosa keperawatan koping individu tidak efektif : tidak mampu mengatasi keinginan menggunakan ulang heroin.

2. Tujuan khusus

Setelah mempelajari modul ini perawat spesialis keperawatan jiwa diharapkan mampu :

- a. Memahami mengenai Psikoterapi Individu Relapse Prevention Training (RPT) dan prosedur pelaksanaannya yang diberikan pada klien lansia.
- b. Menerapkan RPT ada klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM dengan diagnosa keperawatan koping individu tidak efektif : tidak mampu menolak keinginan menggunakan ulang heroin.
- c. Melakukan evaluasi pelaksanaan RPT pada klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM dengan diagnosa keperawatan koping individu tidak efektif : tidak mampu menolak keinginan menggunakan ulang heroin.
- d. Melakukan monitoring dan evaluasi RPT pada klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM dengan diagnosa keperawatan koping individu tidak efektif : tidak mampu menolak keinginan menggunakan ulang heroin.
- e. Melakukan pendokumentasian RPT pada klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM dengan diagnosa keperawatan koping individu tidak efektif : tidak mampu menolak keinginan menggunakan ulang heroin.

BAB II

PEDOMAN PELAKSANAAN PSIKOTERAPI INDIVIDU *RELAPSE PREVENTION TRAINING*

A. Pengertian Psikoterapi Individu *Relapse Prevention Training* (RPT)

Relapse Prevention Training (RPT) adalah program kendali diri yang didesain untuk mengedukasi seseorang yang berusaha untuk merubah perilakunya, mampu mengantisipasi dan mengatasi masalah kekambuhan, dengan melakukan serangkaian latihan mengontrol stimulus, peningkatan kesadaran diri, manajemen tanda dan sinyal kekambuhan, strategi kognitif (latihan *coping imagery*) serta pelibatan keluarga sebagai sistem pendukung dalam mengatasi dan mengantisipasi kekambuhan.

Oleh karena itu, *Relapse Prevention Training* (RPT) pada klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM adalah program kendali diri yang didesain untuk mengedukasi klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM yang berusaha untuk merubah perilakunya, mampu mengantisipasi masalah kekambuhan (menggunakan ulang heroin) , dengan melakukan serangkaian latihan seperti mengontrol stimulus, peningkatan kesadaran diri, manajemen tanda dan sinyal kekambuhan, dan strategi kognitif (latihan *coping imagery*) serta pelibatan keluarga sebagai sistem pendukung dalam mengatasi dan mengantisipasi kekambuhan.

B. Tujuan Psikoterapi Individu *Relapse Prevention Training* (RPT)

Tujuan RPT adalah pencegahan kekambuhan yang difokuskan pada proses kekambuhan yang alamiah dengan menggunakan keterampilan strategi koping yang berguna dalam memperahankan perubahan serta mendidik klien agar mencapai suatu gaya hidup yang seimbang dan mencegah terjadinya pola kebiasaan yang tidak sehat (Olney, C.L., 2009). Menurut Irvin, et al., (1999, dalam Stuart & Laraia, 2005) strategi pencegahan kekambuhan telah banyak digunakan secara luas dan sangat efektif agar klien hidup bersih dan bebas dari perilaku ketergantungannya.

Tujuan RPT pada klien ketergantungan heroin yang manjalani PTRM adalah pencegahan kekambuhan yaitu menggunakan ulang heroin selama menjalani PTRM yang difokuskan pada prosccs kckambuhan yang alamiah dengan menggunakan

keterampilan strategi koping yang berguna dalam mempertahankan perubahan, serta mendidik klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM agar mencapai suatu gaya hidup yang seimbang dan mencegah terjadinya pola kebiasaan yang tidak sehat.

C. Indikasi Psikoterapi Individu *Relapse Prevention Training* (RPT)

Indikasi Psikoterapi Individu *Relapse Prevention Training* (RPT) secara umum dapat dilakukan pada kondisi klien seperti: ketergantungan Narkotika, Alkohol, Psikotropika, dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA), ketergantungan makanan (obesitas, diet), depresi, kecemasan, gangguan bipolar (Marlatt & Gordon, 1980 dalam Mathew, 2009) serta pada klien rehabilitasi yang memerlukan monitor diri sendiri atau pencegahan kekambuhan pada kondisi klien nyeri punggung, spasme atau juga patah tulang (Mathew, 2009).

Pada Modul ini Psikoterapi Individu RPT difokuskan pada klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM. **Indikasi diagnosa medis** untuk pelaksanaan psikoterapi individu RPT adalah klien dengan ketergantungan heroin yang menjalani PTRM . Sedangkan **indikasi keperawatan** untuk psikoterapi individu RPT ini adalah klien ketergantungan heroin dengan diagnosa keperawatan : koping individu tidak efektif: tidak mampu menolak keinginan menggunakan ulang heroin. **Karakteristik Klien** menunjukkan potensi kepatuhan yang rendah dan potensi kekambuhan yang tinggi seperti :

1. Klien tampak keluar masuk pusat pengobatan / perawatan
2. Klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM tetapi masih menggunakan heroin
3. Klien secara verbal menyatakan sulit menolak godaan dan dorongan untuk tidak menggunakan ulang heroin.
4. Klien memandang melepaskan diri dari ketergantungan heroin merupakan hal yang mustahil.

D. Bentuk Psikoterapi Individu RPT

Bentuk Psikoterapi Individu RPT dalam modul ini yaitu klien diajarkan untuk mengidentifikasi faktor penyebab kekambuhan dan berlatih beberapa tehnik strategi koping mengatasi situasi resiko kekambuhan, godaan (*urge*) dan dorongan menggunakan ulang heroin (*craving*).

E. Prinsip Psikoterapi Individu RPT

Kekambuhan sebagai suatu proses tidak terjadi secara tiba-tiba, hal ini seperti yang dijelaskan oleh Blume (2005) bahwa proses terjadinya kekambuhan adalah adanya situasi-situasi yang beresiko tinggi seperti tidak adanya keseimbangan antara waktu luang dengan waktu produktif, keinginan yang berlebihan untuk dihargai atas semua usaha yang dilakukannya, *craving* dan lain sebagainya. Sementara itu menurut Hedges, (2000) dimulai dengan adanya perasaan-perasaan, pikiran dan ritual atau situasi resiko tinggi lainnya. Apabila seorang peserta terapi atau mantan pengguna berada dalam situasi seperti ini dan tidak dapat mengatasinya keadaan tersebut dengan baik, dapat dikatakan ia sedang berada dalam kondisi yang potensial untuk mengalami *relapse*. Karena manajemen masalah yang buruk, menimbulkan menurunnya kepercayaan terhadap kemampuan diri dan meningkatkan harapan yang positif kembali menggunakan heroin. Bila hal ini terjadi dapat melahirkan tindakan penggunaan ulang (*slip*), walaupun belum kembali ke perilaku penggunaan napza seperti sebelumnya. Biasanya peserta terapi atau mantan pengguna yang *slip* akan merasa bersalah, malu dan perasaan negatif lainnya. Perasaan negatif yang timbul itu dapat disebut sebagai efek dari kegagalan tujuan. Kondisi ini dapat lebih membahayakan lagi jika ia selalu mengikuti perasaan bersalahnya dan mengambil tindakan dengan kembali ke perilaku semula dalam penggunaan napza. Pada kondisi ini peserta terapi atau mantan pengguna sudah berada dalam kondisi kekambuhan.

Prinsip utama RPT yaitu mempersiapkan mental klien untuk kemungkinan terjadinya kekambuhan melalui antisipasi situasi-situasi resiko kekambuhan dan menggunakan koping yang efektif pada situasi tersebut (Olney, C.L., 2009). Oleh karena itu penting bagi perawat dan petugas kesehatan lain untuk memahami proses terjadinya kekambuhan.

Prinsip Psikoterapi Individu RPT pada klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM adalah :

1. Pencegahan kekambuhan melalui serangkaian latihan meningkatkan keterampilan strategi koping klien.
2. Meningkatkan kepercayaan diri klien dalam mengatasi situasi resiko tinggi terjadi kekambuhan dan berkomitmen mencegah penggunaan ulang heroin.
3. Meningkatkan harapan klien hidup normal dan wajar tanpa heroin.

F. Tempat dan Waktu Pelaksanaan Psikoterapi Individu RPT

Pelaksanaan pemberian RPT ini disesuaikan dengan situasi dan kondisi, dengan mengutamakan mengutamakan privasi klien. Biasanya setiap klinik/ layanan PTRM telah disediakan ruangan khusus untuk konseling individu. Sehingga bisa dilakukan diruang konseling, atau mungkin dapat menggunakan skerm (penutup/pembatas), ruangan khusus dan / atau ruangan yang tenang/ tidak bising sehingga proses pelaksanaan terapi dapat berjalan lancar tanpa adanya gangguan dari lingkungan sekitar.

Waktu pelaksanaan *Relapse Prevention Training (RPT)* disetiap pertemuan dibuat berdasarkan kesepakatan antara terapis dengan klien. Klien diberikan alternatif pilihan waktu, yaitu saat menunggu giliran mendapatkan metadon, atau setelah mendapatkan metadon. Jumlah sesi dalam *Relapse Prevention Training* ini sebanyak 6 sesi dan dilaksanakan dalam 9 kali pertemuan. Sesi 1 dan 2 dilaksanakan masing-masing 1 kali pertemuan sedangkan sesi 3 sampai 5 masing- masing dilaksanakan 2 kali pertemuan, sementara sesi 6 hanya 1 kali pertemuan. Waktu untuk setiap pertemuan selama 45 - 60 menit. Dalam setiap minggu dilakukan 3 kali pertemuan dengan selang waktu 1 hari untuk setiap pertemuan.

Pada modul Psikoterapi individu RPT ini klien diberikan terapi setiap hari sekali, saat klien mengunjungi klinik metadon.

G. Media dalam Psikoterapi Individu RPT

Media yang digunakan dalam kegiatan Psikoterapi Individu RPT yaitu buku kerja, buku raport, pulpen, media edukasi, dan berbagai barang-barang/ benda seperti jarum suntik, bubuk putih/powder, dapat ditempatkan dalam kemasan kecil yang dibungkus kertas majalah (menyerupai kemasan heroin, yang digunakan pada sesi 4 pada pertemuan 6 yaitu strategi kognitif).

H. Kriteria Terapis pada Psikoterapi Individu RPT

Semua profesi dibidang kesehatan yang memiliki legalitas dalam melakukan RPT dapat melaksanakan terapi ini, seperti medis (khususnya psikiater), psikolog dan perawat spesialis keperawatan jiwa. Bagi Perawat spesialis jiwa telah lulus uji

kompetensi RPT (lulus uji Expert Validity). Serta berpengalaman dalam praktek keperawatan jiwa.

I. Peran Terapis dalam Psikoterapi Individu RPT

Peran terapis dalam Psikoterapi Individu RPT ini adalah :

1. Menjelaskan tujuan RPT pada klien.
2. Menjelaskan manfaat RPT bagi klien.
3. Menjelaskan prosedur kegiatan RPT
4. Menjelaskan peraturan selama kegiatan RPT.
5. Membuat kontrak awal yang jelas dengan klien.
6. Memotivasi klien menyampaikan riwayat dan pengalaman masa lalu terkait dengan kekambuhannya secara jujur, tanpa kejujuran pelaksanaan terapi sis-sia.
7. Membantu klien mengekspresikan perasaan secara verbal setelah menyampaikan pengalaman, riwayat dan faktor penyebab kekambuhan.
8. Membantu klien untuk mengidentifikasi situasi –situasi resiko terjadi kekambuhan termasuk perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku.
9. Membantu klien berlatih manajemen tanda dan sinyal peringatan kekambuhan melalui tehnik kontrol stimulus dan cue exposure.
10. Membantu klien mengembangkan strategi koping melalui *coping imagery* dan restrukturisasi pola pikir untuk berkomitmen terhadap godaan dan dorongan kekambuhan atau menggunakan ulang heroin.
11. Melibatkan keluarga klien sebagai sistem pendukung dalam upaya latihan pencegahan kekambuhan secara mandiri dan terus menerus.
12. Memotivasi klien untuk mengisi buku catatan harian sebagai tugas di rumah.
13. Mengobservasi perilaku verbal dan non verbal setiap klien selama proses RPT berlangsung.
14. Memberikan umpan balik pada klien atas kemajuan dan perkembangan yang dicapai klien
15. Memberikan penguatan positif atas kemampuan yang telah dicapai klien.
16. Membuat komitmen dengan klien untuk secara aktif melakukan pencegahan kekambuhan dan menjalin komunikasi dengan keluarga sebagai support sistem bagi pemulihan klien.
17. Mendokumentasikan proses dan hasil kegiatan terapi.

J. Proses Pelaksanaan Psikoterapi Individu RPT

Proses pelaksanaan Psikoterapi Individu *Relapse Prevention Training* (RPT) dalam modul ini mencakup mengidentifikasi riwayat kekambuhan, faktor penyebab kekambuhan dan situasi resiko kekambuhan, meningkatkan kesadaran diri klien, manajemen tanda/sinyal peringatan kekambuhan, melatih strategi kognitif/ *coping imagery*, melibatkan keluarga sebagai sistem pendukung dan evaluasi . Proses pelaksanaan RPT meliputi tahapan persiapan, pelaksanaan, evaluasi dan dokumentasi.

Proses kerja Psikoterapi Individu RPT ini sebagai berikut :

1. Persiapan

a. Melakukan seleksi klien.

Seleksi dilakukan dengan mengidentifikasi klien ketergantungan heroin yang menjalani PTRM dengan riwayat kekambuhan dan mempunyai diagnosa keperawatan koping individu tidak efektif : tidak mampu menolak keinginan menggunakan ulang heroin. Sebelum diberikan RPT terlebih dahulu klien diberikan asuhan keperawatan standar (generalis). Setelah tindakan keperawatan generalis diberikan, maka klien yang belum mencapai tujuan yang optimal pada diagnosa keperawatan tersebut dilakukan terapi lanjutan yaitu RPT oleh peneliti.

b. Menyiapkan tempat dan setting

Pelaksanaan RPT ini bertempat di ruang konseling klinik/ layanan PTRM atau mungkin ditempat lain yang kondusif untuk kegiatan RPT dan privasi klien terjaga dengan baik.

Setting tempat pelaksanaan RPT klien dan terapis duduk berhadapan, serta disepakati selama pelaksanaan RPT klien tidak merokok.

c. Menyiapkan Media

Media yang digunakan dalam kegiatan ini yaitu buku kerja, buku raport, media edukasi, modul, pulpen, dan benda-benda yang digunakan pada sesi 4 pertemuan 6 yaitu serbuk putih/ powder, jarum suntik.

d. Membuat kontrak waktu dan topik.

Pada modul ini RPT dilaksanakan dalam 5 sesi dan dilakukan dalam 9 kali pertemuan. Sesi 1 dan 2 masing-masing 1 kali pertemuan, sesi 3 sampai 5 masing-masing dilakukan 2 kali pertemuan, dan sesi 6 dilakukan 1 kali

pertemuan. Setiap pertemuan waktu yang digunakan adalah 45- 60 menit. Topik yang didiskusikan dalam kegiatan RPT dalam modul ini meliputi : 1) mengukur motivasi klien untuk berubah dan mengidentifikasi faktor pencetus/situasi resiko kekambuhan 2) Tehnik meningkatkan kesadaran diri klien dengan menyadari pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku klien sampai terjadi kekambuhan. 3) manajemen tanda/ sinyal peringatan kekambuhan yaitu klien belajar tehnik pemecahan masalah tanpa menggunakan ulang heroin. 4) Strategi kognitif yaitu mengujicobakan coping imagery (perumpamaan koping) dan restrukturisasi pola pikir untuk berkomitmen terhdap godaan dan dorongan kekambuhan 5) Pelibatan keluarga sebagai sistem pendukung klien dalam pencegahan kekambuhan dan 6) Evaluasi.

2. Pelaksanaan

Terapi RPT ini dilaksanakan dalam 6 sesi. Sesi 1 dan 2 dilakukan masing-masing sebanyak 1 kali pertemuan , sedangkan sesi 3 sampai 5 dilakukan sebanyak 2 kali pertemuan, sedangkan sesi 6 dilakukan 1 kali pertemuan. Kegiatan setiap sesi pada Psikoterapi Individu RPT ini adalah sebagai berikut :

a. Sesi 1 : Pengkajian riwayat ketergantungan dan kekambuhan, mengukur tingkat motivasi berubah dan faktor penyebab kekambuhan.

Tujuan:

Klien mampu mengungkapkan riwayat ketergantungan dan kekambuhannya, mengidentifikasi tingkat motivasi berubah dan mengidentifikasi faktor pencetus terjadinya kekambuhan.

Mengkaji riwayat perilaku ketergantungan klien dan riwayat kekambuhan dimasa lalu serta mengukur tingkat motivasi berubah serta membantu mengidentifikasi faktor pencetus terjadinya kekambuhan. Kegiatan pada sesi ini adalah perkenalan antara terapis dengan klien, terapis menyampaikan tujaun terapi

Pedoman pertanyaan yang digunakan pada sesi 1 ini adalah :

- 1) Coba Anda ceritakan bagaimana riwayat terjadi ketergantungan heroin yang anda alami ?

- 2) Sekarang coba Anda tulis riwayat ketergantungan heroin anda tersebut pada kolom riwayat ketergantungan heroin berikut ini, dimulai dari waktu mulai menggunakan heroin, alasan yang mendasari anda menggunakan heroin, banyak dosis, frekuensi dan cara pemakaian serta upaya perawatan /pengobatan apa yang pernah anda lakukan?
- 3) Coba Anda ceritakan riwayat kejadian kekambuhan dimasa lalu?
- 4) Sekarang coba anda tulis riwayat kejadian kekambuhan anda di kolom riwayat kekambuhan. Anda mulai dengan menuliskan kapan waktu terjadinya kekambuhan, riwayat kekambuhan itu sendiri dan upaya apa yang dilakukan saat itu?
- 5) Coba Anda ceritakan apa alasan utama anda mengikuti latihan pencegahan kekambuhan ini?
- 6) Coba Anda Perhatikan kolom/ matrik pengukur tingkat motivasi berikut ini, pada kolom pertama terdapat pilihan yaitu tetap tanpa heroin dan mulai menggunakan ulang heroin. Kolom kedua adalah akibat jangka pendek apa saja akibat pilihan tersebut, serta kolom terakhir adalah akibat jangka panjang pilihan tersebut. Nah, sekarang coba Anda isi kolom berikut ini.
- 7) Coba ceritakan peristiwa apa yang menyebabkan anda kembali menggunakan ulang heroin / kambuh?. Apa yang terjadi saat itu ? Bersama siapa anda saat itu? Dimana? Kapan kejadian itu terjadi ? Bagaimana respon anda saat situasi tersebut terjadi? Bagaimana perasaan anda saat terjadi kekambuhan itu?
- 8) Bagaimana perasaan Anda setelah menceritakan dan menulis riwayat ketergantungan heroin, riwayat kekambuhan, mengisi matrik tingkat motivasi, dan faktor pencetus /situasi bresiko terjadi kekambuhan ?

b. Sesi 2 : Tehnik Meningkatkan Kesadaran Diri

Tujuan : Klien mampu meningkatkan kesadaran dirinya terhadap perubahan-perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilakunya sebagai tanda/sinyal peringatan kekambuhan.

Tehnik meningkatkan kesadran diri sesi ini, berfokus membantu klien menyadari perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku

terjadinya kekambuhan. Dalam Modul RPT ini topik yang didiskusikan lebih ditujukan menganjurkan klien menuliskan tanda/sinyal kekambuhan dari mulai kondisi stabil tanpa heroin sampai menggunakan ulang heroin.

Pedoman pertanyaan yang digunakan dalam sesi 2 ini adalah :

- 1) Coba Anda ceritakan pola pikir anda saat memutuskan untuk hidup bersih tanpa menggunakan ulang heroin.
- 2) Coba Anda ceritakan pola pikir saat anda menggunakan ulang heroin.
- 3) Coba anda ceritakan perbedaan / perubahan cara pikir apa yang terjadi dari mulai bersih tanpa heroin sampai akhirnya anda menggunakan ulang heroin?
- 4) Sekarang, coba anda tuliskan pada buku kerja anda.
- 5) Coba Anda ceritakan perasaan anda saat dalam keadaan bersih tanpa heroin.
- 6) Coba Anda ceritakan perasaan anda saat anda menggunakan ulang heroin.
- 7) Coba Anda ceritakan perbedaan / perubahan perasaan seperti apa yang terjadi dari mulai bersih tanpa heroin sampai akhirnya anda menggunakan ulang heroin, bagaimana ?
- 8) Coba Anda ceritakan sikap anda saat dalam keadaan bersih tanpa menggunakan ulang heroin?
- 9) Coba Anda ceritakan sikap anda saat daam keadaan menggunakan ulang heroin.
- 10) Coba Anda ceritakan perbedaan / perubahan sikap seperti apa yang terjadi sampai akhirnya anda menggunakan ulang heroin?
- 11) Sekarang, tulislah pola pikir sebelum kambuh, selama kambuh dan perbedaan sikap yang terjadi dari mulai bersih tanpa heroin sampai dengan menggunakan ulang heroin.
- 12) Coba Anda ceritakan perilaku anda saat berada dalam keadaan bersih tanpa heroin?
- 13) Sekarang, coba Anda ceritakan perilaku ada saat menjelang menggunakan ulang heroin?

- 14) Coba anda ceritakan perbedaan / perubahan perilaku seperti apa yang terjadi dari mulai bersih tanpa heroin sampai akhirnya anda menggunakan ulang heroin?
- 15) Sekarang, coba Anda tulis perilaku dalam keadaan bersih tanpa heroin, menjelang menggunakan heroin dan perbedaan/ perubahan perilaku anda di buku kerja.
- 16) Coba anda ceritakan kejadian/peristiwa apa yang terjadi sampai anda mengalami perubahan – perubahan tersebut? , apa yang dilakukan saat itu? Bersama siapa melakukannya? Apa saja peralatan atau media yang menjadi godaan dan mendorong anda menggunakan ulang heroin?
- 17) Bagaimana perasaan Anda setelah menceritakan pengalaman tanda perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku sebagai tanda peringatan kekambuhan ?

c. **Sesi 3 : Manajemen Tanda / Sinyal Peringatan Kekambuhan**

Tujuan :Klien mampu mengatasi tanda/sinyal peringatan kekambuhan dan mengembangkan strategi koping yang dimiliki. Manajemen tanda/sinyal peringatan kekambuhan yaitu klien diajarkan strategi pemecahan masalah tanpa menggunakan ulang heroin.

Pada sesi 3 ini klien mengidentifikasi cara mengatasi masalah perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku agar tidak kambuh dan mengembangkan strategi koping. Sesi 3 terdiri dari 2 kali pertemuan yaitu pertemuan ke 3 dan 4. Pada pertemuan 3 klien setelah mengidentifikasi cara mengatasi masalah perubahan pola pikir, perasaan ,sikap dan perilaku, klien memilih 2 cara yang akan dilatih, dan pada pertemuan ke 4 adalah 2 cara yang lainnya yang akan dilatih.

Pedoman pertanyaan yang digunakan pada sesi 3 kegiatan terapi ini adalah :

- 1) Coba anda ceritakan apa yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah perubahan pola pikir agar tidak kambuh?
- 2) Selain itu apa lagi ? Lalu ?

- 3) Coba anda sebutkan cara untuk mengatasi masalah perubahan perasaan agar tidak kambuh?
- 4) Coba anda sebutkan cara untuk mengatasi masalah perubahan sikap agar tidak kambuh?
- 5) Coba anda sebutkan cara untuk mengatasi masalah perubahan perilaku agar tidak kambuh ?
- 6) Apakah anda pernah mendengar terapi afirmasi otak atau penguatan pola pikir?
- 7) Terapis menjelaskan dan membimbing klien cara mengatasi perubahan pola pikir agar tidak kambuh :Begini caranya : kita umpamakan otak kita ini bulat seperti gambar ini (terapis menggambar lingkaran bulat) setiap pengalaman dan kata-kata positif maka kita lambangkan yang terekam di otak dengan lambang "positif (+)", sementara pengalaman / kata-kata negatif juga akan terekam di otak, kita lambangkan sebagai lambang "negatif (-)" Setiap kita berpikir negatif maka akan terekam di otak kita negatif, dan jika kita berpikir positif akan terekam pula positif. Sekarang anda lihat misalnya pada lingkaran bulat ini yang kita ibaratkan otak kita ini dengan anda telah berpikir hal-hal negatif tentang nikmatnya heroin, dan bahwa anda layak mendapatkannya setiap hari muncul 10 kali maka setelah 2 hari akan ada 20 hal negatif terekam, rahasianya adalah saat muncul pikiran negatif tadi segera anda ganti dengan pikiran-pikiran positif seperti saya pasti bisa melalui dorongan sugesti ini, saya akan menjaji sukses jika bisa melepaskan tanpa heroin, saya akan sukses dibidang akademis jika bebas dari menggunakan ulang heroin lagi dan lain lain. Lakukanlah sebanyak-banyaknya melebihi banyaknya pikiran negatif yang muncul di otak anda. Sekarang misalnya kalau kita bandingkan pikiran negatif 20 dan pikiran positif 40 maka kemungkinan yang akan berpengaruh di pikiran anda yang mana? Ya betul seali pikiran positif karena jumlahnya lebih banyak dan lebih mendominasi pikiran anda.
- 8) Saat muncul perasaan tegang dan kecemasan yang meningkat, apa yang anda lakukan? Coba anda lakukan tehnik relaksasi seperti tarik nafas dalam, melakukan aktivitas menyenangkan seperti nonton film, membaca novel/ majalah yang anda sukai, bernyanyi dan bermain musik. Anda

juga dapat melakukan tehnik relaksasi progresif. Tehnik relaksasi progresif yaitu anda bisa berbaring santai pada tempat yang nyaman, pejamkan mata anda, tarik nafas dalam 3 – 6 kali sampai anda merasa santai. Pengencangan/ kontraksikan otot –otot seluruh tubuh anda dimulai dari daerah muka (kelopak mata, mulut-pipi) leher, bahu, perut, telapak tangan, lengan, dan terus bergeser ke kaki dari telapak kaki, betis dan paha. Lalu anda tarik nafas dalam kembali dan pelan-pelan buka mata. Anda akan merasakan santai dan relaks sejenak. Sekarang anda bisa memilihnya mana yang akan dicoba.

- 9) Coba ceritakan bagaimana cara anda menolak godaan saat ada bandar/ teman yang masih aktif menggunakan heroin mengajak anda untuk menggunakan ulang heroin?
- 10) Bagus sekali, Cara lain apa lagi yang akan anda lakukan?
- 11) Saat muncul pikiran, dan perasaan yang negatif untuk menggunakan ulang heroin, coba anda segera ganti pikiran tersebut dengan cara anda ingat dan pikirkan akibat yang akan muncul seperti yang sudah anda tulis di matrik pengukur tingkat motivasi pada sesi yang lalu .
- 12) Coba saat muncul perubahan sikap dan perilaku untuk menggunakan ulang heroin anda sejenak menundanya, 5 menit. Jika berhasil menundanya tundalah sampai 5 menit selanjutnya. Anda bisa juga segera mengalihkan perubahan sikap dan perilaku tersebut dengan cara mengalihkand engan mengunjungi seseorang yang dapat membantu anda mengalihkan pada kativitas/ kegiatan positif dna melupakan anda dari menggunakan ulang heroin.
- 13) Sekarang, coba anda tulis di buku kerja saudara.

d. Sesi 4 : Strategi Kognitif

Tujuan : Klien mampu mengatasi masalah kekambuhan melalui strategi kognitif Yaitu menguji coba perumpamaan koping (*coping imagery*). Strategi Kognitif pada RPT difokuskan pada membantu klien mengujicobakan koping (*coping imagery*) dan membentuk kembali pola pikir untuk berkomitmen terhadap godaan, serta dorongan menggunakan ulang heroin.

Pada sesi 4 pedoman pertanyaan yang digunakan adalah :

- 1) Coba anda tutup mata dan tarik nafas dalam 3 kali. Sekarang coba anda pikirkan serta bayangkan sebuah kejadian/ peristiwa atau alat / benda yang membuat anda tergoda dan mempunyai dorongan menggunakan ulang heroin? Rasakan terus sensasi dalam diri anda tersebut. Ya jantung anda mulai berdetak cepat, bulu roma anda mulai berdiri dan anda sangat tergoda untuk mengikuti dorongan hasrat anda terhadap situasi itu.
- 2) Terus anda bayangkan, dan seakan-akan peristiwa / kejadian/ benda tersebut nyata.
- 3) Coba anda pikirkan apa yang akan anda lakukan untuk mengatasi masalah yang tiba-tiba muncul pada diri anda tersebut? Ya bagus terus pikirkan lagi langkah yang akan anda lakukan untuk mengatasi rasa sugesti yang muncul tersebut.
- 4) Sekarang bukalah mata anda, dan tuliskan apa yang akan anda lakukan jika muncul kondisi tersebut di alam nyata.
- 5) Sekarang anda tarik napas dalam dan hembuskan 3 kali. Baiklah sekarang, coba anda perhatikan benda-benda yang ada didepan anda saat ini (perhatikan jarum suntik, powder dalam kemasan kertas majalah). Apa yang anda rasakan sekarang? Apa yang akan anda lakukan apabila kemasan ini adalah heroin dan ini jarum suntiknya dikehidupan nyata nanti?
- 6) Coba anda atasi ketegangan dan kecemasan yang muncul tersebut dengan melakukan tehnik relaksasi: nafas dalam yang dimiliki ?
- 7) Sekarang coba anda ungkapkan apa yang akan anda lakukan atau komitmen apa untuk mengatasi masalah tersebut?
- 8) Bagus sekali, Anda juga dapat meminta bantuan pihak lain seperti keluarga atau teman dekat untuk menemani anda kemanapun selama anda merasa belum sanggup mengatasinya sendiri.
- 9) Bagaimana perasaan anda setelah berlatih cara-cara pemecahan masalah dan mengujicobakan koping/ cara pemecahan masalah tanpa heroin tadi?

e. Sesi 5: Pelibatan Keluarga Sebagai Sistem Pendukung.

Tujuan : Keluarga mampu melaksanakan perannya sebagai sistem pendukung dalam upaya latihan pencegahan kekambuhan secara mandiri dan terus-menerus pada klien di rumah.

Pada sesi 5 pedoman pertanyaan yang digunakan adalah :

- 1) Apa harapan keluarga terhadap pemulihan klien bebas tanpa heroin?
- 2) Diskusikan bersama keluarga tanda- tanda perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku klien menjelang kekambuhan.
- 3) Diskusikan bersama keluarga cara-cara yang dapat dilakukan keluarga saat klien muncul dorongan/ godaan untuk menggunakan ulang heroin.
- 4) Apa yang akan dilakukan keluarga agar klien tetap berada dalam keadaan bersih tanpa heroin dan kekambuhan dapat dicegah?
- 5) Dorong keluarga untuk melakukan monitoring terhadap tugas/ catatan pada buku kerja klien?
- 6) Dorong keluarga untuk memberikan reinforcement positif terhadap perubahan positif sekecil apapun terhadap perilaku klien dalam upaya pencegahan kekambuhan?
- 7) Anjurkan keluarga untuk realistis memandang tingkat keberhasilan klien
- 8) Ajarkan keluarga tanda-tanda perilaku kekambuhan dan segera mungkin membawa klien ke layanan kesehatan.
- 9) Bagaimana perasaan keluarga setelah mengetahui bahwa pencegahan kekambuhan pada klien efektif apabila melibatkan keluarga sebagai sistem pendukung ?
- 10) Diskusikan komitmen keluarga dalam pencegahan kekambuhan klien

f .Sesi 6 : Evaluasi

Sesi ini merupakan kegiatan terakhir dari terapi. Pada sesi ini kegiatan yang dilakukan adalah mengevaluasi pencapaian pencegahan kekambuhan . Kegiatan sesi 6 dalam modul RPT ini meliputi **kemampuan yang telah didapat setelah melakukan kegiatan sesi 1 sampai 5** . Pada akhir kegiatan ini ditutup dengan **terminasi**.

Pada sesi ke 6 pedoman pertanyaan yang digunakan adalah :

- 1) Bagaimana perasaan anda setelah mengikuti kegiatan RPT dari sesi 1 sampai dengan 5 ?
- 2) Apa manfaat yang sudah anda dapatkan setelah mengikuti kegiatan terapi ini dari sesi 1 sampai 5 ?
- 3) Apa perubahan pada diri anda yang dialami (dirasakan) setelah mengikuti kegiatan RPT ini ?

- 4) Apa harapan dan rencana anda setelah kegiatan RPT ini?
- 5) Bagaimana perasaan anda setelah mengetahui bahwa ini adalah pertemuan terakhir dari kegiatan RPT ini ?

3. **Evaluasi dan Dokumentasi**

Evaluasi dilakukan terhadap kemampuan klien dalam mengikuti setiap sesi pelaksanaan RPT. Pendokumentasian dilakukan terhadap proses dan hasil terapi yang dilakukan yang berkaitan dengan kemampuan yang dicapai klien.



BAB III
PETUNJUK PELAKSANAAN
RELAPSE PREVENTION TRAINING
PADA KLIEN KETERGANTUNGAN HEROIN

SESI I : MENGAJI RIWAYAT KETERGANTUNGAN KEKAMBUIHAN, DAN MENGUKUR TINGKAT MOTIVASI PERUBAHAN SERTA FAKTOR PENCETUS KEKAMBUIHAN

Pertemuan ke 1

A. Tujuan, Klien mampu :

1. Mengungkapkan riwayat ketergantungan dan kekambuhannya
2. Mengidentifikasi tingkat motivasi berubah
3. Mengidentifikasi tingkat motivasi berubah dengan mengisi matrik pengukur tingkat motivasi.
4. Mengidentifikasi faktor pencetus terjadi kekambuhan.

B. Setting

1. Pertemuan dilakukan di ruang konseling atau ruangan /tempat lain yang kondusif pada klinik/ layanan metadon di Puskesmas.
2. Suasana ruangan harus tenang
3. Klien duduk berhadapan dengan terapis.

C. Media/Alat

1. Buku kerja
2. Buku Raport
3. Format evaluasi dan dokumentasi
4. Alat tulis : pulpen

D. Metode

1. Diskusi
2. Tanya jawab

E. Langkah – Langkah Kegiatan

1. Persiapan
 - a. Menyepakati pelaksanaan kegiatan terapi dengan klien
 - b. Mempersiapkan tempat pertemuan yaitu ruang konseling atau ruang lain yang kondusif dan terjaganya privasi klien diklinik/ layanan metadon di Puskesmas.
 - c. Mempersiapkan media/alat :
 - 1) Papan nama terapis dan klien

- 2) Terapis mempersiapkan format evaluasi proses, format dokumentasi, format evaluasi kegiatan mandiri klien (buku raport), modul, dan alat tulis yaitu buku kerja dan pulpen

2. Pelaksanaan

a. Fase Orientasi

1) Salam terapeutik

- a) Salam dari terapis.
- b) Perkenalan nama dan panggilan terapis.
- c) Menanyakan nama dan panggilan klien dan memakai papan nama

2) Evaluasi/validasi

- a) Menanyakan bagaimana perasaan klien saat ini

3) Kontrak

- a) Menyepakati lama pertemuan dan jumlah sesi yaitu 9 kali pertemuan dan 6 sesi, sesi pengkajian riwayat ketergantungan dan kekambuhan, mengukur tingkat motivasi berubah dan faktor pencetus kekambuhan, sesi 2 tehnik meningkatkan kesadaran diri, sesi 3 manajemen tanda/sinyal peringatan kekambuhan, sesi 4 strategi kognitif dan restrukturisasi pola pikir, sesi 5 pelibatan keluarga sebagai sistem pendukung serta sesi 6 yaitu tahap evaluasi. Setiap pertemuan lama waktunya 45-60 menit.
- b) Menjelaskan tujuan pertemuan pertama yaitu:
 - (1) Klien mengungkapkan riwayat ketergantungan heroin, riwayat kekambuhan dan mengukur tingkat motivasi untuk berubah dan mengidentifikasi faktor pencetus kekambuhan.
 - (2) Klien diharapkan mampu mengekspresikan perasaannya setelah mengikuti sesi terapi.
- c) Terapis menjelaskan tata tertib sebagai berikut:
 - (1) Lama kegiatan 45 – 60 menit
 - (2) Klien mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai
 - (3) Klien mengungkapkan riwayat dan pengalamannya secara jujur, tanpa itu kegiatan terapi akan sia-sia.

b. Fase Kerja

- 1) Terapis mendiskusikan riwayat ketergantungan heroin dan kekambuhan klien di masa yang lalu.

- a) Terapis membimbing klien mengisi format riwayat ketergantungan heroin dan riwayat kekambuhan.

"Coba anda ceritakan bagaimana riwayat terjadi ketergantungan heroin yang anda alami?."

"Coba Anda ceritakan riwayat kejadian kekambuhan dimasa lalu?". "Sekarang anda perhatikan format riwayat ketergantungan heroin berikut ini. Format terdiri dari 4 kolom dengan item sebagai berikut waktu (tanggal dan jam) terjadi kekambuhan, alasan menggunakan ulang heroin, banyaknya heroin (dosis, frekuensi, dan cara pakai) serta upaya perawatan / pengobatan yang pernah dilakukan".

- b) Terapis menganjurkan klien mengisi riwayat ketergantungan heroin dan riwayat kekambuhan pada format riwayat ketergantungan heroin dan format riwayat kekambuhan di buku kerja klien.

"Sekarang coba Anda tulis riwayat ketergantungan heroin anda tersebut pada kolom riwayat ketergantungan heroin berikut ini, dimulai dari waktu mulai menggunakan heroin, alasan yang mendasari anda menggunakan heroin, banyaknya/ dosis, frekuensi dan cara pemakaian serta upaya perawatan /pengobatan apa yang pernah anda lakukan?".

"Sekarang coba anda tulis riwayat kejadian kekambuhan anda di kolom riwayat kekambuhan". "Anda mulai dengan menuliskan kapan waktu terjadinya kekambuhan, riwayat kekambuhan itu sendiri dan upaya apa yang dilakukan saat itu?"

2) Terapis menjelaskan matrik pengukur tingkat motivasi berubah klien

- a) Terapis membimbing klien untuk mengisi matrik pengukur tingkat motivasi berubah, jika ada kesulitan terapis membantu menjelaskannya.

"Coba Anda Perhatikan kolom/ matrik pengukur tingkat motivasi berikut ini, pada kolom pertama terdapat pilihan yaitu tetap tanpa heroin dan mulai menggunakan ulang heroin. Kolom kedua adalah akibat jangka pendek apa saja akibat pilihan tersebut, serta kolom terakhir adalah akibat jangka panjang pilihan tersebut."

- b) Terapis menganjurkan klien untuk mengisi matrik pengukur tingkat motivasi di buku kerja (catatan : semakin klien mampu mengidentifikasi dan menulis secara lengkap maka semakin tinggi tingkat motivasi klien).

“Nah, sekarang coba Anda isi kolom berikut ini “!.

- 3) Terapis menanyakan faktor-faktor yang menjadi pencetus klien mengalami kekambuhan bisa berasal dari dalam klien sendiri (internal) atau diluar diri klien (eksternal).

- a) Terapis membimbing klien untuk mengisi kolom faktor pencetus/situasi beresiko terjadi kekambuhan dimulai dari kolom waktu terjadinya, situasi dan respon klien menghadapi situasi tersebut.

“Coba ceritakan peristiwa apa yang menyebabkan anda kembali menggunakan ulang heroin / kambuh?”. “Apa yang terjadi saat itu?”. “Bersama siapa anda saat itu?”. “Dimana?”. “Kapan kejadian itu terjadi?”. “Bagaimana respon anda saat situasi tersebut terjadi?”. “Bagaimana perasaan anda saat terjadi kekambuhan itu?”.

- b) Terapis menganjurkan klien untuk mengisi kolom faktor pencetus/situasi beresiko terjadi kekambuhan.

”Baiklah, sekarang coba anda isi semua kolom /matriks ini, upayakan semua kolom terisi”.

- 4) Terapis memberi umpan balik positif atas kemampuan dan kerjasama klien yang baik.

”Baik sekali anda sudah dapat menceritakan dengan detil dan lengkap riwayat ketergantungan heroin dan riwayat kekambuhan anda, namun anda perlu perlu meningkatkan dan sering berlatih mengisi matriks pengukur tingkat motivasi ini dan mengidentifikasi faktor lain terjadinya kekambuhan.”.

- 5) Terapis memberikan pujian atas komitmen dan semangat klien.

”Bagus sekali, anda sudah dapat menceritakan serta menulis riwayat ketergantungan heroin, riwayat kekambuhan, mengisi matrik pengukur

tingkat motivasi berubah serta menceritakan dan juga menuliskan faktor-faktor penceus terjadi kekambuhan dimasa lalu”.

c. Fase Terminasi

1) Evaluasi

- a) Menanyakan perasaan klien setelah mengidentifikasi riwayat ketergantungan heroin, riwayat kekambuhan, mengisi matriks pengukur tingkat motivasi berubah dan faktor pencetus/situasi resiko terjadi kekambuhan.
- b) Mengevaluasi kemampuan klien dalam mengidentifikasi riwayat ketergantungan heroin, riwayat kekambuhan, matriks pengukur tingkat motivasi berubah, dan faktor pencetus/ situasi resiko terjadi kekambuhan.
- c) Memberikan umpan balik positif atas kemampuan dan kerjasama klien yang baik

2) Tindak lanjut

Menganjurkan klien untuk mencatat riwayat ketergantungan heroin, riwayat kekambuhan, dan melengkapi matrik pengukur tingkat motivasi berubah serta faktor/ situasi pencetus beresiko terjadi kekambuhan yang lainnya pada buku kerja klien.

3) Kontrak yang akan datang

- a) Menyepakati topik pada pertemuan ke 2 yaitu tehnik meningkatkan kesadaran diri terhadap perubahan-perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku yang mendorong klien kembali kambuh.
- b) Menyepakati waktu pertemuan (hari, jam dan lama pertemuan) dan tempat untuk pertemuan ke 2 yakni di ruang konseling klinik/ layanan metadon di Puskesmas.

3. Evaluasi dan Dokumentasi

a. Evaluasi Kemampuan

Evaluasi dilakukan saat proses terapi berlangsung, khususnya pada tahap fase kerja. Aspek yang dievaluasi pada sesi 1 adalah kemampuan klien mengungkapkan perasaan, menyampaikan riwayat ketergantungan heroin, riwayat kekambuhan, mengisi matriks pengukur tingkat motivasi berubah dan faktor pencetus/ situasi beresiko terjadi kekambuhan dan mengekspresikan perasaan setelah kegiatan. Ditulis pada buku raport klien.

b. Buku Kerja Klien

Klien menuliskan pada buku kerja mengenai riwayat ketergantungan heroin pada format riwayat ketergantungan heroin.

Menuliskan riwayat kekambuhan pada format riwayat kekambuhan, dan menulis matriks pengukur tingkat motivasi pada format matriks pengukur tingkat motivasi serta menulis faktor pencetus terjadi kekambuhan pada format faktor pencetus terjadi kekambuhan.

c. Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki klien saat terapi pada catatan proses keperawatan. Jika klien dianggap mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti RPT sesi 1, klien mampu mengungkapkan perasaan, menyampaikan riwayat ketergantungan heroin, riwayat kekambuhan, mengisi matrik pengukur tingkat motivasi berubah dan faktor pencetus/situasi beresiko terjadi kekambuhan dan mengekspresikan perasaan setelah kegiatan. Klien dapat melanjutkan untuk mengikuti sesi 2. Jika klien dianggap belum mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti RPT sesi 1, klien belum mampu mengungkapkan perasaan, belum mampu menyampaikan riwayat ketergantungan heroin, riwayat kekambuhan, mengisi matrik pengukur tingkat motivasi dan faktor pencetus/situasi beresiko terjadi kekambuhan dan belum mampu mengekspresikan perasaan setelah kegiatan, dianjurkan klien untuk melakukan latihan diluar kegiatan terapi.

Evaluasi Kemampuan Klien
Psikoterapi Individu *Relapse Prevention Training*
Sesi 1 : Mengkaji riwayat ketergantungan heroin, riwayat kekambuhan ,
matrik pengukur tingkat motivasi berubah serta faktor pencetus/situasi
beresiko terjadi kekambuhan.

Pertemuan 1

No	Aspek yang dinilai	Nilai	
		Tanggal	Tanggal
1	Mengungkapkan perasaan		
2	Menceritakan riwayat ketergantungan heroinnya		
3	Menuliskan riwayat ketergantungan heroinnya pada kolom riwayat ketergantungan heroin.		
4	Menceritakan riwayat kekambuhan yang terjadi di masa lalu.		
5	Menuliskan riwayat kekambuhan di masa lalu pada kolom riwayat kekambuhan		
6	Mengisi matrik pengukur tingkat motivasi berubah secara penuh dan tidak ada yang di kosongkan.		
7	Menceritakan faktor-faktor pencetus terjadi kekambuhan		
8	Menuliskan faktor-faktor pencetus terjadi kekambuhan di kolom/ format yang disediakan.		
9	Mengungkapkan perasaan setelah mengikuti sesi terapi.		
	Jumlah		

Petunjuk penilaian:

- a. Beri nilai 1 jika : perilaku tersebut dilakukan
- b. Beri nilai 0 jika : perilaku tersebut tidak dilakukan

Sesi 1

Riwayat Ketergantungan Heroin

Waktu	Alasan Menggunakan	Banyaknya Heroin (dosis, frekuensi, dan cara pakai)	Upaya perawatan/pengobatan yang pernah dilakukan

Riwayat Kekambuhan

Waktu	Riwayat Kekambuhan	Upaya yang dilakukan

Matrik Pengukur Tingkat Motivasi

Pilihan	Akibat Jangka Pendek (segera)		Akibat jangka panjang (yang akan datang)	
Tetap tanpa heroin				
Mulai menggunakan ulang heroin				

Faktor Pencetus/Situasi Beresiko Terjadi Kekambuhan

Waktu	Situasi	Respon Klien

SESI II : TEHNIK MENINGKATKAN KESADARAN DIRI

Pertemuan ke 2

A. Tujuan, Klien Mampu :

1. Mengidentifikasi perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku kekambuhannya
2. Menuliskan tanda perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku tersebut sebagai tanda/sinyal peringatan kekambuhan.

B. Setting

1. Pertemuan dilakukan di ruang konseling /layanan klinik metadon yang berada di Puskesmas .
2. Suasana ruangan harus tenang.
3. Klien duduk berhadapan dengan terapis.

C. Media/Alat

1. Buku Kerja
2. Buku Raport
3. Format Evaluasi dan Dokumentasi
4. Alat Tulis :Pulpen

D. Metode

1. Diskusi.
2. Tanya Jawab

E. Langkah – Langkah Kegiatan

1. Persiapan
 - a. Mengingatkan klien 1 jam sebelum pelaksanaan terapi.
 - b. Mempersiapkan tempat pertemuan yaitu ruang konseling di klinik/ layanan metadon di Puskesmas.
 - c. Mempersiapkan media/alat :
Terapis mempersiapkan format evaluasi proses, format dokumentasi, format evaluasi kegiatan mandiri klien (buku raport) dan alat tulis yaitu buku kerja dan pulpen.
2. Pelaksanaan
 - a. Fase Orientasi
 - 1) Salam terapeutik : Salam dari terapis.

2) Evaluasi/validasi

- a) Menanyakan bagaimana perasaan klien saat ini.
- b) Menanyakan kegiatan yang telah dilakukan klien berhubungan dengan riwayat ketergantungan, riwayat kekambuhan, matrik pengukur tingkat motivasi dan faktor pencetus/ situasi beresiko terjadinya kekambuhan dilakukan diluar jadwal kegiatan terapi.
- c) Melihat buku kerja klien terkait dengan catatan riwayat ketergantungan heroin, riwayat kekambuhan, matrik pengukur tingkat motivasi dan faktor pencetus /situasi beresiko terjadi kekambuhan.

3) Kontrak

- a) Menjelaskan tujuan pertemuan yaitu:
 - (1) Klien diharapkan mampu mengidentifikasi perubahan-perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku sebagai tanda peringatan kekambuhan.
 - (2) Klien diharapkan mampu menceritakan secara mendetil dari mulai kondisi stabil sampai menggunakan ulang heroin, dan mampu membedakan perbedaan/ perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku yang terjadi dari mulai bersih tanpa heroin sampai menggunakan ulang heroin, serta mengekspresikan perasaannya setelah mengikuti tehnik meningkatkan kesadaran diri klien.
- b) Menyetujui lama waktu pertemuan yaitu 45-60 menit
- c) Mengingatkan tata tertib kegiatan, yaitu klien tidak diperkenankan merokok selama dalam sesi terapi.

b. Fase Kerja

- 1) Terapis meminta klien untuk menceritakan pola pikir dalam keadaan bebas/bersih tanpa penggunaan ulang heroin
 "Coba anda ceritakan pikiran anda saat berada dalam keadaan bersih tanpa heroin?" Sekarang coba anda tuliskan di format ini.
- 2) Terapis meminta klien untuk menceritakan pola pikir saat menjelang terjadi kekambuhan
 "Sekarang, coba anda ceritakan pikiran apa saja yang muncul saat menjelang kambuh/ menggunakan ulang heroin"? Sekarang coba anda tuliskan di format ini.

- 3) Terapis meminta klien untuk menceritakan kembali perbedaan / perubahan-perubahan yang terjadi seperti perubahan pola pikir sebelum terjadi kekambuhan sampai menjelang kekambuhan .
"Nah, sekarang dapatkah anda bedakan/ perubahan pola pikir yang terjadi antara dalam keadaan tanpa heroin dengan menjelang menggunakan ulang heroin? Apakah itu?"
- 4) Terapis menganjurkan klien menuliskan pola pikir sebelum, menjelang dan perbedaan perubahan pola pikir di buku kerja klien.
"Bagus sekali, nah sekarang coba anda tuliskan pada format yang disediakan di buku kerja saudara."
- 5) Terapis meminta klien untuk menceritakan kembali perasaan klien sebelum terjadi kekambuhan .
"Coba anda ceritakan kembali perasaan ketika anda berada dalam keadaan bersih tanpa heroin?, ya tuliskan di format ini"
- 6) Terapis meminta klien menceritakan kembali perasaan menjelang kekambuhan.
" Sekarang anda ceritakan perasaan anda yang muncul sesaat menjelang kekambuhan. Nah tuliskan juga yang anda sebutkan tadi pada format yang disediakan ini di buku kerja saudara".
- 7) Terapis meminta klien untuk menceritakan perbedaan/ perubahan perasaan yang terjadi sebelum dan menjelang kekambuhan.
"Setelah anda menceritakan dan menuliskan perasaan dalam keadaan bersih tanpa heroin dan menjelang kekambuhan, sekarang coba anda bandingkan perbedaan/perubahan perasaan apa yang terjadi yang anda alami? Baiklah sekarang tulis juga pada format ini dibuku kerja saudara.
- 8) Terapis meminta klien untuk menceritakan sikap klien dalam keadaan bersih tanpa heroin
"Goba anda ceritakan sikap anda ketika berada dalam keadaan bersih tanpa heroin". Sekarang tuliskan di format ini.
- 9) Terapis meminta klien untuk menceritakan sikap klien dalam keadaan menjelang menggunakan ulang heroin.
"Bagaimana sikap anda saat menjelang kekambuhan?". Sekarang tuliskan di format ini.

- 10) Terapis meminta klien untuk menceritakan perbedaan / perubahan yang terjadi dengan sikap klien sebelum terjadi kekambuhan dan menjelang kekambuhannya.
"Ceritakan perbedaan/ perubahan pada sikap anda antara keadaan bersih tanpa heroin dengan menjelang terjadi kekambuhan".
- 11) Terapis meminta klien menuliskan sikap klien saat bersih tanpa heroin, menjelang kambuh dan perbedaan/perubahan sikap pada buku kerja klien.
- 12) "Sekarang tulislah yang anda ceritakan tadi pada format yang disediakan pada buku kerja saudara ini".
- 13) Terapis meminta klien menceritakan perilaku klien dalam keadaan bersih tanpa heroin.
"Coba anda ceritakan bagaimana perilaku anda saat dalam keadaan bersih tanpa heroin?"
- 14) Terapis meminta klien menceritakan perilaku klien menjelang kambuh.
"Coba anda ceritakan juga bagaimana perilaku anda saat menjelang terjadi kekambuhan?"
- 15) Terapis meminta klien menceritakan perbedaan / perubahan sikap yang terjadi dalam keadaan bersih tanpa heroin, menjelang kambuh dan perbedaan/ perubahan sikap yang terjadi padanya.
"Sekarang bisa anda ceritakan perbedaan/ perubahan yang terjadi pada perilaku anda antara keadaan bersih tanpa heroin dengan menjelang kekambuhan seperti apa?"
- 16) Terapis meminta klien menuliskan sikap klien dalam keadaan bersih tanpa heroin, menjelang kambuh dan perbedaan/perubahan sikap pada buku kerja/ format yang disediakan.
"Nah, sekarang tulislah yang anda ceritakan tadi pada format yang telah disediakan di buku kerja saudara ini."
- 17) Terapis menanyakan komitmen pasien selanjutnya setelah mengetahui perbedaan / perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku kekambuhan klien.
"Anda sekarang sudah mengetahui dan menyadari ada pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku sebelum menggunakan ulang heroin, menjelang kekambuhan dan perbedaan/ perubahan diantara keduanya, apa komitmen atau janji anda kedepan setelah mengetahui semua ini? Selain itu apa lagi?"

18) Terapis memberikan pujian atas komitmen dan semangat klien.

"Bagus sekali, anda hebat mampu mengungkapkan komitmen yang akan di lakukan dan teruslah semangat".

19) Terapis memotivasi klien untuk menuliskan pada buku kerja klien perubahan-perubahan lainnya yang belum teridentifikasi pada sesi pelaksanaan kali ini.

"Anda juga bisa menuliskan perubahan lainnya yang belum teridentifikasi saat ini pada buku kerja saudara".

c. Fase Terminasi

1) Evaluasi

- a) Menanyakan perasaan klien setelah kegiatan.
- b) Mengevaluasi kemampuan klien dalam menyadari perbedaan / perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku kekambuhan.
- c) Memberikan umpan balik positif atas kemampuan dan kerjasama klien yang baik

2) Tindak lanjut

Menganjurkan klien menuliskan perbedaan / perubahan-perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku sebagai tanda peringatan kekambuhan lainnya di buku kerja.

3) Kontrak yang akan datang

- a) Menyepakati sesi 3 dan topik pada pertemuan ke 3 yaitu manajemen tanda/ sinyal peringatan kekambuhan.
- a) Menyepakati waktu (hari, jam dan lama pertemuan) serta tempat untuk pertemuan ke 3 yakni di ruang konseling klinik/layanan metadon di Puskesmas.

3. Evaluasi dan Dokumentasi

a. Evaluasi Kemampuan

Evaluasi dilakukan saat proses terapi berlangsung, khususnya pada tahap kerja. Aspek yang dievaluasi pada sesi 2 pertemuan ke 2 adalah klien dapat menceritakan perubahan pola pikir dan menuliskannya, perubahan perasaan dan menuliskannya, perubahan sikap dan menuliskannya serta perubahan perilaku dan menuliskannya di buku kerja dan mengekspresikan perasaan setelah kegiatan.

b. Buku Kerja Klien

Klien menuliskan pada format yang disediakan mengenai pola pikir, perasaan, sikap, dan perilakunya dalam keadaan bersih tanpa heroin, menjelang kekambuhan dan perbedaan / perubahan yang terjadi di buku kerja klien.

c. Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki klien saat terapi pada catatan proses keperawatan yaitu jika klien dianggap mampu maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti RPT sesi 2 pertemuan ke2, klien mampu menceritakan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku dalam keadaan bersih tanpa heroin, menjelang kekambuhan dan perbedaan/ perubahannya yang terjadi. serta menuliskannya pada buku kerja, selain itu klien mampu mengekspresikan perasaan setelah kegiatan. Klien dapat melanjutkan untuk mengikuti sesi 3 pertemuan ke 3. Jika klien dianggap belum mampu menyampaikan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku dalam keadaan bersih tanpa heroin, menjelang kekambuhan, dan perbedaan / perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku dan menuliskannya di buku kerja dan dianjurkan berlatih diluar kegiatan terapi.

Evaluasi Kemampuan Klien

Psikoterapi Individu *Relapse Prevention Training*

Sesi 2 : Tehnik Meningkatkan Kesadaran Diri terhadap perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku tanda peringatan kekambuhan.

Pertemuan ke 2

No	Aspek yang dinilai	Nilai	
		Tanggal	Tanggal
1	Mengungkapkan perasaan		
2	Menceritakan pola pikir yang terjadi dalam keadaan bersih tanpa heroin.		
3	Menuliskan pola pikir yang terjadi tersebut pada buku kerja		
4	Menceritakan perasaan yang terjadi dalam keadaan bersih tanpa heroin.		
5	Menuliskan perasaan klien tersebut pada buku kerja.		
6	Menceritakan sikap klien yang terjadi dalam keadaan bersih tanpa heroin.		
7	Menuliskan sikap klien yang terjadi dalam keadaan bersih tanpa heroin.		
8	Menceritakan perilaku klien yang terjadi dalam keadaan bersih tanpa heroin.		
9	Menuliskan perilaku klien yang terjadi dalam		

	keadaan bersih tanpa heroin.		
10	Menceritakan pola pikir menjelang kekambuhan.		
11	Menuliskan pola pikir menjelang kekambuhan pada buku kerja.		
12	Menceritakan perasaan menjelang kekambuhan.		
13	Menuliskan perasaan menjelang kekambuhan di buku kerja		
14	Menceritakan sikap klien yang terjadi dalam keadaan bersih tanpa heroin.		
15	Menuliskan sikap klien menjelang kekambuhan pada buku kerja.		
16	Menceritakan perilaku klien yang terjadi dalam keadaan bersih tanpa heroin.		
17	Menuliskan perilaku klien menjelang kekambuhan di buku kerja.		
18	Menceritakan perbedaan/ perubahan pola pikir yang terjadi antara dalam keadaan bersih tanpa heroin dengan menjelang kekambuhan.		
19	Menuliskan perbedaan/ perubahan pola pikir tersebut pada format yang disediakan di buku kerja klien.		
20	Menceritakan perbedaan/ perubahan perasaan yang terjadi antara dalam keadaan bersih tanpa heroin dengan menjelang kekambuhan		
21	Menuliskan perbedaan/ perubahan perasaan tersebut pada format yang disediakan di buku kerja klien.		
22	Menceritakan perbedaan/perubahan sikap yang terjadi antara dalam keadaan bersih tanpa heroin dengan menjelang kekambuhan.		
23	Menuliskan perbedaan/perubahan sikap klien tersebut pada format yang disediakan di buku kerja klien.		
24	Menceritakan perbedaan/ perubahan perilaku yang terjadi antara dalam keadaan bersih tanpa heroin dengan menjelang kekambuhan.		
	Menuliskan perbedaan/ perubahan perilaku tersebut pada format yang disediakan di buku kerja klien.		
24	Menyampaikan perasaan setelah menceritakan pengalaman perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku sebagai tanda /sinyal peringatan kekambuhan.		
	Jumlah		

Petunjuk penilaian:

1. Beri nilai 1 jika : perilaku tersebut dilakukan dan 0 jika tidak dilakukn

SESI III : MANAJEMEN TANDA/SINYAL PERINGATAN KEKAMBUHAN

Pertemuan ke 3

A. Tujuan, Klien Mampu :

1. Mengidentifikasi cara mengatasi perubahan pola pikir agar tidak kambuh.
2. Mengidentifikasi cara mengatasi perubahan perasaan agar tidak kambuh.
3. Mengidentifikasi cara mengatasi perubahan sikap agar tidak kambuh.
4. Mengidentifikasi cara mengatasi perubahan perilaku agar tidak kambuh .
5. Melakukan latihan cara mengatasi perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku (2 cara).

B. Setting

1. Pertemuan dilakukan di ruang konseling klinik/ layanan metadon di Puskesmas.
2. Suasana ruangan harus tenang.
3. Klien duduk berhadapan dengan terapis.

C. Media/Alat

1. Buku Kerja
2. Buku Raport
3. Format Evaluasi dan Dokumentasi
4. Alat tulis : pulpen

D. Metode

1. Diskusi
2. Tanya Jawab

E. Langkah – Langkah Kegiatan

1. Persiapan
 - a. Mengingatkan klien 1 jam sebelum pelaksanaan terapi.
 - b. Mempersiapkan tempat pertemuan yaitu ruang konseling klinik/layanan metadon di Puskesmas.
 - c. Mempersiapkan media/alat :
Terapis mempersiapkan format evaluasi proses, format dokumentasi, format evaluasi kegiatan mandiri klien (buku raport) dan alat tulis yaitu buku kerja dan pulpen.
2. Pelaksanaan
 - a. Fase Orientasi

- 1) Salam terapeutik ; Salam dari terapis.
- 2) Evaluasi/validasi
 - a) Menanyakan bagaimana perasaan klien saat ini.
 - b) Menanyakan kegiatan yang telah dilakukan klien yaitu riwayat ketergantungan heroin, riwayat kekambuhan, matriks pengukur tingkat motivasi dan faktor pencetus/ situasi beresiko terjadi kekambuhan. Selain itu terapis menanyakan juga kegiatan yang dilakukan yaitu tehnik meningkatkan kesadaran diri klien terhadap perubahan pola pikir, perasaan sikap dan perilaku sebagai tanda peringatan kekambuhan yang dilaksanakan diluar kegiatan terapi.

3) Kontrak

- a) Menjelaskan tujuan pertemuan yaitu:
 - (1) Klien dapat mengidentifikasi cara mengatasi perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku agar tidak kambuh.
 - (2) Klien diharapkan mampu mengekspresikan perasaannya setelah mengikuti kegiatan
- b) Menyepakati lama waktu pertemuan yaitu 45 – 60 menit
- c) Mengingatkan tata tertib kegiatan: klien tidak diperkenankan merokok selama dalam sesi pelaksanaan kegiatan.

b. Kerja

- 1) Diskusikan tentang cara-cara mengatasi perubahan pola pikir agar tidak kambuh, dengan cara : mengingat dampak buruk menggunakan ulang heroin (jangka pendek dan jangka panjang) seperti terkait kesehatan fisik, psikologis, sosial, ekonomi dan hukum.

” Cara mengatasi perubahan pola pikir agar tidak kambuh, anda bisa mengingat kembali beberapa dampak buruk/ negatif jangka pendek dan jangka panjang dari penggunaan ulang heroin”.

Terapis meminta klien untuk segera mengganti pola pikir negatif yang muncul dengan mengingatkan tujuan awal/ komitmen dan manfaat hidup bersih tanpa heroin: hidup lebih sehat, ekonomis, mencapai cita-cita, membahagiakan keluarga dan orang terdekat (terapis menjelaskan tentang terapi afirmasi otak, yaitu berpikir dan menyebutkan hal –hal positif yang dapat memberikan penguatan dan semangat hidup bersih tanpa heroin).

” Saat muncul perubahan pola pikir negatif tersebut, segeralah anda ganti dengan pikiran positif dan ingatlah akan tujuan dan komitmen awal anda untuk dapat bahagiabersama orang yang anda kasihi, hidup lebih sehat, ekonomis, tercapai cita-cita anda.” Anda juga dapat mencoba tehnik afirmasi otak.”

Terapis menganjurkan klien, apabila cara-cara tersebut sudah dilakukan dan masih timbul pola pikir negatif untuk menghubungi seseorang yang terpercaya untuk bertukar pikiran dan mendapatkan dukungan semangat.

Diskusikan tentang apa komitmen klien setelah mengetahui cara mengatasi perubahan pola pikir.

”Kalau cara-cara tersebut tidak berhasil juga, anda dapat segera menghubungi seseorang yang mendukung pemulihan anda, menceritakan apa yang anda pikirkan dan rasakan saat ini dan memintanya emmbantu anda.”

Terapis memberikan pujian terhadap upaya, semangat dan komitmen klien

”Bagus sekali, anda sudah dapat menyebutkan kembali dan memperagakan cara-cara tersebut, dan berkomitmen untuk langkah selanjutnya”.

- 2) Diskusikan tentang cara-cara mengatasi perubahan perasaan agar tidak kambuh, dengan cara :

Terapis mengajarkan tehnik/ cara fisik mengatasi perubahan perasaan seperti melakukan tehnik nafas dalam yaitu menarik nafas lewat hidung menahan nafas sampai hitungan 6 detik dan menghembuskannya lewat mulut perlahan, diulang 3-6 kali, melakukan aktivitas yang disenangi (hobby/ kegemaran) seperti menyanyi, membuat puisi, bermain musik, melakukan pekerjaan lain yang disenangi klien.

Terapis mengajarkan tehnik/ cara sosial mengatasi perubahan perasaan seperti mengajak orang lain bercakap-cakap, mencurahkan perasaan kepada orang terpercaya dan mengakui bahwa saat ini memerlukan bantuan karena muncul perubahan perasaan seperti tiba-tiba murung, sedih, depresi, marah pada diri sendiri, orang lain atau lingkungan, benci, dendam, dan lain-lain.

Terapis mengajarkan tehnik / cara spiritual seperti berdoa, berwudhu, sholat, mengaji, bersedekah (memberi kepada pihak lain sesuatu bantuan yang dipelrulkannya).

Diskusikan tentang komitmen klien setelah mengetahui cara mengatasi perubahan perasaan yang muncul.

Terapis memberikan pujian terhadap upaya, semangat dan komitmen klien.

- 3) Diskusikan tentang cara-cara mengatasi perubahan sikap agar tidak kambuh, dengan cara : mengingat dan melihat kembali catatan dampak penggunaan ulang heroin seperti pada matriks pengukur tingkat motivasi.

Terapis mengingatkan klien bahwa perubahan sikap seperti mulai tidak peduli dengan hidup bersih tanpa heroin, tidak peduli dengan dampak yang akan terjadi dengan menggunakan ulang heroin, memandang negatif tentang hidup dan bagaimana cara klien menjalaninya, menjadi tidak sabaran atau bersikap terlalu percaya diri, serta menolak bantuan orang lain secara terang-terangan merupakan indikasi resiko terjadi kekambuhan yang dimulai karena ada perasaan *craving*

Terapis meminta klien untuk menyibukan diri dalam aktivitas menyenangkan yang dapat mengalihkan klien dari perasaan-perasaan yang akan mendorong menggunakan ulang heroin.

Menganjurkan melakukan sesuatu yang bisa membuat klien rileks dan merasa nyaman, misalnya : mandi, pijatan, jalan-jalan, nonton video, dan aktivitas lainnya.

Terapis menganjurkan klien untuk memberikan penghargaan kepada diri klien sendiri terhadap perubahan apapun yang positif yang sudah klien jalani.

Terapis menganjurkan klien untuk bersikap lebih positif dan terbuka terhadap pengalaman teman lain bagaimana mereka menikmati hidupnya untuk mendapatkan banyak ide.

Diskusikan tentang komitmen klien setelah mengetahui cara mengatasi perubahan sikap agar tidak kambuh.

Terapis memberikan pujian terhadap upaya, semangat dan komitmen klien.

- 4) Diskusikan tentang cara-cara mengatasi perubahan perilaku agar tidak kambuh, dengan cara :

carilah seseorang yang dapat mengalihkan klien bila rasa *craving* muncul

Tundalah penggunaan beberapa saat, 1 jam atau bahkan 5 menit, jika waktu habis, tundalah penggunaan untuk 1 jam berikutnya dan seterusnya.

Terapis menganjurkan klien untuk komitmen menghadiri pertemuan kelompok dukungan setiap minggunya.

Terapis menganjurkan klien bicara pada teman-teman yang telah berhasil berhenti dan carilah informasi strategis mereka dalam proses hidup bersih tanpa menggunakan ulang heroin.

Mengajarkan tehnik mengindar dari teman yang masih menggunakan heroin termasuk bagaimana berkata "tidak" dan "jika seseorang tetap memaksa".

Contoh bagaimana berkata "tidak":

Tidak, terimakasih

Saya enggak apa-apa, terimakasih

Saya sedang dalam pengobatan

Sudah cukup buat saya, tapi terimakasih

Saya sudah nggak bisa menikmatinya lagi

Saya sedang mengikuti terapi metadon, saya sudah tidak memerlukannya lagi.

Contoh jika seseorang "tetap memaksa":

Enggak ah, saya benar-benar tidak mau

Cukup sudah, saya sudah berhenti

Ini sudah cukup berat, mohon jangan dibuat lebih berat lagi

Enggak terimakasih, apa jadi masalah bila aku tidak mau.

Saya harus segera pergi, ada pekerjaan lain. Selamat tinggal.

Diskusikan tentang komitmen klien

Terapis melatih dua cara prioritas yang dipilih klien.

5) Terapis memberikan pujian atas komitmen dan semangat klien.

c. Fase Terminasi

1) Evaluasi

- a) Menanyakan perasaan klien setelah kegiatan.
- b) Mengevaluasi kemampuan klien mengidentifikasi cara-cara mengatasi masalah perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku agar tidak kambuh.
- c) Memberikan umpan balik positif atas kemampuan dan kerjasama klien yang baik

2) Tindak lanjut

Menganjurkan klien untuk mengidentifikasi kemampuan cara lainnya mengatasi perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku yang sudah dipelajari pada buku kerja klien dan memasukkannya kedalam jadwal kegiatan harian .

3) Kontrak yang akan datang

- a) Menyetujui topik sesi 3 pertemuan ke 4 yaitu latihan 2 cara lain mengatasi perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku lainnya.
- b) Menyetujui waktu (hari, jam dan lama pertemuan) dan tempat untuk pertemuan ke 4 yakni di ruang konseling klinik/ layanan metadon di Puskesmas dan waktu pertemuan 45 – 60 menit.

3. Evaluasi dan Dokumentasi

a. Evaluasi Kemampuan

Evaluasi dilakukan saat proses terapi berlangsung, khususnya pada tahap kerja . Aspek yang dievaluasi pada sesi 3 pertemuan ke 3 adalah klien dapat menceritakan riwayat ketergantungan dan kekambuhan, mengukur tingkat motivasi dan faktor pencetus tanda/ sinyal peringatan kekambuhan, teknik meningkatkan kesadaran diri terhadap perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku , dan mengidentifikasi manajemen tanda/ sinyal peringatan kekambuhan dan mengekspresikan perasaan setelah kegiatan.

b. Buku Kerja Klien

Catatan klien pada buku kerja tentang cara mengatasi perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku serta memilih dua cara prioritas yang akan dilatih.

c. Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki klien saat terapi pada catatan proses keperawatan. Jika klien dianggap mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti RPT sesi 3 pertemuan ke 3. Klien juga mampu mengidentifikasi cara mengatasi perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku agar tidak kambuh, dan mampu melatih 2 kemampuan cara mengatasi perubahan-perubahan tersebut, klien dapat melanjutkan pada sesi berikutnya yaitu sesi 3 pertemuan ke 4.

Jika klien dianggap belum mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti RPT sesi 3 pertemuan ke 3 klien belum mampu mengidentifikasi

cara mengatasi perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku agar tidak kambuh, serta belum mampu berlatih 2 cara mengatasi perubahan-perubahan tersebut. Klien dianjurkan berlatih diluar kegiatan terapi.

Evaluasi Kemampuan Klien
Psikoterapi Individu *Relapse Prevention Training*
Sesi 3 : Manajemen Tanda/Sinyal Peringatan Kekambuhan

Pertemuan ke 3 : Mengidentifikasi cara mengatasi perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku agar tidak kambuh dan berlatih 2 cara .

No	Aspek yang dinilai	Nilai	
		Tanggal	Tanggal
1	Menyampaikan cara - cara mengatasi perubahan pola pikir agar tidak kambuh		
2	Menuliskan cara- cara mengatasi perubahan pola pikir agar tidak kambuh pada format di buku kerja klien		
3	Menyampaikan cara-cara mengatasi perubahan perasaan agar tidak kambuh		
4	Menuliskan cara-cara mengatasi perubahan perasaan agar tidak kambuh pada format di buku kerja klien		
5	Menyampaikan cara - cara mengatasi perubahan sikap agar tidak kambuh		
6	Menuliskan cara- cara mengatasi perubahan sikap agar tidak kambuh pada format di buku kerja klien.		
8	Menyampaikan cara- cara mengatasi perubahan perilaku agar tidak kambuh		
9	Menuliskan cara-cara mengatasi perubahan perilaku agar tidak kambuh pada format di buku kerja klien.		
10	Memilih 2 cara yang akan dilatih		
11	Melakukan latihan dan memasukkannya kedalam jadwal kegiatan harian klien		
13	Menyampaikan perasaan setelah melakukan mengidentifikasi manajemen tanda/ sinyal peringatan kekambuhan tanpa menggunakan ulang heroin		
	Jumlah		

Petunjuk penilaian:

Beri nilai 1 jika : perilaku tersebut dilakukan

Beri nilai 0 jika : perilaku tersebut tidak dilakukan

SESI III : MANAJEMEN TANDA/ SINYAL PERINGATAN KEKAMBUHAN.

Pertemuan ke 4

A. Tujuan, Klien Mampu :

1. Mengidentifikasi cara mengatasi masalah perubahan pola pikir agar tidak kambuh.
2. Mengidentifikasi cara mengatasi masalah perubahan perasaan agar tidak kambuh.
3. Mengidentifikasi cara mengatasi perubahan sikap agar tidak kambuh
4. Mengidentifikasi cara mengatasi perubahan prilaku agar tidak kambuh.
5. Melakukan latihan cara mengatasi perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku (2 cara lainnya).

B. Setting

1. Pertemuan dilakukan di ruang konseling klinik/ layanan metadon di Puskesmas.
2. Suasana ruangan harus tenang.
3. Klien duduk berhadapan dengan terapis.

C. Media/Alat

1. Buku Kerja
2. Buku Raport
3. Format Evaluasi dan Dokumentasi
4. Alat tulis ; pulpen

D. Metode

1. Diskusi
2. Tanya Jawab
3. Role Play

E. Langkah – Langkah Kegiatan

1. Persiapan
 - a. Mengingatkan klien 1 jam sebelum pelaksanaan terapi.
 - b. Mempersiapkan tempat pertemuan yaitu ruang konseling klinik/layanan metadon di Puskesmas.
 - c. Mempersiapkan media/alat :

Terapis mempersiapkan format evaluasi proses, format dokumentasi, format evaluasi kegiatan mandiri klien (buku raport) dan alat tulis yaitu buku kerja dan pulpen.

2. Pelaksanaan

a. Fase Orientasi

- 1) Salam terapeutik ; Salam dari terapis.
- 2) Evaluasi/validasi:
 - c) Menanyakan bagaimana perasaan klien saat ini.
 - d) Menanyakan kegiatan yang telah dilakukan klien yaitu riwayat ketergantungan heroin, riwayat kekambuhan, matriks pengukur tingkat motivasi dan faktor pencetus/ situasi beresiko terjadi kekambuhan. Selain itu terapis menanyakan juga kegiatan yang dilakukan yaitu tehnik meningkatkan kesadaran diri klien terhadap perubahan pola pikir, perasaan sikap dan perilaku sebagai tanda peringatan kekambuhan, mengidentifikasi cara-cara mengatasi perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku lainnya dan melaksanakan latihan 2 cara yang sudah dilatih di luar kegiatan terapi.
- 3) Kontrak
 - a) Menjelaskan tujuan pertemuan yaitu:
 - (1) Klien dapat mengidentifikasi cara mengatasi perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku agar tidak kambuh dan melakukan latihan 2 cara lainnya.
 - (2) Klien diharapkan mampu mengekspresikan perasaannya setelah mengikuti kegiatan
 - b) Menyetujui lama waktu pertemuan yaitu 45 – 60 menit
 - c) Mengingatkan tata tertib kegiatan.

b. Kerja

- 1) Terapis membimbing klien untuk melakukan latihan 2 cara lainnya untuk mengatasi masalah perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku agar tidak kambuh.
- 2) Terapis meminta klien melakukan ulang (redemonstrasi) 2 cara yang sudah dilatih untuk mengatasi masalah perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku agar tidak kambuh.
- 3) Terapis memberikan umpan balik positif terhadap redemonstrasi klien.
- 4) Terapis mendiskusikan komitmen klien setelah mengetahui dan menguasai 2 cara lainnya untuk mengatasi masalah perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku agar tidak kambuh.

5) Terapis memberikan pujian atas komitmen dan semangat klien.

c. Fase Terminasi

1) Evaluasi

- a) Menanyakan perasaan klien setelah kegiatan.
- b) Mengevaluasi kemampuan klien dalam melakukan ulang 2 cara lainnya untuk mengatasi perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku agar tidak kambuh.
- c) Memberikan umpan balik positif atas kemampuan dan kerjasama klien yang baik.

2. Tindak lanjut

Menganjurkan klien untuk melatih kemampuan 2 cara lainnya yang sudah dimiliki dalam mengatasi perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku pada jadwal kegiatan harian klien.

3. Kontrak yang akan datang

- a) Menyetujui topik sesi 4 pertemuan ke 5 yaitu strategi kognitif.
- b) Menyetujui waktu (hari, jam dan lama pertemuan) dan tempat untuk pertemuan ke 5 yakni di ruang konseling klinik/ layanan metadon di Puskesmas dan waktu pertemuan 45 – 60 menit.

3. Evaluasi dan Dokumentasi

a. Evaluasi Kemampuan Klien

Evaluasi dilakukan saat proses terapi berlangsung, khususnya pada tahap kerja. Aspek yang dievaluasi pada sesi 3 pertemuan ke 4 adalah klien dapat mengidentifikasi cara mengatasi perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku agar tidak kambuh, mampu melakukan ulang 2 cara mengatasi perubahan-perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku, dan 2 cara lainnya, serta mengekspresikan perasaan setelah kegiatan.

b. Buku Kerja Klien

Klien menulis cara-cara mengatasi perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku agar tidak kambuh (2 cara lainnya), memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian klien dan melaksanakannya.

c. Dokumentasi Keperawatan.

Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki klien saat terapi pada catatan proses keperawatan. Jika klien dianggap mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti RPT sesi 3 pertemuan ke 4, klien mampu mengidentifikasi cara

mengatasi masalah perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku agar tidak kambuh, melakukan latihan 2 cara lainnya mengatasi masalah perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku agar tidak kambuh. Klien dapat melanjutkan pada sesi berikutnya yaitu sesi 4 pertemuan ke 5.

Jika klien dianggap belum mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti RPT sesi 3 pertemuan ke 4 klien belum mampu mengidentifikasi cara mengatasi masalah perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku agar tidak kambuh, melakukan latihan 2 cara lainnya mengatasi masalah perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku agar tidak kambuh. Klien dianjurkan berlatih diluar kegiatan terapi.



Evaluasi Kemampuan Klien
Psikoterapi Individu *Relapse Prevention Training*
Sesi 3 : Manajemen Tanda/Sinyal Peringatan Kekambuhan

Pertemuan ke 4 : Melatih 2 cara lainnya untuk mengatasi masalah perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku agar tidak kambuh.

No	Aspek yang dinilai	Nilai	
		Tanggal	Tanggal
1	Menyampaikan cara - cara mengatasi perubahan pola pikir agar tidak kambuh		
2	Menuliskan cara- cara mengatasi perubahan pola pikir agar tidak kambuh pada format di buku kerja klien		
3	Menyampaikan cara-cara mengatasi perubahan perasaan agar tidak kambuh		
4	Menuliskan cara-cara mengatasi perubahan perasaan agar tidak kambuh pada format di buku kerja klien		
5	Menyampaikan cara - cara mengatasi perubahan sikap agar tidak kambuh		
6	Menuliskan cara- cara mengatasi perubahan sikap agar tidak kambuh pada format di buku kerja klien.		
8	Menyampaikan cara - cara mengatasi perubahan perilaku agat tidak kambuh		
9	Menuliskan cara-cara mengatasi perubahan perilaku agar tidak kambuh pada format di buku kerja klien.		
10	Memilih 2 cara lain nya yang akan dilatih		
11	Melakukan latihan dan memasukkannya kedalam jadwal kegiatan harian klien		
12	Menyampaikan perasaan setelah melakukan mengidentifikasi manajemen tanda/ sinyal peringatan kekambuhan tanpa menggunakan ulang heroin		
	Jumlah		

Petunjuk penilaian:

Beri nilai 1 jika : perilaku tersebut dilakukan

Beri nilai 0 jika : perilaku tersebut tidak dilakukan

SESI IV : STRATEGI KOGNITIF

Pertemuan ke 5

A. Tujuan, Klien mampu :

1. Mengidentifikasi strategi kognitif saat menghadapi situasi yang beresiko terjadi kekambuhan.
2. Menceritakan kembali strategi kognitif yaitu perumpamaan koping (*coping imagery*) dalam mengatasi masalah kekambuhan.
3. Melatih melakukan 2 cara strategi kognitif (*coping imagery*).

B. Seting

1. Pertemuan dilakukan di ruang konseling klinik/ layanan metadon di Puskesmas.
2. Suasana ruangan harus tenang.
3. Klien duduk berhadapan dengan terapis.

C. Media/Alat

1. Buku Kerja
2. Buku Raport
3. Format Evaluasi dan Dokumentasi
4. Alat tulis : buku kerja dan pulpen

D. Metode

1. Diskusi dan tanya jawab.
2. Role play

E. Langkah – Langkah Kegiatan

1. Persiapan
 - a. Mengingatkan klien 1 jam sebelum pelaksanaan terapi.
 - b. Mempersiapkan tempat pertemuan yaitu ruang konseling di klinik/ layanan metadon di Puskesmas
 - c. Mempersiapkan media/alat :

Terapis mempersiapkan format evaluasi proses, format dokumentasi, format evaluasi kegiatan mandiri klien (buku raport) dan alat tulis yaitu buku kerja dan pulpen.
2. Pelaksanaan
 - a. Fase Orientasi
 - 1) Salam terapeutik ; Salam dari terapis.
 - 2) Evaluasi/validasi

- a) Menanyakan bagaimana perasaan klien saat ini.
- b) Menanyakan kegiatan yang telah dilakukan klien yaitu latihan cara-cara mengatasi masalah perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku agar tidak kambuh yang sudah dilakukan di luar sesi terapi.

3) Kontrak

- a) Menjelaskan tujuan pertemuan yaitu:
 - (1) Klien mampu melaksanakan strategi kognitif (menguji coba perumpamaan koping) dalam upaya menghadapi situasi resiko kekambuhan.
 - (2) Klien diharapkan mampu mengekspresikan perasaannya setelah mengikuti kegiatan.
- b) Menyepakati lama waktu pertemuan.
- c) Mengingatkan tata tertib kegiatan.

b. Fase Kerja

Cara I (kontrol stimulus)

- 1) Terapis menganjurkan klien untuk menghindari sumber/ faktor penyebab kekambuhan sampai klien mempunyai koping yang kuat untuk mengatasi sumber/ faktor penyebab tersebut.

"Untuk tahap awal, selama anda belum merasa kuat dengan godaan dan dorongan untuk menggunakan ulang heroin anda, sebaiknya anda menghindari sumber / faktor penyebab kambuh".

- 2) Terapis mendiskusikan cara-cara kontrol stimulus seperti : tinggal di dalam rumah, membatasi kontak komunikasi (telpon/ Hp), mintalah orang terpercaya untuk menemani anda kemanapun yang akan mengingatkan anda apabila anda lupa dan tergoda untuk menggunakan ulang heroin. Menjauhi tempat yang biasa digunakan untuk menggunakan heroin. Menghindari orang (teman yang masih aktif menggunakan heroin dan bandar).

" Cara –cara menghindari penyebab godaan untuk menggunakan ulang heroin misalnya : sementara anda membatasi pergaulan dan lebih banyak tinggal dirumah , bersama orang-orang yang mendukung pemulihan anda, tidak memegang HP, menjauhi orang, tempat dan situasi yang memungkinkan muncul godaan atau dorongan menggunakan heroin. Datang ke layanan metadon dan secepatnya pulang atau menghindari duduk-duduk

yang tidak mempunyai tujuan jelas.” Diantara cara –cara tadi, cara mana yang telah anda lakukan selama ini? Bagaimana hasilnya ?. Kalau begitu cara apa lagi yang dapat anda lakukan dalam upaya menghindari dorongan dan godaan menggunakan ulang heroin?

3) Terapis melatih tehnik cara berkata”tidak”

” Baiklah sekarang, mari kita coba bagaimana caranya menghindari dan mempraktikan cara berkata ”tidak” apabila anda berada dalam situasi bertemu teman yang masih menggunakan heroin / bandar dan mengajak anda untuk menggunakan ulang heroin”. (terapis berperan sebagai klien, dan klien berperan sebagai bandar/ teman yang mengajak untuk menggunakan ulang heroin).

”Sekarang , coba anda praktikan ulang cara yang sudah kita pelajari tadi.” Nah sekarang saya (terapis) yang menjadi bandar dan anda menjadi diri sendiri. Apa yang akan anda lakukan jika berada dalam kondisi dan situasi seperti ini?”.

4) Terapis mengajarkan tehnik yang lain yaitu mengalihkan.

” Cara lain yang dapat digunakan adalah tehnik mengalihkan, caranya anda mengalihkan dorongan dan godaan untuk menggunakan ulang heroin kepada orang yang mendukung pemulihan anda/ orang yang dapat mengalihkan anda pada pikiran untuk mengikuti dorongan dan godaan menggunakan heroin, pada aktivitas bermanfaat lain”.

” Pertama , saat timbul godaan dan dorongan menggunakan ulang heroin anda dapat mengalihkan pada aktivitas membaca novel, nonton film, bermain musik atau berenang. Menelpon teman yang mendukung pemulihan anda. Jujur mengungkapkan pada keluarga apa yang anda alami saat ini dan meminta keluarga untuk membantu anda mencari aktivitas mengalihkan pikiran . Bisa juga anda membuat buku catatan harian pada buku kerja anda.

“Diantara cara tadi, mana yang akan kita latih bersama?.

5) Terapis memberikan umpan balik positif terhadap semangat dan komitmen klien.

c. Fase Terminasi

1) Evaluasi

a) Menanyakan perasaan klien setelah kegiatan.

- b) Mengevaluasi kemampuan klien dalam melakukan strategi kognitif :
menguji coba perumpamaan koping
 - c) Memberikan umpan balik positif atas kemampuan dan kerjasama klien yang baik
- 2) Tindak lanjut
- a) Menganjurkan klien untuk mengembangkan strategi koping lainnya dalam upaya menghadapi situasi seperti yang bayangkan dalam latihan.
 - b) Meminta klien untuk memasukan kedalam jadwal harian rencana
 - c) latihan yang akan dilakukan diluar kegiatan terapi .
- 3) Kontrak yang akan datang
- a) Menyetujui sesi 4 dan topik pada pertemuan ke 6 yaitu latihan strategi kognitif yaitu keterampilan koping klien saat berimajinasi dan melihat langsung benda-benda yang memungkinkan menimbulkan dorongan untuk menggunakan ulang heroin.
 - b) Menyetujui waktu dan tempat untuk pertemuan ke 6 yakni di ruang konseling di klinik/ layanan metadon di Puskesmas dan waktu pertemuan 45- 60 menit.
3. Evaluasi dan Dokumentasi
- a. Evaluasi Kemampuan Klien
Evaluasi dilakukan saat proses terapi berlangsung, khususnya pada tahap kerja. Aspek yang dievaluasi pada sesi 4 pertemuan ke 5 adalah klien dapat menyampaikan strategi kognitif : mengujicoba perumpamaan koping kontrol stimulus menghindari dan mengalihkan serta mengekspresikan perasaan setelah kegiatan.
 - b. Buku Kerja Klien
Klien menuliskan cara-cara / tehnik strategi kognitif pada buku kerja dan melakukan latihan 2 cara strategi kognitif serta memasukannya kedalam jadwal kegiatan harian klien.
 - c. Dokumentasi Keperawatan
Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki klien saat terapi pada catatan proses keperawatan. Jika klien dianggap mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti Psikoterapi Individu RPT sesi 4 pertemuan ke 5, klien mampu menceritakan ulang, menuliskan dan melakukan ulang strategi kognitif : mengujicoba perumpamaan koping dengan tehnik kontrol stimulus:

menghindari dan mengalihkan, serta mengungkapkan perasaan setelah mengikuti kegiatan. Klien dapat melanjutkan untuk mengikuti sesi 4 pertemuan ke 6.

Jika klien dianggap belum mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti Psikoterapi Individu RPT sesi 4 pertemuan ke 6 klien belum mampu menceritakan ulang, menuliskan cara-cara melakukan strategi kognitif : mengujicoba perumpamaan koping dengan tehnik kontrol stimulus: menghindari dan mengalihkan, melakukan ulang (redemonstrasi) serta mengungkapkan perasaan setelah mengikuti kegiatan. Klien dianjurkan untuk berlatih di luar sesi kegiatan terapi.

Evaluasi Kemampuan Klien
Psikoterapi Individu *Relapse Prevention Training*
Sesi 4 : Strategi Kognitif

Pertemuan ke 5 : Strategi kognitif : mengujicoba perumpamaan koping dengan tehnik kontrol stimulus :menghindari dan mengalihkan.

No	Aspek yang dinilai	Nilai	
		Tanggal	Tanggal
1	Menceritakan kembali strategi kognitif : menghindari		
2	Menuliskan cara strategi kognitif : menghindari pada buku kerja		
3	Mendemonstrasikan cara strategi kognitif : menghindari		
4	Menceritakan kembali strategi kognitif : mengalihkan		
5	Menuliskan cara strategi kognitif : mengalihkan pada buku kerja		
6	Mendemonstrasikan cara strategi kognitif : mengalihkan.		
7	Mengungkapkan perasaan setelah mengikuti kegiatan terapi.		
	Jumlah		

Petunjuk penilaian:

1. Beri nilai 1 jika : perilaku tersebut dilakukan.
2. Beri nilai 0 jika : perilaku tersebut tidak dilakukan

SESI IV : STRATEGI KOGNITIF

Pertemuan ke 6

A. Tujuan, Klien mampu :

1. Mengidentifikasi strategi kognitif :mengujicobakan perumpamaan koping dengan tehnik imajinasi mata tertutup dan stimulus nyata.
2. Mendemonstrasikan strategi kognitif: mengujicobakan perumpamaan koping dengan tehnik imajinasi mata tertutup dan imajinasi dengan mata terbuka.

B. Setting

1. Pertemuan dilakukan di ruang konseling klinik/ layanan metadon di Puskesmas.
2. Suasana ruangan harus tenang.
3. Klien duduk berhadapan dengan terapis.

C. Media/Alat

1. Buku Kerja
2. Buku Raport
3. Format evaluasi dan Dokumentasi
4. Alat tulis ; buku kerja dan pulpen
5. Powder putih di kemas dalam kertas majalah menyerupai kemasan heroin, dan jarum suntik insulin.

D. Metode

1. Diskusi dan tanya jawab.
2. Role play

E. Langkah – Langkah Kegiatan

1. Persiapan
 - a. Mengingatkan klien 1 jam sebelum pelaksanaan terapi.
 - b. Mempersiapkan tempat pertemuan yaitu ruang konseling di klinik/ layanan metadon di Puskesmas.
 - c. Mempersiapkan media/alat :
 - 1) Terapis mempersiapkan format evaluasi proses, format dokumentasi, format evaluasi kegiatan mandiri klien (buku raport) dan alat tulis yaitu buku kerja dan pulpen.
 - 2) Mempersiapkan bahan sebagai stimulus untuk klien seperti kemasan powder putih yang menyerupai kemasan heroin dan jarum suntik insulin.

2. Pelaksanaan

a. Fase Orientasi

- 1) Salam terapeutik : Salam dari terapis.
- 2) Evaluasi/validasi
 - a) Menanyakan bagaimana perasaan klien saat ini.
 - b) Menanyakan kegiatan yang telah dilakukan klien yaitu riwayat ketergantungan heroin, riwayat kekambuhan, matrik pengukur tingkat motivasi dan faktor pencetus, tehnik meningkatkan kesadaran diri, manajemen tanda/ sinyal kekambuhan dan strategi kognitif: menghindari dan mengalihkan yang dilaksanakan diluar kegiatan terapi.
- 3) Kontrak
 - a) Menjelaskan tujuan pertemuan yaitu:
 - (1) Klien mampu melaksanakan strategi kognitif dengan mengujicoba perumpamaan koping dengan tehnik imajinasi mata tertutup dan dengan stimulus nyata (mata terbuka).
 - (2) Klien diharapkan mampu mengekspresikan perasaannya setelah kegiatan terapi
 - b) Menyepakati lama waktu pertemuan.
 - c) Mengingatnkan tata tertib kegiatan.

b. Kerja

- 1) Terapis memimpin klien untuk melakukan tahnik nafas dalam sebanyak 3 kali, kemudian klien diminta menutup mata, terapis mengajak klien untuk membayangkan situasi atau peristiwa beresiko untuk menggunakan ulang heroin, seperti melihat kemasan heroin, jarum suntik, tempat yang biasa dikunjungi saat menggunakan heroin.
- 2) Terapis dapat menambah penguatan imajinasi klien dengan memberikan cerita yang membawa klien semakin dalam membayangkan situasi/peristiwa tersebut.
- 3) Terapis meminta klien menghayati pikiran, perasaan yang timbul pada klien sebagai godaan dan dorongan untuk menggunakan ualng heroin.
- 4) Terapis mengobservasi perubahan apa yang terjadi kepada klien yang menunjukkan tanda-tanda timbulnya dorongan untuk menggunakn

heroin seperti piloereksi (berdirinya bulu roma), keringat dingin pada kening /wajah klien, nafas yang memburu.

- 5) Saat klien menunjukkan ketegangan dan kecemasan yang meningkat , terapis menganjurkan klien tarik nafas kembali 3 kali
 - 6) Terapis menganjurkan klien untuk membayangkan strategi apa yang akan dilakukan untuk menghindari dorongan dan godaan tersebut.
 - 7) Terapis menganjurkan klien buka mata, dan menanyakan rencana apa yang akan dilakukan klien apabila menghadapi situasi tersebut?
 - 8) Terapis menganjurkan klien untuk mencatat rencana-rencana strategi kognitif tersebut pada buku kerja .
 - 9) Terapis memberikan kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaan, pikiran yang muncul saat melaksanakan tehnik yang baru dilakukan
 - 10) Cara kedua: Terapis memimpin klien untuk melakukan tahnik nafas dalam sebanyak 3 kali, kemudian klien diminta untuk melihat benda-benda yang tampak didepan klien yaitu jarum suntik insul dan kemasan heroin menyerupai kemasan heroin di pasaran gelap.
 - 11) Terapis mengobservasi dengan cermat apa yang terjadi pada klien
 - 12) Terapis memotivasi klien untuk melakukan strategi koping yang sudah dipelajari selama ini saat menghadapi godaan dan dorongan menggunakan ulang heroin .
 - 13) Terapis memberikan pujian atas komitmen dan semangat klien.
- c. Fase Terminasi
- 1) Evaluasi
 - a) Menanyakan perasaan klien setelah kegiatan.
 - b) Mengevaluasi kemampuan klien dalam mengujicoba perumpamaan koping sebagai strategi kognitif mengantisipasi kekambuhan.
 - c) Memberikan umpan balik positif atas kemampuan dan kerjasama klien yang baik.
 - 2) Tindak lanjut
 - a) Menganjurkan klien untuk melakukan latihan kemampuan strategi kognitif dan memasukkannya dalam jadwal harian klien .

3) Kontrak yang akan datang

- a) Menyepakati sesi 5 dan topik pada pertemuan ke 7 yaitu Pelibatan keluarga sebagai sistem pendukung pencegahan kekambuhan klien di rumah
- b) Menyepakati waktu dan tempat untuk pertemuan ke 7 yakni di ruang konseling klinik/ layanan metadon di Puskesmas dan waktu pertemuan 45 – 60 menit.

3. Evaluasi dan Dokumentasi

a. Evaluasi Kemampuan Klien

Evaluasi dilakukan saat proses terapi berlangsung, khususnya pada tahap kerja. Aspek yang dievaluasi pada sesi 4 pertemuan ke 6 adalah klien mampu mengidentifikasi 2 cara lainnya strategi kognitif yaitu teknik imajinasi dan teknik dengan stimulus nyata (dengan mata terbuka), mendemonstrasikan kembali cara dan teknik strategi kognitif yang dilajari, dapat menyampaikan dan mengekspresikan perasaan setelah kegiatan.

b. Buku Kerja Klien

Klien menuliskan 2 cara /teknik lainnya pada buku kerja dan memasukan jadwal latihan pada kegiatan harian klien.

c. Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki klien saat terapi pada catatan proses keperawatan. Jika klien dianggap mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti RPT sesi 4 pertemuan ke 6, klien mampu mengidentifikasi 2 cara lainnya strategi kognitif yaitu teknik dengan imajinasi stimulus dan stimulus nyata, mendemonstrasikan ulang teknik strategi kognitif n strategi kognitif yaitu pengujian perumpamaan koping pada stimulus tidak nyata dan stimulus nyata dan mengekspresikan perasaan setelah kegiatan.

Jika klien dianggap belum mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti RPT sesi 4 pertemuan ke 6 klien belum mampu mengidentifikasi 2 cara /teknik strategi kognitif lainnya yaitu teknik stimulus imajinasi dengan mata tertutup dan dengan imajinasi nyata (mata terbuka) dan belum mampu mengekspresikan perasaan setelah kegiatan maka klien dianjurkan untuk berlatih kemampuan ini diluar kegiatan terapi.

**Evaluasi Kemampuan Klien
Relapse Prevention Training
Sesi 4 : Strategi Kognitif**

Pertemuan ke 6 : melakukan uji coba perumpamaan koping dengan imajinasi stimulus tidak nyata (mata tertutup) dan stimulus nyata (mata terbuka).

No	Aspek yang dinilai	Tanggal	Tanggal
		Nilai	
1	Menceritakan kembali strategi kognitif: imajinasi stimulus tidak nyata dengan mata tertutup.		
2	Meredemonstrasikan strategi kognitif : imajinasi stimulus tidak nyata dengan mata tertutup.		
3	Menceritakan kembali strategi kognitif : stimulus nyata dengan mata terbuka.		
4	Meredemonstrasikan strategi kognitif : stimulus nyata dengan mata terbuka		
5	Menyampaikan perasaan setelah mengikuti kegiatan terapi.		
Jumlah			

Petunjuk penilaian:

1. Beri nilai 1 jika : perilaku tersebut dilakukan.
2. Beri nilai 0 jika : perilaku tersebut tidak dilakukan

SESI V : PELIBATAN KELUARGA SEBAGAI SISTEM PENDUKUNG PENCEGAHAN KEKAMBUHAN

Pertemuan ke 7

A. Tujuan, keluarga mampu :

1. Mengidentifikasi perannya sebagai sistem pendukung pencegahan kekambuhan klien di rumah.
2. Melakukan peran sebagai sistem pendukung pencegahan kekambuhan klien.

B. Setting

1. Pertemuan dilakukan di ruang konseling klinik/layanan metadon di Puskesmas.
2. Suasana ruangan harus tenang.
3. Keluarga duduk berhadapan dengan terapis.

C. Media/Alat

1. Format evaluasi proses.
2. Format dokumentasi.
3. Format evaluasi kegiatan mandiri keluarga (buku raport).
4. Alat tulis ; buku kerja dan pulpen

D. Metode

1. Diskusi dan tanya jawab.
2. Role play

E. Langkah – Langkah Kegiatan

1. Persiapan

- a. Mengingatkan keluarga 1 jam sebelum pelaksanaan terapi.
- b. Mempersiapkan tempat pertemuan yaitu ruang konseling klinik/ layanan metadon di Puskesmas.

c. Mempersiapkan media/ alat :

Terapis mempersiapkan format evaluasi proses, format dokumentasi, format evaluasi kegiatan mandiri keluarga (buku raport) dan alat tulis yaitu : pulpen.

2. Pelaksanaan

a. Orientasi

1). Salam terapeutik : salam dari terapis

2). Evaluasi / Validasi

- a). Menanyakan bagaimana perasaan keluarga saat ini
 - b). Menanyakan kepada keluarga perasaan dan beban yang dirasakan dalam merawat klien ketergantungan heroin yang menjalani Program terapi Rumatan Metadon (PTRM).
- 3). Kontrak
- a). Menjelaskan tujuan pertemuan yaitu :
 Keluarga diharapkan mampu mengidentifikasi peran yang dapat dilakukan untuk mencegah kekambuhan anggota keluarganya (klien)
 - (b). Menyepakati lama waktu pertemuan
 - (c). Menjelaskan tata tertib kegiatan.
- b. Fase Kerja
- 1). Terapis memotivasi keluarga untuk :
 - a). Menyampaikan perasaannya melakukan perawatan pada anggota keluarga yang mengalami masalah ketergantungan heroin.
 - b). Menyampaikan bebannya yang berhubungan dengan perawatan pada anggota keluarganya yang mengalami masalah ketergantungan heroin.
 - 2). Terapis memberi penjelasan mengenai sesi pelaksanaan terapi yang sudah dilaksanakan oleh klien kepada keluarga.
 - 3). Terapis mendiskusikan dengan keluarga riwayat ketergantungan heroin, riwayat kekambuhan, tingkat motivasi berubah klien dan faktor pencetus klien mengalami kekambuhan.
 - 4). Terapis memberikan kesempatan keluarga untuk bertanya hal yang belum jelas.
 - 5). Terapis membimbing keluarga perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku klien menjelang kekambuhan.
 - 6). Terapis mendiskusikan bersama klien cara- cara untuk mengatasi perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku kekambuhan klien.
 - 7). Terapis melatih 2 kemampuan keluarga dalam upaya membantu mencegah kekambuhan pada klien yaitu membantu menghindarkan dan mengalihkan klien dari stimulus menggunakan ulang heroin.
 - 8). Terapis meminta keluarga untuk meredemonstrasi 2 cara yang sudah dilatih.
 - 9). Terapis memberikan pujian kepada keluarga atas semangat dan kerja sama yang baik.

c. Fase terminasi

1). Evaluasi

- a). Menanyakan perasaan keluarga setelah kegiatan
- b). Mengevaluasi kemampuan keluarga menyampaikan perasaannya setelah mengikuti kegiatan terapi.
- c). Mengevaluasi kemampuan klien dalam meredemonstrasikan 2 cara yang sudah dilatih.
- d). Memberikan umpan balik positif atas kemampuan keluarga meredemonstrasikan 2 cara yang sudah dilatih.

2). Tindak Lanjut

Menganjurkan keluarga untuk berlatih 2 cara yang sudah dikuasainya dan masukan dalam jadwal kegiatan harian untuk mencegah kekambuhan pada klien.

3. Evaluasi dan Dokumentasi

- a. Evaluasi Kemampuan Keluarga
- b. Buku Kerja keluarga
- c. Dokumentasi Keperawatan.

**Evaluasi Kemampuan Keluarga
Relapse Prevention Training**

**Sesi 5 : Pelibatan keluarga sebagai sistem pendukung pencegahan
kekambuhan**

**Pertemuan ke 7: mengidentifikasi peran keluarga dalam upaya pencegahan
kekambuhan pada klien serta latihan 2 cara mencegah kekambuhan.**

No	Aspek yang dinilai	Nilai	
		Tanggal	Tanggal
1	Mengungkapkan perasaan		
2	Mengungkapkan beban dalam perawatan klien di rumah selama ini		
3	Menceritakan kembali faktor pencetus terjadi perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku kekambuhan pada klien(anggota keluarganya)		
4	Menceritakan kembali peran yang dapat dilakukan keluarga dalam mendukung pencegahan kekambuhan di rumah.		
5	Melakukan redemonstrasi 2 cara melakukan perawatan pencegahan kekambuhan klien di rumah		
7	Menyampaikan perasaan setelah menceritakan pengalaman yang menyenangkan pada waktu perayaan hari raya agama bersama keluarga.		
	Jumlah		

Petunjuk penilaian:

1. Beri nilai 1 jika : perilaku tersebut dilakukan.
2. Beri nilai 0 jika : perilaku tersebut tidak dilakukan

SESI V : PELIBATAN KELUARGA SEBAGAI SISTEM PENDUKUNG

Pertemuan ke 8

A. Tujuan, keluarga mampu :

1. Mengidentifikasi peran yang dapat dilakukan untuk mendukung proses pencegahan kekambuhan klien.
2. Meredemonstrasikan 2 cara lainnya dalam mendukung pencegahan kekambuhan klien.

B. Setting

1. Pertemuan dilakukan di ruang konseling klinik/layanan metadon di puskesmas.
2. Suasana ruangan harus tenang.
3. Keluarga duduk berhadapan dengan terapis.

C. Media/Alat

1. Format evaluasi proses.
2. Format dokumentasi.
3. Format evaluasi kegiatan mandiri keluarga (buku raport).
4. Alat tulis ; buku kerja dan pulpen

D. Metode

1. Diskusi dan tanya jawab.
2. Role play

E. Langkah – Langkah Kegiatan

1. Persiapan

- a. Mengingatkan klien 1 jam sebelum pelaksanaan terapi.
- b. Mempersiapkan tempat pertemuan yaitu ruang konseling klinik/layanan metadon di puskesmas .
- c. Mempersiapkan media/alat :
Terapis mempersiapkan format evaluasi proses, format dokumentasi, format evaluasi kegiatan mandiri klien (buku raport) dan alat tulis yaitu buku kerja dan pulpen.

2. Pelaksanaan

- a. Fase Orientasi
 - 1). Salam terapeutik : Salam dari terapis.

2). Evaluasi/validasi

- a). Menanyakan bagaimana perasaan keluarga saat ini.
- b). Menanyakan kegiatan yang telah dilakukan keluarga yaitu melakukan 2 cara peran pencegahan kekambuhan yang dilaksanakan di rumah diluar kegiatan terapi.

3).Kontrak

- a). Menjelaskan tujuan pertemuan yaitu:
Keluarga diharapkan mampu melakukan 2 cara lainnya dalam mendukung pencegahan kekambuhan pada klien (anggota keluarganya).
- b). Menyepakati lama waktu pertemuan.
- c). Mengingatkan tata tertib kegiatan.

b. Fase Kerja

- 1). Terapis menjelaskan 2 cara lainnya yang dapat dilakukan keluarga dalam upaya mendukung pencegahan kekambuhan pada klien.
- 2). Terapis membimbing keluarga dalam melakukan latihan 2 cara lainnya yang dapat dilakukan keluarga dalam upaya mendukung pencegahan kekambuhan pada klien.
- 3). Terapis meminta keluarga untuk meredemonstrasikan 2 cara yang baru saja dilatih.
- 4). Terapis memberikan umpan balik positif mengenai redemonstrasi yang dilakukan keluarga .
- 5). Terapis menanyakan komitmen keluarga setelah mengetahui 2 cara lainnya untuk upaya mendukung pencegahan kekambuhan pada klien.
- 6). Terapis memberikan pujian terhadap semangat dan komitmen keluarga

c.Fase Terminasi

- 1). Evaluasi
 - a). Menanyakan perasaan keluarga setelah kegiatan.
 - b). Mengevaluasi kemampuan keluarga dalam melakukan 2 cara lainnya pencegahan kekambuhan pada klien di rumah.
 - c). Memberikan umpan balik positif atas kemampuan dan kerjasama keluarga yang baik.

2). Tindak lanjut

Menganjurkan keluarga untuk melakukan cara-cara yang sudah dilatih dalam kehidupan sehari-hari dan memasukkannya ke dalam jadwal kegiatan harian keluarga.

3). Kontrak yang akan datang

a). Menyetujui sesi 5 dan topik pada pertemuan ke 9 yaitu evaluasi pencapaian kemampuan latihan pencegahan kekambuhan

b). Menyetujui waktu (tanggal, jam lama pertemuan) dan tempat untuk pertemuan ke 9 yakni di ruang konseling klinik/layanan metadon di Puskesmas dan waktu pertemuan 45-60 menit.

3. Evaluasi dan Dokumentasi

a. Evaluasi Kemampuan Keluarga

Evaluasi dilakukan saat proses terapi berlangsung, khususnya pada tahap kerja. Aspek yang dievaluasi pada sesi 4 pertemuan ke 8 adalah keluarga dapat menceritakan 2 cara/peran lainnya yang dapat dilakukan untuk pencegahan kekambuhan pada klien di rumah dan mengekspresikan perasaan setelah kegiatan.

b. Buku Kerja Keluarga

Keluarga menulis 2 cara/peran lainnya yang dapat dilakukan dalam upaya mendukung pencegahan kekambuhan klien di rumah pada buku kerja, dan memasukan jadwal melakukan peran-peran/ cara-cara yang sudah dilatih dalam jadwal kegiatan harian keluarga untuk mendukung pencegahan kekambuhan klien.

c. Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki keluarga saat terapi pada catatan proses keperawatan. Jika keluarga dianggap mampu, maka catatan keperawatan adalah keluarga mengikuti RPT sesi 4 pertemuan ke 8, keluarga mampu mengungkapkan perasaan, menceritakan 2 cara/peran lainnya yang dapat dilakukan dalam upaya pencegahan kekambuhan klien di rumah, meredemonstrasikan 2 cara lainnya dalam upaya pencegahan kekambuhan pada klien di rumah, mengungkapkan komitmen selanjutnya yang akan dilakukan di rumah dalam upaya mendukung pencegahan kekambuhan pada klien, dan mengekspresikan perasaan setelah kegiatan.

Jika keluarga dianggap belum mampu, maka catatan keperawatan adalah keluarga mengikuti RPT sesi 4 pertemuan ke 8 keluarga belum mampu mengungkapkan perasaan, belum mampu menceritakan 2 cara lainnya yang dapat dilakukan dalam upaya pencegahan kekambuhan pada klien, belum mampu meredemonstrasikan 2 cara lainnya dalam melakukan dukungan pencegahan kekambuhan pada klien, belum mampu menyampaikan komitmen selanjutnya dalam upaya melakukan dukungan pencegahan kekambuhan di rumah, dan berlatih 2 cara lainnya diluar kegiatan terapi.

**Evaluasi Kemampuan Keluarga
Relapse Prevention Training**

**Sesi 5 : Pelibatan keluarga sebagai sistem pendukung pencegahan
kekambuhan**

Pertemuan ke 8: mengidentifikasi 2 cara lain dan meredemonstrasikan nya.

No	Aspek yang dinilai	Nilai	
		Tanggal	Tanggal
1	Mengungkapkan perasaan		
2	Menyampaikan 2 cara lainnya dalam mendukung pencegahan kekambuhan klien di rumah		
3	Meredemonstrasikan 2 cara lainnya dalam mendukung pencegahan kekambuhan klien di rumah.		
4	Menyampaikan komitmen		
5	Menyampaikan perasaan setelah menceritakan pengalaman yang menyenangkan bersama tetangga yang paling disenangi.		
	Jumlah		

Petunjuk penilaian:

1. Beri nilai 1 jika : perilaku tersebut dilakukan.
2. Beri nilai 0 jika : perilaku tersebut tidak dilakukan

SESI VI : EVALUASI

Pertemuan ke 9

A. Tujuan

1. Klien mampu menyampaikan perasaannya setelah mengikuti kegiatan RPT dari sesi 1 sampai sesi 4.
2. Klien mampu menyebutkan manfaat yang diperoleh (dirasakan) klien setelah mengikuti kegiatan RPT dari sesi 1 sampai sesi 4.
3. Klien mampu menyampaikan harapannya setelah kegiatan terapi.
4. Klien mampu menyampaikan rencana tujuan yang akan dicapai setelah kegiatan terapi.

B. Setting

1. Pertemuan dilakukan di ruang konseling klinik/ layanan metadon di Puskesmas .
2. Suasana ruangan harus tenang.
3. Klien duduk berhadapan dengan terapis.

C. Media/Alat

1. Format evaluasi proses.
2. Format dokumentasi.
3. Format evaluasi kegiatan mandiri klien (buku raport).
4. Alat tulis ; buku kerja dan pulpen

D. Metode

1. Diskusi dan tanya jawab.

E. Langkah – Langkah Kegiatan

1. Persiapan

- a. Mengingatkan klien 1 jam sebelum pelaksanaan terapi.
- b. Mempersiapkan tempat pertemuan yaitu ruang konseling klinik/ layanan metadon di Puskesmas.

c. Mempersiapkan media/alat :

Terapis mempersiapkan format evaluasi proses, format dokumentasi, format evaluasi kegiatan mandiri klien (buku raport) dan alat tulis yaitu buku kerja dan pulpen.

2. Pelaksanaan

a. Orientasi

- 1) Salam terapeutik ; Salam dari terapis.

2) Evaluasi/validasi

- a) Menanyakan bagaimana perasaan klien saat ini.
- b) Menanyakan kegiatan yang telah dilakukan klien yaitu riwayat ketergantungan heroin, riwayat kekambuhan, remaja, masa dewasa dan faktor pencetus kekambuhan, teknik meningkatkan kesadaran diri klien, manajemen tanda/ sinyal peringatan kekambuhan dan strategi kognitif, peran dan dukungan keluarga di rumah dilaksanakan diluar kegiatan terapi.

3) Kontrak

- a) Menjelaskan tujuan pertemuan yaitu:
 - (1) Klien diharapkan mampu menyampaikan perasaannya setelah mengikuti kegiatan RPT dari sesi 1 sampai sesi 4.
 - (2) Klien diharapkan mampu menyampaikan manfaat yang diperoleh (dirasakan) setelah mengikuti kegiatan RPT
 - (3) Klien diharapkan mampu menyampaikan harapannya setelah kegiatan RPT
 - (4) Klien diharapkan mampu menyampaikan rencana tujuan yang ingin dicapai setelah kegiatan RPT
- b) Menyepakati lama waktu pertemuan.
- c) Mengingatkan tata tertib kegiatan.

b. Fase Kerja

1) Terapis memotivasi klien untuk :

- a) Menyampaikan perasaannya setelah mengikuti kegiatan RPT dari sesi 1 sampai sesi 4 ; perasaan senang, gembira, suka.
- b) Menyampaikan manfaat yang diperoleh (dirasakan) setelah mengikuti kegiatan RPT ; merasa puas dengan kehidupan, merasa berguna, berharga, memiliki semangat hidup dan mempunyai banyak teman.
- c) Menyampaikan harapannya setelah kegiatan RPT yaitu akan melakukan kegiatan yang sama dengan anggota keluarga lainnya.
- d) Menyampaikan rencana tujuan yang ingin dicapai setelah kegiatan RPT yaitu berkomitmen untuk berkomitmen mencegah kekambuhan mengingat akibat yang mungkin muncul : faktor kesehatan, hukum, kehilangan orang-orang terkasih dan lain-lain.

- 2) Terapis memberikan penguatan atas manfaat RPT untuk mencegah kejadian kekambuhan , meningkatkan harapan klien dan meningkatkan kepercayaan diri klien dalam emnagntisifasi situasi resiko terjadi kekambuhan dimasa yang akan datang .
- 3) Terapis memotivasi klien untuk melakukan kegiatan yang sama dengan bantuan keluarga meskipun kegiatan terapi telah selesai dilaksanakan.
- 4) Terapis memberikan pujian atas komitmen dan semangat klien.
- 5) Melakukan terminasi dengan klien .

c. Fase Terminasi

1) Evaluasi

- a) Menanyakan perasaan klien setelah kegiatan terapi selesai.
- b) Mengevaluasi kemampuan klien menyampaikan perasaannya setelah mengikuti kegiatan RPT dari sesi 1 sampai sesi 4.
- c) Mengevaluasi kemampuan klien menyampaikan manfaat yang diperoleh (dirasakan) setelah mengikuti kegiatan RPT.
- e) Mengevaluasi kemampuan klien menyampaikan harapannya setelah kegiatan RPT .
- d) Mengevaluasi kemampuan klien menyampaikan rencana tujuan yang ingin dicapai setelah kegiatan RPT
- e) Memberikan umpan balik positif atas kemampuan yang telah dicapai klien.

2) Tindak lanjut

- a) Menganjurkan klien untuk melakukan kegiatan yang sama meskipun kegiatan terapi telah selesai dilaksanakan.
- b) Memberikan tindak lanjut pada perawat di puskesmas untuk melakukan evaluasi dan monitoring kegiatan yang telah dicapai klien.

3. Evaluasi dan Dokumentasi

a. Evaluasi Proses

Evaluasi dilakukan saat proses terapi berlangsung, khususnya pada tahap kerja. Aspek yang dievaluasi pada sesi 5 pertemuan ke 9 adalah klien dapat menyampaikan menyampaikan perasaannya setelah mengikuti kegiatan RPT dari sesi 1 sampai sesi 4, menyampaikan manfaat yang diperoleh (dirasakan) setelah mengikuti RPT , klien menyampaikan harapannya sctclah kegiatan RPT

dan klien menyampaikan rencana tujuan yang ingin dicapai setelah kegiatan RPT

b. Dokumentasi

Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki klien saat terapi pada catatan proses keperawatan. Jika klien dianggap mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti RPT sesi 5 pertemuan ke 9, klien mampu menyampaikan pengalaman sesi 1 sampai 4, mampu mengungkapkan perasaan, menyampaikan manfaat yang diperoleh (dirasakan) setelah kegiatan terapi, harapan klien setelah kegiatan terapi dan rencana tujuan yang ingin dicapai setelah kegiatan terapi.

Jika klien dianggap belum mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti RPT sesi 5 pertemuan ke 9 klien belum mampu mengungkapkan perasaan, belum mampu menyampaikan pengalaman pada sesi 1 sampai 4, belum mampu menyampaikan manfaat yang diperoleh (dirasakan) setelah kegiatan terapi, harapan klien setelah kegiatan terapi dan rencana tujuan yang ingin dicapai setelah kegiatan terapi. dianjurkan klien untuk menepatkan perawatan psikososial lebih lanjut dari tenaga perawat yang ada di puskesmas.

Format Evaluasi dan Dokumentasi Proses RPT.

**Format Evaluasi dan Dokumentasi
Relapse Prevention Training
Sesi 6 : Evaluasi**

Pertemuan ke 9

No	Aspek yang dinilai	Nilai	
		Tanggal	Tanggal
1	Menceritakan riwayat ketergantungan heroin, riwayat kekambuhan, matrik pengukur tingkat motivasi berubah dan faktor pencetus terjadinya kekambuhan.		
2	Menuliskan riwayat ketergantungan heroin, riwayat kekambuhan, matrik pengukur tingkat motivasi berubah dan faktor pencetus terjadinya kekambuhan		
3	Menceritakan tehnik meningkatkan kesadaran diri melalui identifikasi perubahan –perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku tanda peringatan kekambuhan		
4	Menuliskan tehnik meningkatkan kesadaran diri melalui identifikasi perubahan –perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku tanda peringatan kekambuhan		
5	Menceritakan cara-cara mengatasi masalah (manajemen) akibat perubahan pola pikir		
6	Menuliskan cara-cara mengatasi masalah (manajemen) akibat perubahan pola pikir tanpa menggunakan ulang heroin.		
8	Menceritakan cara-cara mengatasi masalah (manajemen) akibat perubahan perasaan tanpa menggunakan ulang heroin.		
9	Menuliskan cara-cara mengatasi masalah (manajemen) akibat perubahan perasaan tanpa menggunakan ulang heroin		
10	Menceritakan cara-cara mengatasi masalah (manajemen) akibat perubahan sikap tanpa menggunakan ulang heroin.		
11	Menuliskan cara-cara mengatasi masalah (manajemen) akibat perubahan sikap tanpa menggunakan ulang heroin.		
12	Menceritakan cara-cara mengatasi masalah (manajemen) akibat perubahan perilaku tanpa menggunakan ulang heroin		
13	Mendemonstrasikan manajemen perubahan pola pikir tanpa menggunakan ulang heroin		
14	Mendemonstrasikan manajemen perubahan perasaan tanpa menggunakan ulang heroin		
15	Mendemonstrasikan manajemen perubahan perasaan tanpa menggunakan ulang heroin		

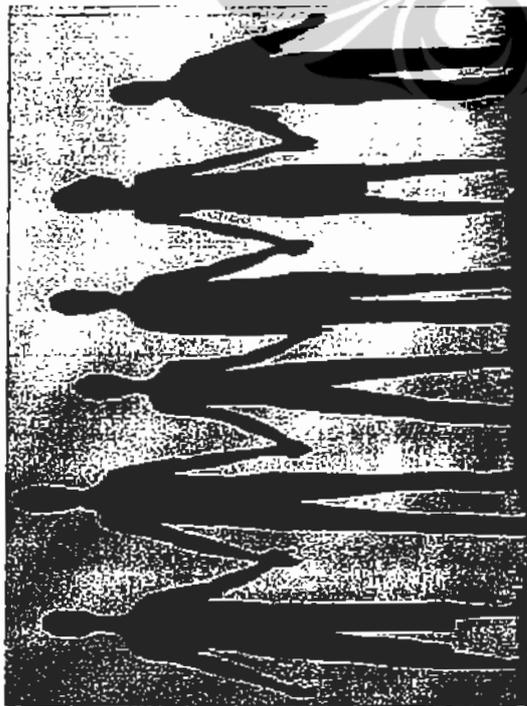
16	Mendemonstrasikan manajemen perubahan sikap tanpa menggunakan ulang heroin		
17	Mendemonstrasikan manajemen perubahan perilaku tanpa menggunakan ulang heroin		
18	Menyampaikan perasaan setelah melakukan mengidentifikasi manajemen tanda/ sinyal peringatan kekambuhan tanpa menggunakan ulang heroin		
19	Mampu meredemonstrasikan strategi kognitif terhadap stimulus dengan mata tertutup terhadap situasi resiko terjadi kekambuhan		
20	Mendemonstrasikan strategi kognitif terhadap stimulus nyata (mata terbuka) terhadap situasi resiko terjadi kekambuhan		
21	Mengungkapkan perasaan setelah mengikuti kegiatan terapi dari sesi 1 sampai 4		
22	Mengungkapkan manfaat setelah mengikuti sesi 1- 4 RPT		
23	Mengungkapkan rencana yang akan datang setelah RPT ini berakhir		
24	Mengungkapkan komitmen setelah RPT berakhir		
	Jumlah		

Petunjuk penilaian:

1. Beri nilai 1 jika : perilaku tersebut dilakukan.
2. Beri nilai 0 jika : perilaku tersebut tidak dilakukan



BUKU KERJA
RELAPSE PREVENTION TRAINING
 (Latihan Pencegahan Kekambuhan)



PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
 2010



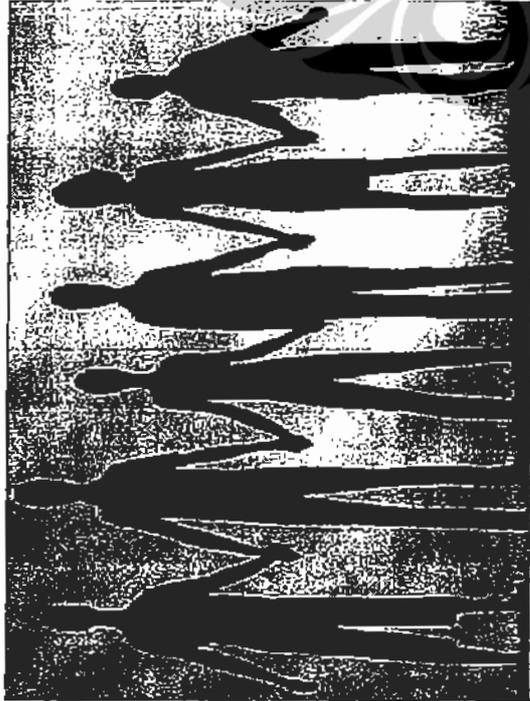
BUKU RAPORT
RELAPSE PREVENTION TRAINING
 (Latihan Pencegahan Kekambuhan)

Nama Klien	:
Usia	:
Puskesmas	:

PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
 2010



BUKU RAPORT
RELAPSE PREVENTION TRAINING
 (Latihan Pencegahan Kekambuhan)



PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
 2010



BUKU RAPORT
RELAPSE PREVENTION TRAINING
 (Latihan Pencegahan Kekambuhan)

Nama Klien	:
Usia	:
Puskesmas	:

PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
 2010

EVALUASI KEMAMPUAN KLIEN

Evaluasi Kemampuan Klien

Psikoterapi Individu Relapse Prevention Training

Sesi 1 : Mengkaji riwayat ketergantungan heroin, riwayat kekambuhan , matrik pengukur tingkat berubah serta faktor pencetus/situasi beresiko terjadi kekambuhan.

Pertemuan 1

NO	Aspek yang dinilai	Tanggal	
1	Mengungkapkan perasaan		
2	Menceritakan riwayat ketergantungan heroinnya		
3	Menuliskan riwayat ketergantungan heroinnya pada kolom riwayat ketergantungan heroin.		
4	Menceritakan riwayat kekambuhan yang terjadi di masa lalu.		
5	Menuliskan riwayat kekambuhan di masa lalu pada kolom riwayat kekambuhan		
6	Mengisi matrik pengukur tingkat motivasi berubah secara penuh dan tidak ada yang di kosongkan.		
7	Menceritakan faktor-faktor pencetus terjadi kekambuhan		
8	Menuliskan faktor-faktor pencetus terjadi kekambuhan di kolom/ format yang disediakan.		
9	Mengungkapkan perasaan setelah mengikuti sesi terapi.		
	Jumlah		

Petunjuk penilaian:

- a. Beri nilai 1 jika : perilaku tersebut dilakukan
- b. Beri nilai 0 jika : perilaku tersebut tidak dilakukan

Evaluasi Kemampuan Klien

Psikoterapi Individu Relapse Prevention Training

Sesi 2 : Tehnik Meningkatkan Kesadaran Diri terhadap perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku tunda peringatan kekambuhan.

Pertemuan ke 2

No	Aspek yang dinilai	Tanggal	
1	Mengungkapkan perasaan		
2	Menceritakan pola pikir yang terjadi dalam keadaan bersih tanpa heroin.		
3	Menuliskan pola pikir yang terjadi tersebut pada buku kerja		
4	Menceritakan perasaan yang terjadi dalam keadaan bersih tanpa heroin.		
5	Menuliskan perasaan klien tersebut pada buku kerja.		
6	Menceritakan sikap klien yang terjadi dalam keadaan bersih tanpa heroin.		
7	Menuliskan sikap klien yang terjadi dalam keadaan bersih tanpa heroin.		
8	Menceritakan perilaku klien yang terjadi dalam keadaan bersih tanpa heroin.		
9	Menuliskan perilaku klien yang terjadi dalam keadaan bersih tanpa heroin.		
10	Menceritakan pola pikir menjelang kekambuhan.		
11	Menuliskan pola pikir menjelang kekambuhan pada buku kerja.		
12	Menceritakan perasaan menjelang kekambuhan.		
13	Menuliskan perasaan menjelang kekambuhan di buku kerja		
14	Menceritakan sikap klien yang terjadi dalam keadaan bersih tanpa heroin.		
15	Menuliskan sikap klien menjelang kekambuhan pada buku kerja.		
16	Menceritakan perilaku klien yang terjadi dalam keadaan bersih tanpa heroin.		
17	Menuliskan perilaku klien menjelang kekambuhan di buku kerja.		
18	Menceritakan perbedaan/ perubahan pola pikir yang terjadi antara dalam keadaan bersih tanpa heroin dengan menjelang kekambuhan.		
19	Menuliskan perbedaan/ perubahan pola pikir tersebut pada format yang disediakan di buku kerja klien.		
20	Menceritakan perbedaan/ perubahan perasaan yang terjadi antara dalam keadaan bersih tanpa heroin dengan menjelang kekambuhan		

Evaluasi Kemampuan Klien
 Psikoterapi Individu *Relapse Prevention Training*
 Sesi 3 : Manajemen Tanda/Sinyal Peringatan Kekambuhan

Pertemuan ke 4 : Melalui 2 cara lainnya untuk mengatasi masalah perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku agar tidak kambuh.

No	Aspek yang dinilai	Tanggal
1	Menyampaikan cara - cara mengatasi perubahan pola pikir agar tidak kambuh	
2	Menuliskan cara- cara mengatasi perubahan pola pikir agar tidak kambuh pada format di buku kerja klien	
3	Menyampaikan cara-cara mengatasi perubahan perasaan agar tidak kambuh	
4	Menuliskan cara-cara mengatasi perubahan perasaan agar tidak kambuh pada format di buku kerja klien	
5	Menyampaikan cara - cara mengatasi perubahan sikap agar tidak kambuh	
6	Menuliskan cara- cara mengatasi perubahan sikap agar tidak kambuh pada format di buku kerja klien.	
7	Menyampaikan cara - cara mengatasi perubahan perilaku agar tidak kambuh	
8	Menuliskan cara-cara mengatasi perubahan perilaku agar tidak kambuh pada format di buku kerja klien.	
9	Memilih 2 cara lain nya yang akan dilatih	
10	Melakukan latihan dan memasukannya kedalam jadwal kegiatan harian klien	
11	Menyampaikan perasaan setelah melakukan mengidentifikasi manajemen tanda/ sinyal peringatan kekambuhan tanpa menggunakan ulang heroin	
	Jumlah	

Petunjuk penilaian:

Beri nilai 1 jika : perilaku tersebut dilakukan

Beri nilai 0 jika : perilaku tersebut tidak dilakukan

Evaluasi Kemampuan Klien
 Psikoterapi Individu *Relapse Prevention Training*
 Sesi 4 : Strategi Kognitif

Pertemuan ke 5 : Strategi kognitif : menguji coba perumpamaan kopling dengan tetralak kontrol stimulus : menghindari dan mengalihkan.

No	Aspek yang dinilai	Tanggal
1	Menceritakan kembali strategi kognitif : menghindari	
2	Menuliskan cara strategi kognitif : menghindari pada buku kerja	
3	Memdemonstrasikan cara strategi kognitif : menghindari	
4	Menceritakan kembali strategi kognitif : mengalihkan	
5	Menuliskan cara strategi kognitif : mengalihkan pada buku kerja	
6	Memdemonstrasikan cara strategi kognitif : mengalihkan.	
7	Mengungkapkan perasaan setelah mengikuti kegiatan terapi.	
	Jumlah	

Petunjuk penilaian:

Beri nilai 1 jika : perilaku tersebut dilakukan.

Beri nilai 0 jika : perilaku tersebut tidak dilakukan.

Evaluasi Kemampuan Klien
Relapse Prevention Training
Sesi 4 : Strategi Kognitif

Pertemuan ke 6 : melakukan uji coba perumpamaan kopling dengan imajinasi stimulus tidak nyata (mata tertutup) dan stimulus nyata (mata terbuka).

No	Aspek yang dinilai	Tanggal
1	Menceritakan kembali strategi kognitif: imajinasi stimulus tidak nyata dengan mata tertutup.	
2	Meredemonstrasikan strategi kognitif : imajinasi stimulus tidak nyata dengan mata tertutup.	
3	Menceritakan kembali strategi kognitif : stimulus nyata dengan mata terbuka.	
4	Meredemonstrasikan strategi kognitif : stimulus nyata dengan mata terbuka	
5	Menyampaikan perasaan setelah mengikuti kegiatan terapi.	
	Jumlah	

Petunjuk penilaian:

1. Beri nilai 1 jika : perilaku tersebut dilakukan.
2. Beri nilai 0 jika : perilaku tersebut tidak dilakukan

Evaluasi Kemampuan Keluarga
Relapse Prevention Training

Sesi 5 : Pelibatan keluarga sebagai sistem pendukung pencegahan kekambuhan
Pertemuan ke 7: mengidentifikasi peran keluarga dalam upaya pencegahan kekambuhan pada klien serta latihan 2 cara mencegah kekambuhan.

No	Aspek yang dinilai	Tanggal
1	Mengungkapkan perasaan	
2	Mengungkapkan beban dalam perawatan klien di rumah selama ini	
3	Menceritakan kembali faktor pemicu terjadi perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku kekambuhan pada klien(anggota keluarganya)	
4	Menceritakan kembali peran yang dapat dilakukan keluarga dalam mendukung pencegahan kekambuhan di rumah.	
5	Melakukan , redemonstrasi 2 cara melakukan perawatan pencegahan kekambuhan klien di rumah	
6	Menyampaikan perasaan setelah menceritakan pengalaman yang menyenangkan pada waktu perayaan hari raya agama bersama keluarga.	
	Jumlah	

Petunjuk penilaian:

1. Beri nilai 1 jika : perilaku tersebut dilakukan.
2. Beri nilai 0 jika : perilaku tersebut tidak dilakukan

Evaluasi Kemampuan Keluarga
Relapse Prevention Training

Sesi 5 : Pelibatan keluarga sebagai sistem pendukung pencegahan kekambuhan
Pertemuan ke 8: mengidentifikasi 2 cara lain dan meredemonstrasikannya.

No	Aspek yang dinilai	Tanggal	
1	Mengungkapkan perasaan		
2	Menyampaikan 2 cara lainnya dalam mendukung pencegahan kekambuhan klien di rumah		
3	Meredemonstrasikan 2 cara lainnya dalam mendukung pencegahan kekambuhan klien di rumah.		
4	Menyampaikan komitmen		
5	Menyampaikan perasaan setelah menceritakan pengalaman yang menyenangkan bersama tetangga yang paling disenangi.		
	Jumlah		

Petunjuk penilaian:

- Beri nilai 1 jika : perilaku tersebut dilakukan.
- Beri nilai 0 jika : perilaku tersebut tidak dilakukan

Format Evaluasi dan Dokumentasi
Relapse Prevention Training
Sesi 6 : Evaluasi

Pertemuan ke 9

No	Aspek yang dinilai	Tanggal	
1	Menceritakan riwayat ketergantungan heroin, riwayat kekambuhan, matrik pengukur tingkat motivasi berubah dan faktor pemicu terjadinya kekambuhan.		
2	Menuliskan riwayat ketergantungan heroin, riwayat kekambuhan, matrik pengukur tingkat motivasi berubah dan faktor pemicu terjadinya kekambuhan		
3	Menceritakan tehnik meningkatkan kesadaran diri melalui identifikasi perubahan –perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku landa peringatan kekambuhan		
4	Menuliskan tehnik meningkatkan kesadaran diri melalui identifikasi perubahan – perubahan pola pikir, perasaan, sikap dan perilaku landa peringatan kekambuhan		
5	Menceritakan cara-cara mengatasi masalah (manajemen) akibat perubahan pola pikir		
6	Menuliskan cara-cara mengatasi masalah (manajemen) akibat perubahan pola pikir tanpa menggunakan ulang heroin.		
7	Menceritakan cara-cara mengatasi masalah (manajemen) akibat perubahan perasaan tanpa menggunakan ulang heroin.		
8	Menuliskan cara-cara mengatasi masalah (manajemen) akibat perubahan perasaan tanpa menggunakan ulang heroin		
9	Menceritakan cara-cara mengatasi masalah (manajemen) akibat perubahan sikap tanpa menggunakan ulang heroin.		
10	Menuliskan cara-cara mengatasi masalah (manajemen) akibat perubahan sikap tanpa menggunakan ulang heroin.		
11	Menceritakan cara-cara mengatasi masalah (manajemen) akibat perubahan perilaku tanpa menggunakan ulang heroin		
12	Mendemonstrasikan manajemen perubahan pola pikir tanpa menggunakan ulang heroin		
13	Mendemonstrasikan manajemen perubahan perasaan tanpa menggunakan ulang heroin		
14	Mendemonstrasikan manajemen perubahan		



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Pengaruh *Relapse Prevention Training* terhadap Kepatuhan dan Kekambuhan Klien Ketergantungan Heroin yang Menjalani Program Terapi Rumatan Metadon di DKI Jakarta.

Nama peneliti utama : **Dewi Sartika**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 17 Mei 2010

Dekan,

Ketua,

Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP.19520601 197411 2 001

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 0

KETERANGAN LOLOS *EXPERT VALIDITY*

Tim *Expert Validity* Keperawatan Jiwa, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan jiwa, telah mengkaji dengan teliti modul :

Relapse Prevention Training

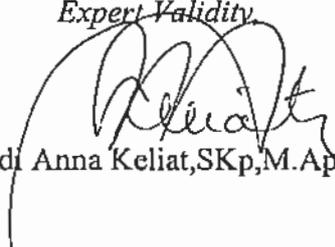
yang akan digunakan dalam penelitian yang berjudul Pengaruh Relapse Prevention Training Terhadap Kekambuhan dan Kepatuhan Klien Ketergantungan Heroin yang Menjalani Program Terapi Rumatan Metadon di DKI Jakarta tahun 2010.

Nama peneliti utama : **Dewi Sartika**
Nama Institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan – Universitas
Indonesia**

Dan telah menyetujui penggunaan modul tersebut.

Depok, Juni 2010

Expert Validity


Dr. Budi Anna Keliat, SKp, M.App.Sc

KETERANGAN LOLOS UJI KOMPETENSI

Tim Penguji Kompetensi Keperawatan Jiwa, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan jiwa, telah melakukan uji kompetensi pada:

Nama : **Dewi Sartika**

Nama Institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

dan telah dinyatakan :

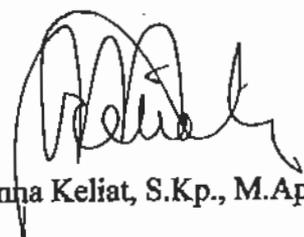
LULUS

untuk melaksanakan *Relapse Prevention Training* dalam penelitian yang berjudul ***Pengaruh Relapse Preventon Training Terhadap Kekambuhan dan Kepatuhan Klien Ketergantungan Heroin Yang Menjalani Program Terapi Rumatan Metadon Di DKI Jakarta 2010.***

Depok, Juni 2010

Ketua tim,

Penguji



Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp., M.App.Sc.



HERNI SUSANTI, S.Kp., M.N



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 1918 /H2.F12.D/PDP.04.02.Tesis/2010
Lampiran : -
Perihal : Permohonan ijin penelitian

12 Mei 2010

Yth. Kepala
Dinas Kesehatan
Provinsi DKI Jakarta

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Dewi Sartika
0806446082

Akan mengadakan penelitian dengan judul: **"Pengaruh Relapse Prevention Training Terhadap Kekambuhan Dan Kepatuhan Klien Ketergantungan Heroin Yang Menjalani Program Terapi Rumatan Metadon Di DKI Jakarta"**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon kesediaan Saudara mengizinkan mahasiswa untuk mengadakan penelitian di Puskesmas Wilayah Jakarta sebagai tahap awal pelaksanaan kegiatan tesis.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Dekan,

Dewi Irawaty, MA., Ph.D.
NIP. 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth.:

1. Ka. Puskesmas Tanjung Priok
2. Ka. Puskesmas Gambir
3. Ka. Puskesmas Jatinegara
4. Ka. Puskesmas Cengkareng
5. Wakil Dekan FIK-UI
6. Sekretaris FIK-UI
7. Manajer Pendidikan FIK-UI
8. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
9. Koordinator M.A. "Tesis"
10. Peringgal



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 1917 /H2.F12.D/PDP.04.02.Tesis/2010
Lampiran : -
Perihal : Permohonan ijin uji instrumen penelitian

12 Mei 2010

Yth. Direktur Utama
RS. Ketergantungan Obat
Jakarta

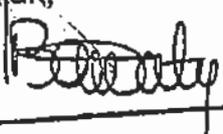
Dalam rangka pelaksanaan kegiatan Tesis mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Dewi Sartika
0806446082

Akan mengadakan penelitian dengan judul: "**Pengaruh Relapse Prevention Training Terhadap Kekambuhan Dan Kepatuhan Klien Ketergantungan Heroin Yang Menjalani Program Terapi Rumatan Metadon Di DKI Jakarta**".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon kesediaan Saudara mengizinkan mahasiswa untuk mengadakan uji instrumen penelitian di RS. Ketergantungan Obat - Jakarta sebagai tahap awal pelaksanaan kegiatan tesis.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Dekan,

Dewi Irawaty, MA., Ph.D.
NIP. 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth.:

1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Sekretaris FIK-UI
3. Manajer Pendidikan FIK-UI
4. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
5. Koordinator M.A. "Tesis"
6. Peringgal



PEMERINTAH PROPINSI DAERAH KHUSUS IBUKOTA JAKARTA
DINAS KESEHATAN
Jl. Kesehatan No. 10 - Telp. 3800154
JAKARTA

Nomor : 10188/1.251.0
Sifat : Biasa
Lamp. : 1 berkas
Hal : Persetujuan izin penelitian

15 Juni 2010

Kepada
Yth. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
Provinsi DKI Jakarta
di -

Jakarta.

Sehubungan dengan surat dari Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Nomor 1918/H2.F12.D/PDP/04.02/Tesis/2010 tanggal 12 Mei 2010 perihal Permohonan izin penelitian, dengan ini kami pada prinsipnya dapat menyetujui dan memberi kesempatan mengadakan penelitian dilingkungan wilayah kerja Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta Kepada :

Nama : Dewi Sartika
NIM : 0806446082

Untuk mengadakan penelitian dalam rangka menyusun tesis yang berjudul **"Pengaruh Relapse Prevention Training Terhadap Kekambuhan dan Kepatuhan Klien Ketergantungan Heroin yang Menjalani Program terapi Rumatan Metadon di DKI Jakarta"** dengan ketentuan :

1. Judul penelitian sesuai dengan program studi
2. Hasil penelitian bermanfaat bagi Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta
3. Proposal memenuhi persyaratan yang berlaku
4. Laporan hasil penelitian agar dikirimkan ke Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, cq. Seksi Standarisasi Mutu Kesehatan Bidang Sumber Daya Kesehatan

Mengingat yang memproses penerbitan Keputusan Gubernur tentang izin penelitian di Provinsi DKI Jakarta merupakan salah satu kewenangan Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Provinsi DKI Jakarta, maka kami sampaikan berkas permohonan atas nama yang bersangkutan dengan permintaan agar dapat kiranya ditindaklanjuti sebagaimana mestinya.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.



Tembusan :

1. Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
2. Yang bersangkutan.

Pengaruh relapse..., Dewi Sartika, FIK UI, 2010.



PEMERINTAH PROVINSI DAERAH KHUSUS IBUKOTA JAKARTA
SEKRETARIAT DAERAH
Jln. Medan Merdeka Selatan No. 8 - 9
JAKARTA

Kode Pos : 10110

SURAT KETERANGAN
Nomor : 165/Tapem/VI/2010

Gubernur Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta menerangkan bahwa :

N a m a : Dewi Sartika
NPM/NIK : 3276055811770001
Pekerjaan : Pegawai Negeri Sipil
Alamat : Perum Tirta Mandala Blok I-4 Rt.003 Rw. 026 No.1
Kelurahan Sukamaju Kecamatan Sukmajaya Kota Depok

berdasarkan surat rekomendasi Kepala Badan Kesatuan Bangsa Provinsi DKI Jakarta tanggal 18 Juni 2010 Nomor 320/-1.581 hal izin penelitian, akan melaksanakan kegiatan penelitian dengan judul "Pengaruh Relapse Prevention Training Terhadap Kekambuhan dan Kepatuhan Klien Ketergantungan Heroin yang Menjalani Program Terapi Rumatan Metadon di DKI Jakarta" mulai tanggal 21 Juni s.d. 21 Agustus 2010.

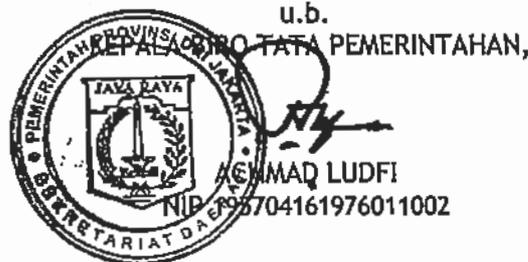
Dengan ketentuan :

1. Sebelum melaksanakan tugasnya harus memberitahukan terlebih dahulu kepada Walikota/Bupati, Camat serta Lurah yang bersangkutan atau Instansi/Lembaga/Badan dan RT/RW setempat.
2. Pemegang izin tersebut diwajibkan menyampaikan laporan hasil pelaksanaan survei, angket dan/atau pol pendapat masyarakat dimaksud kepada Gubernur Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta dalam hal ini Kepala Biro Tata pemerintahan Setda Provinsi DKI Jakarta dengan tembusan Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Provinsi DKI Jakarta selambat-lambatnya tanggal 21 September 2010.

Keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jakarta, 21 Juni 2010

a.n. GUBERNUR PROVINSI DAERAH KHUSUS
IBUKOTA JAKARTA
SEKRETARIS DAERAH
u.b.



Tembusan :

1. Kepala Bakesbangpol Provinsi DKI Jakarta
2. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta
3. Para Kepala Suku Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta
4. Kepala Puskesmas Kecamatan Gambir
5. Kepala Puskesmas Kecamatan Jatinegara
6. Kepala Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok
7. Kepala Puskesmas Kecamatan Cengkareng
8. Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Biodata :

Nama : Dewi Sartika
Tempat/Tanggal Lahir : Bandung, 18 Nopember 1977
Jenis Kelamin : Perempuan
Pekerjaan : Perawat RS. Ketergantungan Obat Jakarta
Alamat Instansi : Jl. Lapangan Tembak No. 73 Cibubur, Jakarta Timur
Alamat Rumah : Pondok Tirta Mandala Blok i 4 no 1 Sukamaju,
Sukmajaya- Depok.

Riwayat Pendidikan :

SDN Putra Budaya, Subang : Lulus tahun 1989
SMPN 2 Pabuaran, Subang : Lulus tahun 1992
SMAN 1 Jati Sari, Karawang : Lulus tahun 1995
Akper Kharisma, Karawang : Lulus tahun 1998
FIK UI Jakarta : Lulus tahun 2003

Riwayat Pekerjaan

Perawat RS.Ketergantungan Obat Jakarta : Tahun 1998 – Sekarang